

Organizadores
Carla Dalbosco, Jorge Veiga e Maria Fátima Olivier Sudbrack

PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO ESCOLAR E OUTROS ESPAÇOS

Fortalecendo as redes sociais e de cuidados



TECHNOPOLITIK



UNIVERSIDADE
LaSalle

Secretaria Municipal de
Saúde



Prefeitura Municipal de Esteio - **Prefeito Leonardo Pascoal**
Rua Engenheiro Hener de Souza Nunes, 150 - Centro | CEP: 93260-120
Telefone: (51) 3433-8128 - Email: gabinete@esteio.rs.gov.br

Secretaria Municipal de Saúde - **Secretária Ana Regina Boll**
Centro Administrativo de Saúde - Avenida Padre Claret, 666 - Centro
CEP: 93265-036 - Telefones: (51) 3473-6377 - Email: saude@esteio.rs.gov.br

Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas - **Presidente Jorge Veiga**
Avenida Padre Claret, 666 - Centro - CEP: 93265-036 - Fone: (51) 3458-7675
E-mail: comadesteio@gmail.com – Site: comadesteio8.webnode.com



Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas

Gestão 2018/2019

Representação Governamental

Secretaria Municipal da Saúde:

TITULAR: Laís de Freitas Oliveira
SUPLENTE: Anita de Campos Freitas

Secretaria Municipal de Educação

TITULAR: Simone Teixeira Rutkoski
SUPLENTE: Rossana Saldanha

Secretaria Municipal de Cidadania Trabalho e Empreendedorismo:

TITULAR: Iara Hofstätter
SUPLENTE: Maria Izabel Teixeira

Secretaria Municipal de Segurança e Mobilidade Urbana:

TITULAR: Ronie de Oliveira Coimbra
SUPLENTE: Henrique Angelo

Secretaria Municipal de Cultura Esporte e Lazer:

TITULAR: Aldaiza Fabiana Cabral do
Nascimento
SUPLENTE: Eduardo Machado de Carvalho

Representação Não Governamental

Prestadores de Serviços Terapêuticos

TITULAR: Nara Maria Queiroz Santana
SUPLENTE: Valdoir Severo Machado

União das Associações de Moradores de Esteio

TITULAR: Ênio Florêncio
SUPLENTE: Flávio Seixas de Melo

Conselhos Profissionais (OAB)

TITULAR: Higídio Dassi
SUPLENTE: Claudio Oney Porto Fonseca

Fórum de Entidades

TITULAR: Jorge Cristiano da Veiga
SUPLENTE: Camila Nobre Fiuza

Usuários do Sistema de Atendimento CapsAD

TITULAR: Alex Pires da Fonseca
SUPLENTE: André Tomazzini

Poder Legislativo:

TITULAR - Maiane Silva Cruz
SUPLENTE - Gilmar Matos



Carla Dalbosco, Jorge Veiga e Maria Fátima Olivier Sudbrack
Organizadores

Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar e outros espaços: fortalecendo as redes sociais e de cuidados

Brasília - DF
2019



TECHNOPOLITIK

Technopolitik - Conselho Editorial

Ana Lúcia Galinkin - Universidade de Brasília

Antonio Nery Filho - Faculdade de Medicina/Universidade Federal da Bahia

Claudiene Santos - Universidade Federal de Sergipe

Eroy Aparecida da Silva - Afip/Universidade Federal de São Paulo

Marco Antônio Sperb Leite - Universidade Federal de Goiás

Maria Alves Toledo Burns - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto

Maria Fátima Olivier Sudbrack – Universidade de Brasília

Maria Inês Gandolfo Conceição – Universidade de Brasília

Maria das Graças Torres da Paz - Universidade de Brasília

Raquel Barros - ONG Lua Nova

Telmo Ronzani – Universidade Federal de Juiz de Fora

Coordenação Editorial: Maurício Galinkin

Revisão: Aldaiza Fabiana Cabral do Nascimento

Capa: Carolina Lagasse da Veiga

Projeto gráfico e diagramação: Jorge Veiga

Maurício Galinkin/Technopolitik (MEI)

CNPJ 25.211.009/0001-72 ISBN 92918

Tel: (61) 98407-8262. Correio eletrônico: editor@technopolitik.com

Sítios na internet: <http://www.technopolitik.com.br> e <http://www.technopolitik.com>

FICHA CATALOGRÁFICA

E79p Esteio, Prefeitura Municipal de Esteio.

Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar e outros espaços: fortalecendo as redes sociais e de cuidados / Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas / Organizado por Dalbosco, Carla; Veiga, Jorge; Sudbrack, Maria Fátima Olivier. Brasília. Technopolitik, 2019.

p. 442; il.; 14 x 21cm

ISBN: 978-85-92918-36-1

1. Drogas e dependências. 2. Drogadição na adolescência.
3. Prevenção e cuidado. 4. Saúde. 5. Educação. I. COMAD. II. Título.

CDD 615.7883

Catálogo na fonte: Maria Rita Guizzo Ortiz CRB10/1655

Versão impressa: ISBN 978-85-92918-37-8

© das autoras e autores - É permitida a reprodução para fins didáticos, desde que solicitada prévia autorização junto aos organizadores. **Os artigos expressam o ponto de vista e opinião dos autores, não sendo, necessariamente, os da Secretaria, do Conselho e da Editora.**

Prefácio

Gustavo Camilo Baptista¹

Para os governos dos Estados Nacionais, poucos problemas são tão difíceis de lidar quanto a questão das drogas. Na literatura do campo das políticas públicas, as questões que envolvem a política de drogas podem ser categorizadas como *wicked problems* (problema maldito, em uma tradução livre), logo, mais complexos do que os problemas domesticados, que são problemas públicos relativamente bem definidos, que podem ser compreendidos de forma linear e que se relacionam com apenas um setor.

Os problemas vinculados à política sobre drogas, a princípio, não possuem contornos definitivos. Com o progresso da química, novas substâncias psicoativas, derivadas das drogas conhecidas, são desenvolvidas em uma escala cada vez mais alta. Também novas substâncias são misturadas às drogas originais, aumentando seus efeitos psicoativos e seus riscos. Os governos dos países que adotam as convenções internacionais sobre drogas estão paulatinamente sendo obrigados a aperfeiçoar a sua legislação para lidar com a constante demanda de identificação e de monitoramento das novas drogas, o que fará com que as substâncias que agora demandam atenção dos diferentes governos não sejam as mesmas nas próximas décadas.

Os problemas da política sobre drogas, ademais, também são pouco definíveis porque estão vinculados aos problemas de outras

¹ Psicólogo e Mestre em Educação pela Universidade de São Paulo, Doutor em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Membro da carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Ministério da Economia e Diretor de Políticas Públicas e Articulação Institucional da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

políticas públicas. Os fatores de risco que levam um adolescente a usar ou a vender drogas são em grande parte os mesmos que estão vinculados a outras condutas de risco, tal como o suicídio e a violência. Prevenção, cuidado, tratamento, repressão ao tráfico de drogas, regulação de drogas lícitas e de precursores são elementos estruturantes das políticas de drogas e são também parte das políticas de saúde, de segurança pública, de educação, de defesa e da política econômica de um país. Ao contrário de outras políticas públicas, nas quais a ação de apenas um setor pode ser suficiente para lidar com seus problemas, a política de drogas depende de forma intrínseca de ações intersetoriais – e, por conseguinte, de redes de políticas públicas.

Neste sentido, o presente livro vem em um bom momento. Ciente da complexidade de construir uma obra que tem por objeto a prevenção ao uso de álcool e outras drogas nos tempos atuais, os organizadores buscaram oferecer um panorama bastante abrangente das inovações neste campo, sem descuidar das relações entre seus diferentes atores. Neste sentido, este livro articula conceitos teóricos com a prática em diferentes setores tanto da área de redução de demanda e também da oferta de drogas. Os autores também se destacam pela produção acadêmica ou pela prática profissional, em uma profícua articulação entre teoria e prática que torna as propostas aqui apresentadas embasadas em um robusto arcabouço teórico e metodológico.

Esta obra, por conseguinte, prima pela proposta de quebra das fronteiras que limitam o progresso das ações neste campo, constituindo uma leitura relevante não apenas para as pessoas vinculadas às ações de prevenção sobre o uso ou tráfico de drogas, mas para todos os envolvidos em atividades vinculadas a este campo.

Sumário

Prefácio – Dr. Gustavo Camilo Baptista - Diretor / Senad / MJ	v
É possível! - Carla Dalbosco, Jorge Veiga e Maria Fátima Olivier Sudbrack	xi
Um sonho realizado - Jorge Veiga - Presidente Comad	xv
Parceria - Luciane Marques Raupp - Universidade La Salle	xix
Convicções - Ana Regina Boll - Secretária Municipal de Saúde	xxi
Para melhorar a vida das pessoas - Leonardo Pascoal - Prefeito Municipal	xxiii
Das autoras e autores	xxvii

Parte I

Drogas e dependências: contextos e conceitos

1. Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas – precursor na formação de educadores e inspirador do projeto Comad / Esteio-RS - Maria Fátima Olivier Sudbrack e Carla Dalbosco



2. Conceitos de dependência e vulnerabilidade ao uso de drogas - Richard Aleksander Reichert, Eroy Aparecida da Silva, André Luiz Monezi Andrade, Denise De Micheli



3. Drogas: conceitos básicos - Nino Marchi e Daiane Silvello



4. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas: panorama geral e populações específicas - Felipe Ornell, Silvia Chwartzmann Halpern e Carla Dalbosco



5. Epidemiologia do consumo de drogas no município de Esteio - Dionatan Dalenogare Scheeren e Luciane Marques Raupp



Parte II

**Prevenção do uso de álcool e outras drogas na escola:
como prevenir?**

6. A escola em rede: a prevenção da drogadição no paradigma do trabalho comunitário e da prática de redes - Maria Fátima Olivier Sudbrack



7. Drogas e educação: a escola (real) e a prevenção (possível) - Helena Maria Becker Albertani e Marcelo Sodelli



8. O professor e a prevenção do uso de drogas: em busca de caminhos - Helena Maria Becker Albertani



9. A escola como uma comunidade educativa e protetiva: a experiência do Prodequi/UnB na prevenção do uso abusivo de drogas - Maria Lizabete Pinheiro de Souza, Maria Inês Gandolfo Conceição e Maria Fátima Olivier Sudbrack



10. Representações sociais de educadores sobre situações problema relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no contexto da escolar - Carla Dalbosco



11. Fortalecendo a escola na comunidade - Eroy Silva, Denise De Micheli



12. Prevenção sobre drogas nas escolas: o que pensam os especialistas? - Elaine Lucas dos Santos, Emérita Sátiro Opaleye e Ana Regina Noto



Parte III
**Desafios da prevenção na contemporaneidade:
o papel dos diferentes atores**

13. Adolescência e comportamentos de risco - Evelise Birck Rodrigues



14. Drogas e tráfico: o desafio da escola na construção de redes de proteção ao adolescente - Sandra Eni Fernandes Nunes Pereira e Maria Fátima Olivier Sudbrack



15. A importância do exercício da autoridade pelos diferentes atores, na abordagem de adolescentes envolvidos com drogas e violência - Maria Fátima Olivier Sudbrack



16. Exposição gestacional ao uso de álcool e outras drogas e os impactos nas funções executivas em etapa escolar - Roselane Santos dos Santos



Parte IV
**Cuidados com pessoas dependentes de drogas:
abordagens e programas**

17. Intervenção Breve (IB) e Entrevista Motivacional (EM) - Richard Alecsander Reichert, Fernanda Machado Lopes, André Luiz Monezi Andrade, Eroy Aparecida da Silva, Denise De Micheli



18. Intervenção motivacional para familiares que convivem com parente com transtorno relacionado a substâncias – Cassandra Borges Bortolon



19. Ações e programas para dependentes de drogas: assistência na rede - Luciane Marques Raupp e Samantha Torres



Posfácio - *Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição*



É Possível!

“Sem saber que era impossível, ele foi lá e fez”

Jean Cocteau

Carla Dalbosco

Jorge Veiga

Maria Fátima Olivier Sudbrack

Ao iniciarmos as primeiras conversas para a construção deste livro, deparamos com alguns desafios a serem superados e, se tivéssemos apenas nos detido nas dificuldades, com certeza nem teríamos iniciado. Este livro foi pensado logo após o início do curso *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar e outros espaços: fortalecendo as redes sociais e de cuidados*, em abril do ano de 2019. Entre o pensar e a tomada de decisão, para partir de fato para elaboração dos conteúdos, convidar nossos colaboradores, determinar quem faria o que e quando, o tempo que teríamos, os nossos tempos, afinal somos todos voluntários de uma causa por uma vida melhor, tínhamos um propósito e um grande desafio.

Ressaltamos aqui a importância de todas e todos que estiveram envolvidos direta ou indiretamente na construção desta obra. Cada pedacinho deste livro foi feito por muitas mãos, com muita dedicação, com muito carinho. Como no curso, que elaborado a partir de dois outros já realizados pela Senad em anos anteriores, a nossa proposta para este livro também era a de reunir artigos já elaborados e publicados em outras obras. O que de fato temos em nosso livro são alguns textos já publicados e revisitados por seus autores, que no decorrer deste curso nos surpreenderam apresentando artigos inéditos, o que para o conjunto da obra a qualifica ainda mais.

Entendemos ser este livro parte de algo ainda maior, e desejamos que ele possa contribuir com o propósito do curso realizado, que ele seja fonte de pesquisa e inspiração para os alunos que participaram deste curso, que ele possa contribuir para uma vida melhor.

O que nos parecia quase impossível, conseguimos transformar no possível. A obra está composta de quatro partes, contemplando diferentes conteúdos, num percurso que inicia com questões conceituais na parte 1 *Drogas e dependências: contextos e conceitos* e finaliza na parte 4 com a temática do *Cuidado de pessoas dependentes: abordagens e programas de saúde*.

A maior parte da obra está focada no tema da prevenção com uma significativa contribuição dedicada aos educadores e parceiros que estão com a “mão na massa” nas escolas e comunidades. Sabemos que vão aproveitar muito as construções metodológicas e teóricas dos autores, que representam referências nacionais na produção de conhecimento na área de drogas e drogadição, com vasta experiência na formação de profissionais junto a órgãos do governo federal e junto às respectivas universidades.

O mais importante desta obra é que conseguimos trazer os docentes do curso que se fazem presentes como autores escrevendo conosco esta bela história, registrando suas valiosas experiências e produções teóricas na parte 2: *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas na escola: como prevenir?* Os professores prosseguem seus ensinamentos compartilhando com o leitor aquilo que compartilharam diretamente com os alunos do curso e motiva todos a prosseguirem refletindo, como fazem na parte 3: *Desafios da prevenção na contemporaneidade: o papel dos diferentes atores*.

O terreno é fértil. A semente foi lançada. Os frutos já aparecem quando vemos um município com suas políticas integradas em torno da

temática mais difícil para os governantes na atualidade, segundo o depoimento do diretor da Senad, Gustavo Camilo Baptista, que nos presenteou com seu sábio prefácio. A política sobre drogas é um “campo minado”, pois em torno dela circulam muitos interesses e brigas de poder. Ao mesmo tempo, em que parece óbvia a proposta de trabalhar em rede, com políticas intersetoriais, na prática a gente esbarra com muitos interesses menos coletivos e nada colaborativos.

Compartilhamos nossa alegria com a realização desta obra que em tempos tão difíceis da própria política sobre drogas se tornou possível. Sincero reconhecimento aos autores que conosco estiveram para que a obra fosse realizada! Nossa especial gratidão ao município de Esteio/RS que, através do seu Comad, vem realizando esplêndido trabalho político e comunitário num exemplo digno de divulgação nacional e internacional.

Gratidão a todos e todas que contribuíram para a realização desta obra.

Tenham todos uma ótima leitura!

Um sonho realizado!

*Jorge Veiga -
Presidente do Comad - Gestão 2018/2019*

E posso afirmar que este sonho não é só meu, e sim, de um coletivo. Ao longo desses dez anos de existência do Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas, de Esteio, sentíamos a necessidade de promover uma formação como esta.

Em 2013, o Conselho encaminhou ao Prefeito um projeto para a criação da Semana de Valorização da Vida, o qual foi acatado pelo Executivo e logo aprovado pelo Legislativo. Desde então, o evento é realizado anualmente no período de 25 a 30 de abril. Na programação pensada para a Semana de 2018 estava incluído o Seminário: *Drogas Por Quê?* Desafios para a Educação, promovido em parceria com a Fundação Milton Campos sob a coordenação da Professora Helena Albertani.

De acordo com as avaliações feitas pelos participantes do Seminário, percebeu-se a necessidade de avançarmos, ainda mais, na formação e capacitação de educadores, agentes de saúde e sociais, com o intuito de promover um trabalho mais efetivo na prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas. Todos os anos, na Semana de Valorização da Vida, é eleito um tema a ser trabalhado e, nesta de 2018, o tema em destaque era “Prevenção ao uso indevido de drogas é compromisso de todos”. É nesse enfoque que este curso foi concebido.

Com inspiração na mensagem deixada por Helena Albertani no Seminário, unida a esta frase que dá início a um texto de Fátima Sudbrack: “É impossível uma sociedade sem drogas, mas é possível uma sociedade mais preparada para o enfrentamento dos problemas advindos do uso

indevido de drogas”, iniciamos a construção deste projeto.

A proposta deste curso foi apresentada na plenária do Conselho Municipal, que aprovou a iniciativa e, a partir daí, formamos uma comissão organizadora da capacitação, ficando sob minha responsabilidade juntamente da Conselheira Roselane Santos dos Santos. Na sequência, buscamos o apoio e parceria da Universidade La Salle através da Professora Luciane Raupp, que se engajou na Equipe de Coordenação do Curso.

Começamos a elaborar a programação dos conteúdos, o formato em que o curso seria desenvolvido e acabamos optando pela modalidade semipresencial, dividida em seis módulos. Agora, era definir quem comporia a equipe de docentes para as aulas presenciais. Elencamos diversos nomes e começamos a realizar os contatos e convites. Este foi um período de muitos telefonemas, conversas pelo *whatsapp*, troca de *e-mails*, até conseguirmos formar uma equipe que nos ajudaria com o seus conhecimentos na execução e realização deste projeto.

É necessário e muito importante citarmos que, ao apresentarmos o projeto para a nossa Secretária de Saúde, Ana Boll, gestora da Secretaria à qual o Conselho é vinculado, esta, em um primeiro momento, se mostrou receosa pela magnitude da proposta. Mas, entendendo a importância da ação, se colocou inteiramente à disposição para que pudéssemos concretizar o curso. Também temos que ressaltar o apoio do Sr. Prefeito e Secretário de Educação (interino), Leonardo Pascoal.

Fica aqui registrada a nossa gratidão a essa equipe de docentes: Carla Dalbosco, Cassandra Bortolon, Denise De Micheli, Dionatan Scheeren, Eroy Aparecida da Silva, Evelise Birck Rodrigues, Helena Albertani, Luciane Raupp, Manoel Garcia Junior, Maria Fátima Sudbrack, Nino Marchi, Roselane Santos dos Santos, Samantha Torres e Tatiana Amato.

Ressaltamos que após o início do curso é que surgiu a ideia de compormos este livro e, para isso, convidamos a Fátima Sudbrack e Carla Dalbosco para serem as organizadoras.

Esperamos que esta formação e este livro sejam um marco em nosso município, pois, acreditamos que nossos educadores, servidores da saúde, agentes sociais e comunitários que participaram do curso, possam, assim, contribuir para um mundo melhor.

Para encerrar, citamos, mais uma vez, um trecho do texto de Fátima Sudbrack: “Se parece utópico oferecermos aos nossos filhos, aos nossos alunos e aos cidadãos brasileiros uma sociedade sem drogas, está em nosso pleno alcance a possibilidade e a decisão de construirmos uma família, uma escola e uma sociedade mais preparada para o enfrentamento dos problemas gerados pelo crescente uso indevido de drogas”.

Este é o nosso papel enquanto Conselho, propor ações através da integração de sociedade e governo juntos, buscando o melhor para o nosso município, pois a abordagem do tema drogas é um compromisso de todos.

Parceria

*Luciane Raupp -
Docente do Programa de Pós-graduação em
Memória Social e Bens Culturais, da Universidade La Salle.*

A Universidade La Salle faz parte de uma rede de universidades lassalistas que tem por objetivo contribuir para a construção de uma sociedade melhor com base nos princípios lassalistas e humanistas. Estes se materializam na execução de uma diversidade de ações e projetos a partir do tripé: pesquisa, ensino e extensão.

Os projetos de extensão baseiam-se em uma dimensão integradora da extensão, com o ensino e a pesquisa e na aproximação com a comunidade externa, especialmente, das áreas de inserção regional e com mercado de trabalho. Nesse sentido, as políticas de extensão e responsabilidade social da instituição têm por objetivo geral orientar a proposição das iniciativas, a partir dos referenciais de qualidade, das prioridades estratégicas e dos requisitos necessários à operacionalização dos programas e projetos extensionistas.

A aproximação da Universidade La Salle com o Conselho Municipal Sobre Drogas (Comad) de Esteio deu-se por meio do interesse comum em promover ações capazes de produzir impactos concretos na comunidade, mostrando-se como um caminho promissor para a realização de sua responsabilidade social. A partir da realização de um diagnóstico do consumo de álcool e outras drogas entre estudantes do Ensino Médio do município de Esteio – estudo que está presente em um dos capítulos dessa obra – evidenciou-se a necessidade de ações que fossem capazes de ir além do diagnóstico e incidir sobre a realidade em questão. Nesse caminho foi construído o curso "Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto

escolar e outros espaços, fortalecendo as redes sociais e de cuidados", visando produzir impactos concretos por meio da capacitação de professores e outros profissionais atuantes no município e região.

A Universidade La Salle registra aqui seu contentamento em fazer parte desse projeto, produzindo por meio de sua realização um exemplo de boas práticas na aproximação entre universidade, comunidade, poder público e instâncias de controle social.



Convicções

Sobre o Curso de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar e outros espaços: fortalecendo as redes sociais e de cuidados.

*Ana Regina Boll
Secretária Municipal de Saúde*

Ao ser apresentada à proposta de realização do curso de «Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar», pelo Presidente do Comad de Esteio, fiquei na mesma hora muito eufórica e muito preocupada e explico o porquê.

A condição de secretária de saúde nos traz os desafios diários de buscar aplicar nossos mais fortes desejos e sonhos de implantação de um SUS de fato Universal, de fato Equitativo e de fato Participativo. Um SUS que tem sofrido também cotidianamente, tentativas e, às vezes, com sucesso, de desmanche, de desfinanciamento, de descrédito e tantos outros obstáculos, mas um SUS que também nos dá provas diárias da fortaleza de pessoas que trabalham pelo outro, de pessoas que não se cansam de insistir em fazer sempre tudo de novo, de equipes que tecem teias e assim constroem redes, de pessoas que desafiam práticas corporativas, de pessoas que saem da sua zona de conforto e conseguem multiplicar seus saberes.

Quando se apresenta para nós uma possibilidade de um curso de extensão para profissionais da educação, da saúde e da sociedade civil, em parceria com a Universidade La Salle abre-se um cenário de concretude sobre a real possibilidade de tornar realidade a formação em um tema tão secundarizado em nosso contexto: álcool e outras drogas.

Sem a pretensão de esgotar o tema, mas sim, de iniciar uma cultura de formação profunda e continuada numa relação tripartite — Universidade X Controle Social X Gestão Pública, é que se iniciam os

preparativos para a oferta do Curso.

O Comad foi a peça importante neste processo, pois provoca de forma absurdamente positiva e propositiva para a possibilidade desta parceria. Sem este movimento não teríamos tido a coragem de dar o primeiro passo. Não teríamos tido a paciência e a habilidade de tecer a teia dos contatos dos professores de excelência que se apresentaram de forma solidária. Certamente não teríamos, em um tempo tão curto, conseguido ofertar toda a estrutura necessária.

Agradeço ao Comad pela ousadia de me provocar e me incluir neste projeto, aos conselheiros a presença incansável no debate sobre o crescente uso de álcool e outras drogas em nossa sociedade, e ao Prefeito por abrir as portas ao controle social e às novas ideias sem receio de acreditar no processo de formação e da transformação.

Para melhorar a vida das pessoas

*Leonardo Pascoal
Prefeito Municipal de Esteio*

A gestão pública, sobretudo a municipal, possui uma infinidade de desafios diários, sejam eles de caráter interno ou externo, que afetam as atividades meio da administração e também aquelas de natureza finalística, ou seja, de atendimento direto e efetivo da população.

A proposta do Comad – Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas de Esteio, de realizar o curso de formação que dá origem a esta publicação, pois nos permitiu avançar em dois destes desafios, os quais ganham cada vez mais importância em nosso contexto atual.

O primeiro, e mais óbvio deles, é o do enfrentamento às questões relacionadas à drogadição. E quando digo enfrentamento o faço no sentido de reforçar que este é um problema social que precisa ser encarado pela sociedade como um todo, de forma séria, com tecnicidade e busca de soluções efetivas.

As doenças psicossociais são cada vez mais frequentes, mais específicas e mais visíveis pelo conjunto da população. Por consequência, o Poder Público é cada vez mais demandado para que faça frente a este avanço tão significativo. E nesse sentido, as externalidades advindas do uso de álcool e outras drogas são as que mais preocupam a todos.

Além disso, a “democratização” do uso dessas substâncias, que não se restringe mais a espaços ermos e hostis, tampouco afeta de forma exclusiva apenas algumas camadas sociais, torna este problema ainda mais latente.

Nesse contexto, há um local que se apresenta como mais sensível e potencialmente danoso em relação às consequências já referidas: o ambiente escolar. E é justamente nele onde temos um baixo grau de compreensão sobre o tema, especialmente no que se refere às formas de lidar com esta questão.

Desta forma, o “Curso de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar e outros espaços: fortalecendo as redes sociais e de cuidados” apresenta-se como ação deveras assertiva, ao focar na formação de educadores e agentes sociais e de saúde.

E é justamente aí que entra o segundo desafio citado, o trabalho intersetorial. A administração pública, por diversos fatores legais, comportamentais e funcionais, possui grande dificuldade na execução de políticas públicas integradas entre diferentes áreas.

Sendo assim, a implantação de estratégias efetivas, relacionadas às drogas no contexto social, torna-se um trabalho hercúleo, eis que este tema configura-se essencialmente como intersetorial e multidisciplinar. Não é concebível, sob qualquer aspecto, tratá-lo como um problema exclusivamente de saúde, ou de educação, ou mesmo de assistência social.

Aí também vemos reforçada a importância deste curso e desta publicação, que buscam afirmar justamente a necessidade de um olhar mais amplo e comprometido de todos os segmentos sobre esta temática. Da mesma forma, entender que não se trata de um problema do Município, do Estado ou da União. Trata-se, pois, de um problema da sociedade, onde cada cidadão possui um conjunto de responsabilidades.

Não tenho dúvidas de que as sementes plantadas ao longo deste curso, que já começam a brotar a partir deste livro, serão bastante frutíferas. Os conhecimentos, transmitidos pelo qualificado corpo docente, contribuirão decisivamente para efetivar ainda mais o trabalho de rede, com foco na atenção integral das pessoas.

Que este trabalho sirva de reflexão, de provocação, de base teórica e, acima de tudo, de inspiração para que outras iniciativas surjam nessa mesma direção. Apenas com o comprometimento de todos, de forma honesta e com foco em resultados, vamos construir políticas públicas viáveis e que melhorem de fato a vida das pessoas. E é disso que precisamos!



Das autoras e autores

Ana Regina Noto – Psicóloga. Mestre e Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora Adjunta na área de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas do Departamento de Psicobiologia da Unifesp. Pesquisadora e Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (Nepsis) da Unifesp.

André Luiz Monezi Andrade - Docente do curso de pós-graduação stricto sensu em Psicologia da PUC-Campinas. Pós-Doutorado pela PUC-Campinas (2018) e Unifesp (2017). Doutorado em Psicobiologia pela Unifesp (2015) Atua principalmente na área de processos de avaliação, prevenção e intervenção Psicológica, com enfoque nos transtornos do impulso (dependência de drogas, dependência de internet, dependência de smartphones). Editor Associado do International Journal of Psychology and Neuroscience.

Carla Dalbosco - Psicóloga (1994) e Especialista em Atendimento Clínico com ênfase em Terapia Familiar Sistêmica (1998) pela UFRGS; Mestre (2006) e Doutora (2011) em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília - UnB. Desde 2015 é Assessora de Direção no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA/UFRGS), onde também atua como Docente Permanente e Coordenadora Adjunta do Programa de Mestrado Profissional em Álcool e Outras Drogas.

Cassandra Bortolon – Psicóloga pela Universidade de Caxias do Sul. Especialização em Psicologia Clínica, através do Curso de Psicoterapia Integrativa - Instituto Fernando Pessoa. Mestre e Doutora em Ciências da Saúde, Farmacologia e Toxicologia na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Psicóloga Clínica. Professora, Supervisora de Estágio e Orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Psicologia no Centro Universitário da Serra Gaúcha.

Daiane Silvello - Bióloga pela Universidade Luterana do Brasil (2005), mestrado (2008) e doutorado em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2015). Atualmente é pesquisadora no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (Cpad) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), atuando em projetos relacionados a marcadores biológicos e transtornos por uso de substâncias psicoativas.

Denise De Micheli - Psicóloga, Professora Adjunta do Departamento de Psicobiologia- Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas- Unifesp. Coordenadora do grupo de pesquisa Cinsea (Centro Interdisciplinar de Estudos em Neurociência, Saúde e Educação na Adolescência), registrado pelo CNPq.

Dionatan Dalenogare Scheeren – Psicólogo pela Universidade La Salle. Atua em atendimento clínico individual com psicoterapia de orientação analítica. Participou em projetos de pesquisa referentes às aderência ao tratamento antiretroviral em HIV/Aids. Membro atuante do 1º Levantamento do Uso de Álcool a Outras Drogas dos Alunos do Ensino Médio de Esteio.

Elaine Lucas dos Santos - Pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp - Escola Paulista de Medicina com bolsa Fapesp, Doutorado em ciências pelo mesmo programa, bolsa CNPq. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD. Pesquisadora no Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substância - Nepsis.

Emérita Sátiro Opaleye - Farmacêutica, pesquisadora da área de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas do Depto de Psicobiologia da Unifesp, onde fez Doutorado. Vice-coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (Nepsis). Pós-doutorado no Depto de Psiquiatria da Universidade de Oxford.

Eroy Aparecida da Silva – Psicóloga pela Faculdade Paulista Organização Paulista de Educação e Cultura (1989) e Doutorado em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (2011). É membro fundador e efetivo

da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas, Coordenadora Clínica Escola - Unidade de Dependência de Drogas, Depto de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo. Psicóloga contratada pela Associação Fundo de Pesquisa-Afip. Autora de vários livros na área de álcool e outras drogas.

Evelise Birck Rodrigues – Enfermeira pela UFRGS. Especialista em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública/RS. Promotora de Saúde da População Negra. Coordenadora das Políticas de Saúde / Serviço de Atenção Primária / Secretaria Municipal de Saúde de Esteio.

Felipe Ornell – Psicólogo, pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2012); Possui Residência em Saúde Mental, pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (2015); e Especialização em Dependência Química, pela Facel (2016). Mestre (2017) e Doutorando em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É professor adjunto da IBGEM/FTEC e atua no Mestrado Profissional em Álcool e Outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS.

Fernanda Machado Lopes - Psicóloga (PUCRS-2000) e Licenciada em Psicologia (UFRGS-2015), Especialista em Psicoterapia de Técnicas Integradas (IFP-2004) e Terapeuta Certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC-2014). Mestre (2007-2009) e Doutora (2009-2013) em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS - conceito 7 CAPES), Atualmente é Professora Adjunta no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Coordena o Laboratório de Psicologia Cognitiva Básica e Aplicada (LPCOG).

Helena Maria Becker Albertani – Mestre em Educação: História, Política e Sociedade - PUC SP – 2000, Orientadora Educacional - Faculdade de Educação – UFRGS – 1970, Licenciada em Filosofia - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFRGS 1966. Responsável pela criação, coordenadora e docente do Projeto "Drogas Por Quê? Desafios para a Educação" e da "Campanha Bebida Lazer com Responsabilidade" que realizam seminários de formação de educadores e outros profissionais em cidades de diferentes estados do Brasil, desde 2011.

Luciane Marques Raupp – Psicóloga, Mestrado em Psicologia Social e Institucional pela mesma Universidade (2006) e Doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2011). Professora permanente do PPG em Memória Social e Bens Culturais da Universidade La Salle e do Curso de Psicologia da mesma instituição. Presidente da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (Abramd).

Marcelo Sodelli - Psicólogo pela PUC-SP. Mestre e Doutor em Educação (Psicologia da Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Membro fundador do Núcleo de Estudos e Temas em Psicologia (NetPsi), atuando na Área Clínica como Supervisor e Coordenador de Projetos Preventivos e Tratamento. Atualmente é Coordenador do Grupo de Pesquisa: Pensamento Fenomenológico e os desdobramentos na clínica psicológica e na educação (certificação CNPq em andamento 2014-atual).

Maria Fátima Olivier Sudbrack – Doutora em Psicologia (Université Paris XIII) e Pós-doutora em Psicossociologia (Université Paris VII) , graduada em Psicologia (UFRGS) e Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS), especialista em terapia familiar, Professora Titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Coordenadora do Prodequi-Programa de Estudos e atenção às Dependências Químicas – laboratório do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura/PPG PsiCC/PCL/IP/UnB. Presidente da Abramd (gestão 2013-2015).

Maria Inês Gandolfo Conceição - Psicóloga pelo Centro de Ensino Unificado de Brasília (1987), especialista em Psicologia Hospitalar (CRP), psicodramatista didata supervisora (2010), mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília (1994), doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (2000), pós- doutora pela Universidade Federal Fluminense (2010/2011), Coordenadora do Programa de Estudo e Atenção às Dependências Químicas (Prodequi/DPCL/IP/UnB) uma das idealizadoras do Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas e atuou na coordenação das seis edições (UnB/Senad/MEC, 2004-2014).

Maria Lizabete Pinheiro de Souza - Psicóloga e professora graduada em Psicologia pelo Centro Unificado de Brasília (1976), mestrado em Psicologia pela Universidade de Brasília (2003), mestrado em Educação pela Universidade Católica de Brasília (1997) e doutorado em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (2017). Tem experiência na área de Psicologia Clínica e Escolar. É psicodramatista, terapeuta familiar e de grupo.

Nino Marchi – Psicólogo Clínico com formação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Possui especialização em Dependência Química Pela Unifesp. Pesquisador Colaborador do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (Cpad) UFRGS, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mestrando através do Laboratório de Análises e Pesquisas em Toxicologia (Labtoxico), pelo Departamento de Ciências Farmacêuticas, na UFRGS.

Richard Alecsander Reichert - Possui graduação em andamento em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (Univali). É pesquisador assistente do Laboratório de Psicologia Cognitiva Básica e Aplicada (LPCOG) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em projeto sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT); e integrante do grupo de pesquisas do Conselho Municipal sobre Drogas (Comad) da Prefeitura Municipal de Vacaria/RS. Desenvolve pesquisas e intervenções voltadas aos temas: adolescência, vulnerabilidades, comportamentos de risco, uso de drogas, políticas públicas e educação.

Roselane Santos dos Santos – Pedagogia pela Universidade Luterana do Brasil (2007), Pós-graduação em Terapia Familiar e de Casais pela Universidade do Vale do Rio do Sinos, Psicopedagogia, pela Universidade Católica Dom Bosco, especialista em Neurocognição e Aprendizagem, pelo Instituto Evangélico de Novo Hamburgo e Mestranda em Educação pela Universidad de la Empresa (MVD). Atendimento clínico em psicopedagogia, terapia familiar e de casais junto ao Espaço Reconhecer, no município de Canoas.

Sandra Eni Fernandes Nunes Pereira - Psicóloga pela Universidade Federal de Uberlândia (1997), Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília (2003) e Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (2009). Psicóloga Clínica. Especialista em Terapia Familiar e de Casais (2017). Membro do grupo de pesquisa internacional Jeunes, inégalités sociales et périphéries; (Paris, França). Professora e Pesquisadora nas áreas de Psicologia Social Comunitária, Psicologia Conjugal e Familiar e Psicologia Jurídica.

Samantha Torres – Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional pelo do PPG em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGPSI/UFRGS/2016). Professora de Psicologia da Escola de Saúde e Bem Estar do Centro Universitário Fadergs. Integra, desde 2012, a Rede Multicêntrica como Colegiado gestor e Docente nos cursos de formação ofertados para trabalhadores das áreas da Saúde, Educação, Segurança e Assistência Social.

Silvia Chwartzmann Halpern - Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Pós graduação em Serviço Social pela UCPel, Mestrado em Educação pela Universidade da Carolina do Norte - Chapel Hill. EUA, formação em Terapia de casal e família, Especialização em Terapia de Casal pelo Domus - Centro de Terapia de Casal e Família. Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento - UFRGS. Coordenadora da área de Reinserção Social da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro da Comissão Coordenadora e docente do Mestrado Profissional em Álcool e outras Drogas (HCPA/UFRGS).



Parte 1
Drogas e dependências:
contextos e conceitos



1 **Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas: precursor na formação de educadores como estratégia de prevenção na política nacional sobre drogas e inspirador do projeto Comad - Esteio - RS**

*Maria Fátima Olivier Sudbrack
Carla Dalbosco*

*“O objetivo do conhecimento é dialogar com o mundo”
(Edgar Morin, 1990)*

Introdução

O presente capítulo, dedicado ao *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas*, objetiva a contextualização e histórico do Projeto *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar e outros espaços - fortalecendo as redes sociais e de cuidados*, considerando-se que tivemos como aluno o presidente do Comad/Esteio/RS, coordenador do curso e idealizador deste livro – *Jorge da Veiga* que, por sua vez, acionou parceiros que conheceu como idealizadores deste mesmo curso.

Nos propomos também a dar visibilidade ao *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas*, como precursor de política de prevenção que foi desenvolvida pelo governo brasileiro por uma década (2004-2014) apostando na formação de educadores, numa exitosa parceria entre Ministério da Justiça/Senad, Ministério da Educação/SEB e Universidade de Brasília, através do Prodequi - Programa de estudos e Atenção às Dependências Químicas.

Esta formação dos educadores obteve grande participação e investimento do Ministério da Educação, tendo sido inserida na matriz de cursos de formação continuada de professores do *PSE - Programa Saúde na Escola*. Sendo assim, o MEC pretendia prosseguir ofertando o curso para atender à expressiva demanda dos educadores por esta formação, articulando esta capacitação aos objetivos do programa de educação integral, em plena implantação, na época. No entanto, por restrições orçamentárias e redefinições de prioridades da nova gestão da Senad/MJ, a oferta do curso foi interrompida após sua sexta edição, em 2014.

Mesmo assim, esta formação de educadores de escolas públicas, enquanto estratégia para a prevenção do uso de drogas no território

educativo, revelou sua sustentabilidade, na medida em que foi se multiplicando através de novos projetos implementados por diferentes instituições contempladas com a capacitação, a exemplo do Comad/Esteio/RS.

A pesquisa de avaliação de impacto da quinta edição do curso - edição histórica, ofertada para 70 mil educadores - revelou a potencialidade desta formação como estratégia para a mudança de paradigma na visão da prevenção do uso de drogas, por parte dos cursistas certificados, bem como de sua motivação para o desenvolvimento de ações preventivas no território educativo. Por outro lado, apontou os desafios e limites da capacitação no sentido de garantir a implementação do projeto de prevenção da escola (elaborado no decorrer do curso) na forma pretendida, inserido no Projeto Político Pedagógico da escola. Para tanto, uma continuidade da formação foi claramente demandada pelos educadores sujeitos da pesquisa. Concluímos que o principal passo a ser dado seria na continuidade da formação para viabilizar os projetos elaborados, conforme resultados de pesquisa realizada na sexta edição (JUSTINO; LIMA; SUDBRACK, 2015) a qual revelou o excelente potencial de implementação dos projetos elaborados.

É importante registrar que, em ambas as pesquisas, foi expressa a preferência dos educadores por uma formação semi-presencial e com apoio local de supervisão, mantendo-se em formação continuada, em cooperação com a rede universitária.

Neste sentido, o curso do Comad/Esteio/RS é mais do que uma continuidade deste curso projeto, pois se trata de semente que caiu em solo fértil e preparado: o território municipal, com especial articulação entre os diversos atores e segmentos institucionais das políticas afins (saúde, educação, assistência, cultura, segurança, justiça), aliados a colaboradores

da sociedade civil, liderados por Veiga como sábio articulador na presidência do órgão protagonista da política de drogas local— o Comad.

Se, por um lado, não houve a continuidade do curso no contexto do governo federal, seus frutos estão aparecendo em diferentes dimensões, momentos, territórios e contextos, contribuindo para o avanço da política de prevenção.

Cabe destacar que este curso do Comad/Esteio/RS renova e amplia a proposta original do *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas*, avançando na metodologia (modalidade semipresencial) e no conteúdo, incluindo a temática dos cuidados, ou seja, a prevenção secundária e terciária.

Aproveitamos esta oportunidade para registrar que, neste ano 2019, ocorreu nova oferta deste curso, por demanda da Senad/ Ministério da Justiça, com parceria ampliada da Senasp/MJ Secretaria Nacional de Segurança Pública, para dez mil educadores de todo o território nacional. A edição atual é inédita e integra um projeto mais amplo denominado *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no território educacional*, em execução pela Fiocruz/Brasília, em parceria com a Universidade de Brasília. No contexto deste projeto mais amplo, o curso constitui uma das metas de formação, somada a outras metas complementares. As novas parcerias estão possibilitando uma nova abrangência na formação de educadores, alinhadas às prioridades e competências atuais do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Neste contexto, o curso está sendo denominado *Saúde e Segurança na Escola* e tem como desafio trabalhar a temática da prevenção do uso de drogas, articulada com a promoção de saúde, enquanto uma estratégia de prevenção da violência e de promoção de segurança no território educacional.

Cabe destacar a significativa demanda que esta recente oferta do

Curso Saúde e Segurança na Escola obteve, atingindo 33 mil educadores inscritos, vindos de todo o território nacional, através de edital de chamada pública lançado em julho/2019, com oferta de 10 mil vagas. A atual edição amplia sua metodologia de curso totalmente *on-line* para a opção de curso semi-presencial, ofertada para dois mil educadores de municípios de alto índice de violência, conforme indicadores apontados pelo Fórum Nacional de Segurança Pública, entre outros. Além da capacitação de educadores e outros profissionais parceiros da escola, o projeto *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no território educacional- Fiocruz/Senad/MJ* realiza a formação entre pares, ofertada para 70 jovens de cidades satélites do Distrito Federal, incentivando-se, assim, o protagonismo juvenil - uma das estratégias preventivas propostas no conteúdo do curso original.

Testemunhamos, pois, no Projeto *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar e outros espaços - fortalecendo as redes sociais e de cuidados*, idealizado e executado pelo Comad/Esteio/RS, uma proposta que não tem apenas uma bela história, mas também tem um futuro promissor, num processo de constante reconstrução, atualização e transformação do curso e de todo nós comprometidos com sua realização.

Este projeto do Comad/Esteio/RS resgata como parceiros, docentes e autores deste livro, além da primeira autora deste capítulo (fundadora e coordenadora do Prodequi/UnB), e duas profissionais que fizeram parte da concepção do Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, juntamente com a equipe do Prodequi/UnB, e que também acompanharam sua execução como gestoras da Senad/MJ: Helena Maria Becker Albertani, que era coordenadora de prevenção na Senad/GSI/PR quando o curso foi elaborado - e Carla Dalbosco, pesquisadora do Prodequi que foi, posteriormente, diretora de prevenção da Senad/MJ durante grande parte da execução do curso.

Ambas integraram a equipe da gestão de Paulina Duarte, responsável técnica pela Senad, que exerceu os cargos de Diretora (2003-2007) e Secretária Adjunta (2007-2011) durante a gestão do Secretário Nacional Paulo Roberto Uchôa e, posteriormente, assumiu a pasta como Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (2011-2013).

Expressamos, aqui, nossa satisfação em prosseguirmos contribuindo para o avanço da política sobre drogas, em ações concretas de parceria entre a academia e os atores do município de Esteio/RS, nesta busca de ações mais qualificadas de prevenção do uso de álcool e outras drogas e do cuidado de usuários da sua rede de assistência.

Uma década de prevenção no território educativo com o Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas (2004-2014)

Com o objetivo de capacitar profissionais de escolas públicas para trabalharem coletivamente na prevenção do uso abusivo de drogas, por meio do fortalecimento da escola na promoção da saúde e da educação integral, foi iniciada em 2004 uma parceria entre os segmentos responsáveis pela prevenção do uso de drogas do Governo Federal (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas-Senad/MJ¹ e Secretaria de Educação Básica – SEB/MEC) e a Universidade de Brasília (Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas - Prodequi/PCL/IP/UnB e Centro de Educação a Distância - Cead/UnB), para oferta de uma capacitação de extensão universitária na modalidade de educação a distância.

¹Na época da criação do curso, a SENAD era um órgão vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, tendo sido transferida ao Ministério da Justiça em 2011.

O *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas* foi concebido, desenvolvido e executado sob a nossa responsabilidade técnica, coordenando uma equipe de profissionais junto ao Prodequi/PCL/IP/UnB. A equipe do Prodequi foi a responsável técnica pela elaboração da proposta pedagógica do curso desde o seu início, sendo que passou a assumir também sua gestão e execução no decorrer de seis edições.

Por dez anos (2004-2014), Prodequi/UnB ofertou, em parceria com a SEB/MEC e a Senad/MJ o *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas*, extensão universitária desenvolvida na modalidade à distância de ensino (EaD).

Ao todo, 6 (seis) edições do *Curso* foram realizadas, resultando na **certificação de 94.072 (noventa e quatro mil e setenta e dois) educadores públicos** em todo o território nacional.

Por meio das metodologias inovadoras e recursos de ensino-aprendizagem desenvolvidos pela equipe do Prodequi/UnB, disseminadas ao longo desses dez anos de *Curso*, esses educadores desenvolveram **19.354 (dezenove mil trezentos e cinquenta e quatro) projetos de prevenção** do uso de drogas em escolas públicas de todo o país. Projetos esses, aprovados pelos seus coordenadores e diretores para implementação nas suas escolas de origem.

Uma parceria interministerial que deu certo com a mediação da Universidade

A parceria manteve continuidade em seis edições do curso, com a primeira edição realizada em 2004 e a sexta em 2014, conforme já informado. Este projeto completou uma história de dez anos, consolidando-se, notadamente, como uma das ações prioritárias na

política de prevenção do uso de drogas no país. A proposta é abrangente e visa contribuir para o fortalecimento da comunidade escolar, por meio do aperfeiçoamento e execução dos projetos de prevenção construídos coletivamente e coordenados pelos educadores-cursistas. Na edição de 2010/2011, foi integrada à proposta pedagógica um módulo dedicado a subsidiar a implementação de ações preventivas, ampliando-se a proposta para um curso de aperfeiçoamento (180 horas). O curso representou, desde sua primeira edição, um espaço para a realização de pesquisas que retroalimentam a prática preventiva, num processo dialético de construção do conhecimento no contexto de formação-intervenção. Diferentes pesquisas e produções científicas, entre elas, dissertações de mestrado e teses de doutorado, foram realizadas no contexto da oferta do curso, por iniciativa de docentes do pertencentes ao PPG/PsiCC- Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, no qual o Prodequi situa-se como um laboratório de ações integradas de ensino, pesquisa e extensão na temática das dependências de drogas.

A partir da sua quinta edição (2012/2013), o curso passou a atender os objetivos estabelecidos no eixo Prevenção do Programa Federal “*Crack, é possível vencer*”. No âmbito do Ministério da Educação, atendeu metas institucionais de implementação das políticas intersetoriais de educação para a saúde do *Programa Saúde na Escola/PSE*, articulando-se com outros programas da SEB, como o *Mais Educação e o Escola Aberta*².

²Os resultados da avaliação externa mostram que 7,2% dos educadores matriculados na 5ª edição (2012/13) do curso e 3,4% na 6ª (2014) afirmaram participar desse Programa em suas escolas de origem.

Receptividade e demanda dos educadores pelo curso

Nas seis edições realizadas, entre 2004 e 2014, o curso obteve importante receptividade por parte dos educadores, tornando-se necessária a organização de um processo seletivo, mesmo com a ampliação significativa do número de vagas: a primeira edição (2004) foi realizada para cinco mil educadores; a segunda (2006/2007) teve oferta de 20 mil vagas; a terceira (2009) e a quarta edições (2010/2011) contaram com a participação de 25 mil educadores em cada uma delas, a quinta (2012/2013) teve o quantitativo de vagas ampliado para 70 mil em todo o Brasil, e a sexta edição (2014) teve a execução compartilhada com outras universidades, tendo sido ofertadas pelo Prodequi 50 mil vagas, distribuídas entre os estados do Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Pará, Rondônia, Roraima, Sergipe, São Paulo e Tocantins. Em todas as edições ocorreu um excedente de demanda que foi crescente em todo o território nacional, com especial destaque em alguns estados, tais como: ES, SP, PR e BA, como poderá ser identificado em tabelas a seguir. Cabe um destaque aos estados da Região Norte, que apresentaram demanda crescente e constituíram alvo de especial atenção pelas carências e adversidades das escolas nesta região.

O contexto do curso na política do Ministério da Educação: diretrizes e marco institucional junto ao PSE/MEC

O *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas* tem uma proposta que foi alinhada à Lei de Diretrizes e Bases do Ministério da Educação, pois, ao mesmo tempo, contribuiu para a construção de diretrizes e de programas pontuais sobre a temática, sempre

em consonância com as ações previstas de promoção de saúde que também se inauguraram no decorrer da oferta do curso. Cabe destacar que as duas primeiras edições (2004 e 2006) foram anteriores à própria criação do PSE- Programa de saúde na escola, instituído em 2007.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e reza no capítulo intitulado “Do Direito à Educação e do Dever de Educar” o seguinte texto: “*atendimento ao educando, no ensino fundamental público, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde*”.

Em atenção à referida demanda, o então Presidente da República Federativa do Brasil, assinou o Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que instituiu o **Programa Saúde na Escola (PSE)**³ e preconizou que as ações em saúde previstas no âmbito do Programa deveriam considerar a atenção, promoção, prevenção e assistência, e seriam desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, devendo compreender as ações de prevenção e redução do consumo do álcool e de prevenção do uso de drogas.

O **Programa Mais Educação**,⁴ instituído pela Portaria Interministerial Nº 17/2007 e regulamentado pelo Decreto Nº 7.083/10, constitui-se como estratégia do Ministério da Educação para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular na perspectiva da Educação Integral. **Destaca-se o macro campo da Promoção da Saúde e**

³Os resultados da avaliação externa mostram que 18% dos educadores matriculados na 5ª edição (2012/13) do curso e 16,1% na 6ª (2014) afirmaram participar desse Programa em suas escolas de origem.

⁴Os resultados da avaliação externa mostram que 27,4% dos educadores matriculados na 5ª edição (2012/13) do curso e 23,8% na 6ª (2014) afirmaram participar desse Programa em suas escolas de origem.

Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde com o trabalho de práticas em prevenção ao uso de drogas nas escolas. Este programa, *per se*, é uma efetiva estratégia de promoção da saúde e de proteção social, na medida em que a criança e o adolescente permanecem mais tempo na escola desenvolvendo atividades com intencionalidade pedagógica.

A terceira edição do curso, em 2009 foi a primeira edição com participação efetiva e orçamentária do MEC, que assumiu a reprodução e postagem do Kit de material pedagógico (livro impresso, CD) distribuído para os educadores cursistas.

Em 2010, o Decreto Nº 7.179, de 20 de maio institui o **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas** e criou o seu Comitê Gestor. O Ministério da Educação integrou o referido Comitê, com atuação no Eixo de Prevenção ao uso de drogas. Posteriormente, em 2011, as ações do Plano foram ampliadas através do Programa “*Crack, é possível vencer!*” Foram ofertadas 210 mil vagas no Curso de Prevenção ao Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, uma parceria do MEC/Se/Universidades com destaque para Universidade de Brasília – UnB responsável não só pela produção do material formativo como também pela oferta de mais de 150 mil vagas ao longo de dez anos de trabalho (2004-2014).

Em 2013, o MEC publica as **Diretrizes Curriculares para o Ensino Médio** que orientam que o **Projeto Político Pedagógico das unidades escolares que ofertam o Ensino Médio deve considerar, entre outros elementos, as atividades intersetoriais de promoção da saúde física e mental, saúde sexual e saúde reprodutiva, e prevenção do uso de drogas.**

A fundamentação acadêmica da **Política de Educação Integral do MEC** assenta-se sobre a perspectiva teórica de grandes pensadores da

educação brasileira e conhecedores das dificuldades e potencialidades de nosso país, além de exitosos no ato de buscar incessantemente a igualdade de direitos, como Anísio Teixeira, Paulo Freire e Darcy Ribeiro. Deriva-se daí, por óbvio, o olhar certo para implementação de uma educação social de qualidade, emancipatória, crítica e criativa.

No contexto destas diretrizes do MEC, o Curso de prevenção do uso de drogas constituiu um projeto mobilizador de ações efetivas, tornando-se matriz de formação continuada dos educadores no PSE. A oferta do curso, liderada pela Senad/MJ, promoveu uma importante articulação e cooperação interministerial a qual, por sua vez, obteve como resultado a sustentabilidade institucional do curso nas escolas públicas brasileiras, que passaram a demandar cada vez mais vagas e envolvimento com a temática da prevenção. Constatamos, assim, junto ao MEC, um processo dialético entre oferta e demanda, pois, na medida em que a Senad/MJ assumia a iniciativa do curso, o MEC reagia com uma parceria para a sua consecução nas escolas públicas brasileiras.

Enquanto coordenadora e gestora do projeto por todos estes anos e responsável pela execução técnica do curso como coordenadora do Prodequi/PCL/IP/UnB, para a primeira autora foi gratificante perceber o processo instalado no próprio Ministério da Educação que, graças ao curso, aos poucos inseria a prevenção do uso de drogas em sua agenda e em seu orçamento. Na meta de prevenção do **Plano de enfrentamento ao crack** com uma oferta definida para 210 mil educadores (quinta e sexta edições), foi significativa a disponibilização orçamentária, através de bolsas do FNDE para uma grande quantidade de tutores. Consideramos que o principal ganho foi a introdução de uma proposta institucional atualizada com os conhecimentos científicos que fundamentam a importância da mudança de paradigma da guerra às drogas para o

paradigma da educação para a saúde e com as diretrizes internacionais sobre a política de prevenção, assentada na formação de educadores como sendo os principais atores de interlocução com os educandos sobre a temática. Como escreveu a assessora do PSE no MEC, em um projeto encaminhado para a OEI (Organização dos Estados Iberoamericanos), ao justificar demanda para uma nova edição do curso: *“As ações do Ministério da Educação relacionadas à prevenção do uso de álcool e outras drogas estão voltadas para redução de seu impacto na sociedade e no sujeito de aprendizagem e conseqüentemente, focadas em favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento saudável, associados à visão de futuro que define que o Brasil pauta sua agenda no sentido de ser reconhecido por sua educação de qualidade e por ser uma nação democrática e soberana, que defende os direitos humanos, a liberdade, a paz e o desenvolvimento no mundo.”* (Martha Klumb - 2016).

O contexto do curso na Política de Prevenção da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - Senad/MJ

Do ponto de vista da Senad e da Política Nacional sobre Drogas, que esteve vigente no país entre 2005 e 2019, as ações de prevenção são de responsabilidade de todos os segmentos da sociedade:

A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da responsabilidade compartilhada com a construção de redes sociais que visem a melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde (BRASIL, 2005, p.18).

A partir desta diretriz, o contexto educacional sempre mereceu destaque, por seu potencial no desenvolvimento de ações preventivas de forma articulada com outras áreas (saúde, direitos humanos, desenvolvimento social, segurança pública) e segmentos da comunidade. Neste sentido, o fomento ao Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores vigorou durante cerca de 15 anos como uma das ações prioritárias da Senad, reconhecendo seu caráter estratégico na perspectiva de torná-lo uma política pública permanente, apesar dos desafios sistemáticos na garantia de alocação de recursos.

A importância que esta capacitação atingiu em âmbito nacional, ao estabelecer o educador como protagonista já está evidenciada. Cumpre informar que previamente à criação do curso, a maior parte das ações preventivas que prevaleciam nas escolas brasileiras eram implementadas por policiais militares que atuam no Programa Educacional de Resistência às Drogas e Violência - Proerd, desenvolvido em todas as unidades federativas com alta capilaridade. O Proerd chegou ao Brasil em 1992 e tem por base o programa norte americano *D.A.R.E. – Drug Abuse Resistance Education* – criado nos Estados Unidos em 1983.

Este espaço de destaque assumido pelo Proerd está relacionado ao vácuo de programas de prevenção sistemáticos no ambiente escolar, antes do curso para educadores. Além disso, a legitimação da figura do policial como o agente responsável pela prevenção do uso de álcool e outras drogas dentro da sala de aula, é controversa. As duras críticas ensejadas pelo meio acadêmico a este programa, apontavam que, muitas vezes, havia falta de articulação do Proerd com os educadores e o projeto pedagógico escolar.

Tentando enfrentar esta questão, um exemplo do grande poder articulador do projeto para educadores foi que, na terceira edição do curso,

promovida em parceria com o Pronasci em 2010, também foram capacitados cerca de 1500 policiais educadores do Proerd, membros da polícia comunitária e batalhão escolar. Esta edição também visava a inclusão prioritária de escolas localizadas em regiões com altos índices de vulnerabilidade social e aquelas localizadas em unidades de internação para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Este exemplo destaca o grande potencial estratégico e articulador da instituição escolar que, ao invés de excluir esses agentes, deu conta de incluí-los como importantes integrantes da rede da escola para enfrentamentos específicos. Neste sentido, mais uma vez a ação da capacitação de educadores guardou alinhamento com o que preconizava a Política Nacional sobre Drogas a respeito da importância de ações integradas e descentralizadas.

Nesta esteira, outras ações promovidas pela Senad também cumpriram seu papel de levar informações qualificadas a diferentes agentes sociais, com destaque para os seguintes cursos de formação: Conselheiros Municipais (parceria com Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC); Operadores do Direito (Universidade de São Paulo - USP); Profissionais de Saúde e Assistência Social (Curso Supera, em parceria com a Universidade Federal de São Paulo - Unifesp); Lideranças religiosas e comunitárias (Unifesp); Segurança pública (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), entre outros. Além disso, no âmbito do plano Crack, a partir de 2011 foram implantados 49 Centros Regionais de Referência - CRRs, que ofertaram a partir da execução de universidades públicas de todo o Brasil, cursos presenciais focados no cuidado aos usuários de substâncias.

Abrangência da formação de educadores no território nacional

Apresentamos, a seguir os resultados quantitativos e a capilaridade atingida pelo curso no território nacional, no decorrer das seis edições realizadas de 2004 a 2014.

A Tabela 1, a seguir, revela como os estados e as regiões geográficas se diferenciam no que tange à participação no curso. Apresenta-se um comparativo entre o somatório dos dez anos no contexto da 2ª à 6ª edição, e o somatório das edições ligadas ao Programa *Crack, é Possível Vencer!* (5ª e 6ª edições- realizadas de 2012 a 2014).

Tabela 1. Certificação dos educadores nos 10 anos de prevenção nas edições do Programa *Crack, é Possível Vencer!*

UF	Educadores Certificados	
	Somatório dos 10 anos	Somatório das edições do Programa “ <i>Crack, é Possível Vencer!</i> ”
Acre	230	185
Amazonas	284	168
Amapá	181	60
Pará	1.058	733
Rondônia	739	373
Roraima	280	222
Tocantins	1.521	482
Região Norte	4.293	2.223
Alagoas	870	551
Bahia	11.712	8.665
Ceará	4.346	1.886
Maranhão	1.090	467
Paraíba	1.364	975

Pernambuco	1.107	544
Piauí	1.528	1.224
Rio Grande do Norte	1.270	344
Sergipe	497	235
Região Nordeste	23.784	14.891
Distrito Federal	1.812	1.259
Goiás	3.239	1.149
Mato Grosso do Sul	1.372	699
Mato Grosso	2.436	1.041
Região Centro-Oeste	8.859	4.148
Espírito Santo	6.514	5.689
Minas Gerais	3.348	1.248
Rio de Janeiro	1.268	599
São Paulo	21.540	14.084
Região Sudeste	32.670	21.620
Paraná	14.834	9.146
Rio Grande do Sul	6.629	2.757
Santa Catarina	3.003	1.084
Região Sul	24.466	12.987
Brasil	94.072	55.869

É possível verificar, na Tabela 1, que a região Sudeste teve maior quantitativo de educadores certificados, com destaque para o estado de São Paulo, cujo total é próximo ao de toda a região Nordeste ao longo dos dez anos (21.540 e 23.784, respectivamente). Destaca-se, também, a certificação no estado do Paraná, que em todas as edições sempre apresentou uma imensa demanda, tanto na capital como nos municípios do interior do estado. Outro índice relevante, é o da certificação nas edições que estiveram presentes junto ao plano de ações governamentais do Programa “*Crack, é Possível Vencer!*”, atingindo mais de 55.000 educadores certificados, quantitativo este, superior à metade dos resultados alcançados nos dez anos de curso.

Conclui-se, a partir dos resultados apresentados na Tabela 1, que o aumento da oferta de vagas a partir da 5ª edição contribuiu para a consolidação da política de prevenção através da formação dos educadores em todo o território nacional. Destaca-se nesse contexto, além dos já mencionados estados de São Paulo e Paraná, o estado da Bahia que, nas edições do Programa *Crack*, atingiu quantitativo de certificados muito significativo.

Abrangência do curso nas escolas públicas brasileiras

Além de considerar o envolvimento de educadores nos 10 anos de curso, é possível analisar o cômputo de escolas envolvidas nesse histórico. Nas edições do Programa “*Crack, é Possível Vencer!*” houve um salto no quantitativo de escolas contempladas.

De forma a compreender como se efetiva a realidade da certificação nos diferentes estados brasileiros e no contexto das escolas contempladas pela oferta de vagas do curso na Tabela 2, em sequência, buscamos, por meio de um comparativo entre o somatório dos dez anos no contexto das edições mencionadas no gráfico e pelo somatório das edições ligadas ao Programa “*Crack, é Possível Vencer!*” (5ª e 6ª edições), fazer um detalhamento que permita mostrar como alguns estados se diferenciam no que tange à participação no curso.

A Tabela 2 contempla a análise das escolas com projetos *aprovados*.

Tabela 2. Projetos aprovados nas escolas nos 10 anos de prevenção nas edições do Programa «Crack, é Possível Vencer!»

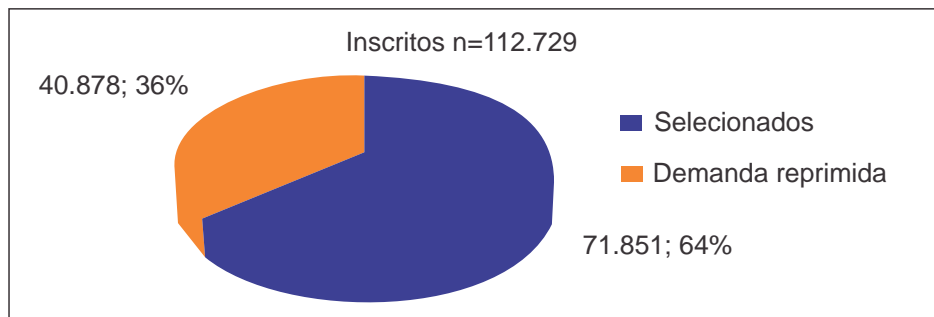
UF	Educadores Certificados	
	Somatório dos 10 anos	Somatório das edições do Programa “Crack, é Possível Vencer!”
Acre	51	38
Amazonas	89	50
Amapá	46	23
Pará	312	214
Rondônia	138	90
Roraima	73	57
Tocantins	294	118
Região Norte	1.003	590
Alagoas	227	141
Bahia	2.388	1.832
Ceará	798	361
Maranhão	230	112
Paraíba	282	194
Pernambuco	238	129
Piauí	300	245
Rio Grande do Norte	261	76
Sergipe	125	71
Região Nordeste	4.849	3.161
Distrito Federal	635	305
Goiás	644	262
Mato Grosso do Sul	230	112
Mato Grosso	400	163
Região Centro-Oeste	1.909	842
Espírito Santo	1.096	892
Minas Gerais	567	201

Rio de Janeiro	324	173
São Paulo	4.169	2.844
Região Sudeste	6.156	4.110
Paraná	2.670	1.512
Rio Grande do Sul	1.690	469
Santa Catarina	1.077	409
Região Sul	5.437	2.390
Brasil	19.354	11.093

Pelos resultados apresentados na Tabela 2, é possível observar que 19.354 projetos foram desenvolvidos e aprovados em escolas de todo o país. Ao considerar o contexto das edições do Programa *Crack*, temos 11.093 projetos. Na região Norte, território com menor quantitativo de escolas com projetos aprovados, a soma supera a casa de mil escolas, considerando o contexto dos dez anos do curso. No estado de São Paulo, o somatório é de 4.169 escolas com projetos aprovados. Os estados do Paraná e da Bahia aparecem na sequência com os maiores quantitativos – 2.670 e 2.388.

No que tange ainda à demanda reprimida, é possível mencionar que dos 112.729 educadores que procuraram se inscrever, apenas 64% foi contemplado com uma vaga no curso, gerando uma demanda retida de 40.878 professores sem vaga no curso, como mostra o gráfico 1:

Gráfico 1 - Demanda reprimida da 5ª edição do Curso de Prevenção



Além da **demanda reprimida**, é possível mencionar o fato de que 93% (n=10.620) dos educadores que responderam ao questionário sobre o potencial de implementação e demandas dos educadores certificados, afirmou que deseja dar continuidade às ações do projeto, de forma que um módulo de acompanhamento poderia ser criado no sentido de monitorar as atividades relativas aos projetos de prevenção após o término do curso. Além dos educadores, é possível identificar que essa demanda veio ainda da comunidade, da família, e de outros membros do quadro da escola que não participaram diretamente do curso.

O fato é que além de identificarmos lacunas na formação, tanto no que tange à oferta de vagas como no sentido do acompanhamento da implementação dos projetos para além do período de execução do curso, é possível identificar que foram ofertadas mais de 200.000 vagas, considerando a oferta da Universidade de Brasília na 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 6ª edição, assim como a oferta da Universidade Federal de Santa Catarina na 6ª edição. Ao identificar o público que foi contemplado por essa oferta, foi constatado que alguns educadores procuram fazer o Curso em mais de uma edição. Isso ocorre quando o educador se muda para uma escola que ainda não tem um projeto de prevenção, ou então para uma que já participou do Curso, mas, que pode não ter tido um projeto de prevenção aprovado.

Um curso de tamanha magnitude conseguiu manter continuidade graças às proffcuas trocas entre a academia e os principais órgãos de implementação de políticas públicas do Governo Federal, deixando suas marcas no que, sem dúvida, podemos chamar de uma iniciativa de governo para a implantação de uma política de prevenção do uso de drogas, através da formação de educadores de escolas públicas.

Dentre as principais conquistas, destacamos a própria continuidade e os avanços na proposta político-pedagógica, como uma

construção coletiva, graças ao trabalho de parceria entre as instituições de governo (Senad e MEC) e a Universidade de Brasília.

A crescente demanda pelo curso testemunhou uma conquista na mobilização dos educadores como atores conscientes de seu protagonismo na implementação da política de prevenção do uso de drogas na escola. A qualidade da participação dos educadores-cursistas concluintes, que investiram e se comprometeram com o curso, apesar das tantas dificuldades de toda a ordem que permeiam o sistema escolar, foi sempre o maior estímulo para prosseguirmos. Por isso, foi possível viabilizar estas seis edições que exigiram superação de desafios: limites orçamentários, cronograma e calendário escolar, entre outros.

O Curso resultou em um importante espaço de socialização de experiências para educadores que refletem a formação *para e na* atuação profissional; todos são convidados para uma relação compartilhada e democrática quanto ao que fazer diante de situações de natureza inacabada e, por isso, angustiantes; percorrem um diálogo reflexivo e dinâmico acerca das competências do ambiente escolar, de forma geral, e das competências profissionais, de forma singular; são mobilizados por seus próprios pares – educadores tutores que, com sensibilidade, atenção e cuidado, incitam o acolhimento do diferente, do que não tem solução definitiva – sempre a partir de sua própria trajetória profissional e da realidade territorial e comunitária de sua escola; debatem a (re)construção de saberes na intersubjetividade das comunicações e com a comunidade maior (mais ampla); repensam a formação de Redes nas relações, e seu papel nessa construção.

Considerações finais: conquistas e desafios na consolidação da política de prevenção do uso de drogas junto às escolas

A complexidade do fenômeno do consumo de drogas no Brasil mostra que a articulação de políticas convergentes de prevenção ao uso de drogas com a participação das agências internacionais e da sociedade civil é capaz de produzir novas capacidades, gerar novos recursos e corresponsabilidades para provocar transformações mais rápidas e efetivas nas condições geradoras de vulnerabilidade das populações adolescentes e jovens.

Muito além de teorias e metodologias, a formação continuada dos educadores inclui mudanças de representações sociais e a desconstrução de posturas, num novo paradigma da prevenção do uso de drogas. A cada conquista, um novo desafio em um processo que, assim como todo o processo educativo, exige tempo e adquire profundidade na sua continuidade.

O grande desafio que se coloca é, sem dúvida, o da territorialização, tanto da formação dos educadores, através de universidades parceiras em diferentes estados do Brasil, como do processo de ampliação das atividades preventivas de promoção de saúde para a escola, no seu sentido mais amplo de território educativo aberto. Este processo deve ocorrer em constante parceria com a comunidade e com o município, em busca do fortalecimento de uma política de promoção de saúde e de cidadania.

A territorialização da promoção de saúde na escola – meta fantástica do Programa Saúde na Escola - PSE onde se inserem as ações preventivas do abuso de drogas – prima por ações políticas de mobilização nas instituições locais na esfera da gestão estadual, municipal e direção das

escolas contempladas pelo curso, para que assumam o apoio à implementação do projeto de prevenção da escola.

Espera-se poder seguir avançando a favor de uma estratégia integral, equilibrada e humanista, que consolide as conquistas obtidas em direção a abordagens plurais, fundamentadas em evidências científicas, que respeitem os direitos fundamentais da pessoa humana, sobretudo, daqueles que vivem em condição de maior vulnerabilidade.

Referências

- DUARTE, P.C.A.V.; DALBOSCO, C. A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas. In: SUPERA – Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Brasília, SENAD, 2017.
- JUSTINO, I. C., LIMA, A. M. A., SUDBRACK, M. F.O. Estudo do potencial de implementação dos projetos da sexta edição do curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. In: M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo – experiência e pesquisa do PRODEQUI/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004 – 2014) (pp. 268 – 283). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.



2

Conceitos de dependência e vulnerabilidade ao uso de drogas

Richard Alexander Reichert
Eroy Aparecida da Silva
André Luiz Monezi Andrade
Denise De Micheli

O objetivo deste capítulo é abordar a relação entre vulnerabilidade e uso de drogas, buscando compreender algumas razões pelas quais alguns sujeitos estão mais suscetíveis ao uso e possíveis riscos e danos sociais e à saúde e outros não. Assim, espera-se que seja possível compreender a complexidade do conjunto de fatores que circundam o uso de substâncias psicoativas e suas variações.

Introdução

Vulnerabilidade é um conceito importante para se compreender as motivações, decisões e ações humanas relacionadas ao uso de substâncias com potencial de modificar o funcionamento do organismo, causar sensações e emoções diversas e alterar as percepções e os comportamentos. Esse conceito ajuda também a responder a uma indagação muito comum: por que uma parcela dessas pessoas desenvolve padrões de abuso ou dependência?

O conceito de vulnerabilidade

Etimologicamente, a palavra “vulnerabilidade” tem origem nos vocábulos em latim “*vulnerare*” (ferir, lesar, prejudicar) e “*bilis*” (suscetível a) (CARMO; GUIZARDI, 2018; SEVALHO, 2017). Na filosofia, trata-se de uma condição inerente à existência humana, sua fragilidade e finitude (MORAIS; MONTEIRO, 2017). No campo da saúde, o termo geralmente é utilizado para referir a suscetibilidades das pessoas a determinados riscos (BERTOLOZZI et al., 2009). Esse conceito, porém, não foi o primeiro a ser adotado na tentativa de explicar os processos de saúde-doença.

Na década de 1980, o início da epidemia de AIDS amedrontou a humanidade e confrontou as práticas de cuidado na área da saúde, exigindo avanços tecnológicos e domínio de novas técnicas. Em decorrência disso, pesquisas epidemiológicas foram realizadas a fim de estabelecer associações probabilísticas e identificar fatores relacionados aos problemas de saúde. Assim, passou-se a identificar e caracterizar pessoas e grupos acometidos pelas doenças, o que levou à classificação de “*grupos*

de risco”: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de substâncias como a heroína, sobre os quais recaíram ainda mais estigmas e preconceitos (AYRES et al., 2006; CARMO; GUIZARDI, 2018; OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Em seguida, um novo conceito surgiu da interação entre a pesquisa clínica e campos como a psicologia social e a educação e passou a instrumentalizar as ações preventivas: *comportamento de risco*. Esse conceito transfere a noção de risco atribuída a determinados grupos sociais para comportamentos que podem gerar prejuízos às pessoas. Ou seja, o que antes visava a identificação e caracterização de determinadas *pessoas, grupos* ou *populações* passa a focar em *comportamentos* potencialmente prejudiciais à saúde. Os principais pontos positivos dessa mudança foram (a) a universalização da preocupação em relação à exposição a riscos; (b) o reconhecimento de que qualquer pessoa, independentemente de pertencer a determinado grupo social ou não, pode comportar-se de maneira a gerar/ampliar riscos e danos à própria saúde; e (c) o estímulo ao engajamento ativo das pessoas no cuidado à própria saúde, a partir do incentivo à mudança de seus hábitos de vida. Por outro lado, esse novo conceito apresentou limitação na medida em que previa responsabilização e culpabilização individual (AYRES et al., 2006). Apesar de representar certo avanço em relação ao modelo anterior, essa concepção não englobou totalmente as dimensões sociais, comunitárias e políticas dos processos de saúde-doença.

A noção de vulnerabilidade, por sua vez, considera aspectos socio-político-culturais, além da dimensão individual, para compreender e explicar a suscetibilidade a determinados riscos e danos à saúde, entendendo que a exposição a agravos é resultado da interação entre aspectos individuais e contextuais, assim como remete também ao acesso a

recursos protetivos que possibilitam o enfrentamento das adversidades. De acordo com essa perspectiva, risco refere-se a probabilidades e vulnerabilidade é um indicativo de iniquidades e desigualdades sociais. Vulnerabilidade, sendo assim, antecede e determina diferentes graus de exposição aos riscos (AYRES et al., 2006; BERTOLOZZI et al., 2009).

A vulnerabilidade é uma condição humana universal. Todos os seres humanos *estão* vulneráveis em diferentes graus, em diferentes pontos do tempo e do espaço. As dimensões, aspectos e graus de vulnerabilidade modificam-se no decorrer do tempo. Por isso, esse conceito não pode ser compreendido de forma unitária, binária e estável (AYRES et al., 2009; FELÍCIO; PESSINI, 2009).

O Quadro 1 contém a descrição das três dimensões que constituem o conceito de vulnerabilidade, de acordo com Ayres et al. (2006), Bertolozzi et al. (2009) e Sevalho (2017).

Quadro 1: Dimensões do conceito de vulnerabilidade.

Individual	As análises individuais partem do princípio de que <i>todas</i> as pessoas são suscetíveis a determinados riscos. Essa dimensão inclui características pessoais que podem contribuir para exposição ou proteção destes. A vulnerabilidade, portanto, é determinada por condições (a) <i>cognitivas</i> , que corresponde ao acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e das formas de prevenção dos possíveis riscos; (b) <i>comportamentais</i> , que tem a ver com a capacidade de operar as informações e outros recursos e modificar comportamentos que indicam a suscetibilidade; e (c) <i>sociais</i> , que diz respeito às contingências responsáveis pelos comportamentos potencialmente prejudiciais à saúde, aos fatores protetivos, à capacidade de adesão a comportamentos seguros e à possibilidade de aplicação desses recursos de proteção ao seu cotidiano.
-------------------	--

Social	Essa dimensão refere-se aos aspectos materiais, culturais, políticos. Em outras palavras, diz respeito à vida em sociedade. Estrutura jurídico-política, diretrizes governamentais, relações de gênero, relações raciais, relações intergeracionais, crenças religiosas, condições socioeconômicas etc. são aspectos contextuais que influenciam a vulnerabilidade individual e se relacionam à exposição (ou não) ao uso de drogas e outros comportamentos que podem eventualmente gerar riscos à saúde.
Programática	A vida em sociedade é mediada por várias instituições sociais, como a família, a escola, os serviços de saúde, entre outras. Para que os recursos sociais de que as pessoas precisam para não desenvolver problemas relacionados ao uso de drogas (danos sociais e à saúde) estejam disponíveis, é necessário que existam esforços programáticos (institucionais). A dimensão institucional, nesse sentido, visa avaliar como as instituições (de saúde, educação, bem-estar social, cultura, etc.) atuam e influenciam no aumento ou na redução da vulnerabilidade que predispõe a padrões de uso, abuso e dependência de substâncias. Refere-se, portanto, à qualidade e ao funcionamento efetivo das políticas públicas e programas de prevenção e tratamento.

Fonte: Elaborado com base em Ayres et al. (2006), Bertolozzi et al. (2009) e Sevalho (2017).

Essa perspectiva integrativa de saúde reconhece a relevância das conjunturas macrosociais sem desconsiderar a dimensão individual no entendimento e no enfrentamento das situações que constituem as vulnerabilidades. A partir dessa mudança de paradigma passou-se a considerar a interação de fatores econômicos, sociais e culturais ao se falar em vulnerabilidade, indo-se além do comportamento individual e transcendendo os fatores biológicos como únicos determinantes dos processos de saúde-doença (CARMO; GUIZARDI, 2018). Dessa forma, “a vulnerabilidade se configura em uma dinâmica de interdependências

recíprocas que exprimem valores multidimensionais – biológicos, existenciais e sociais” (OVIEDO; CZERESNIA, 2015, p. 246). Por isso, de acordo com Sevalho (2017), a compreensão sobre vulnerabilidade e propostas de intervenção devem sempre considerar as relações estabelecidas entre os sujeitos e seus contextos sociais.

Quadro 2: Perspectivas do conceito de vulnerabilidade.

Individual	Valores; Interesses; Crenças; Credos; Desejos; Conhecimentos; Atitudes; Comportamentos; Relações familiares; Relações de amizade; Relações afetivo-sexuais; Relações profissionais; Situação material; Situação emocional; Situação física; Redes e suportes parentais.
Social	Normas sociais; Referências culturais; Relações de gênero; Relações étnico-raciais; Relações intergeracionais; Normas e crenças religiosas; Estigma e discriminação; Emprego; Salários; Suporte social; Acesso à educação; Acesso à justiça; Acesso à cultura, lazer, esporte; Acesso à mídia; Liberdade de pensamento e expressão; Participação política; Cidadania.
Programática	Compromisso político dos governos; Definição de políticas específicas; Planejamento de avaliação das políticas; Participação social no planejamento e avaliação; Recursos humanos e materiais para as políticas; Governabilidade; Controle social; Articulação multissetorial das ações; Atividades intersetoriais; Organização do setor saúde; Acesso aos serviços; Qualidade dos serviços; Qualidade dos serviços; Integralidade da atenção; Equidade das ações; Equidade multidisciplinares; Enfoques interdisciplinares; Integração entre prevenção, promoção e assistência; Preparo técnico-científico dos profissionais e equipes; Compromisso e responsabilidade dos profissionais; Respeito, proteção e promoção de direitos humanos; Participação comunitária na gestão dos serviços; Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços; Responsabilidade social e jurídica dos serviços.

Fonte: Adaptado de Ayres et al. (2006).

A concepção de vulnerabilidade, com suas dimensões e respectivos aspectos (expostos no Quadro 2), contribui com teorias e práticas que abrangem os aspectos sociais dos processos saúde-doença, sintetizando, sistematizando, aperfeiçoando e enriquecendo suas preocupações e proposições (AYRES et al., 2006). Essas dimensões podem orientar a formulação de intervenções de prevenção e tratamento mais efetivas, partindo de uma perspectiva integral de ser humano.

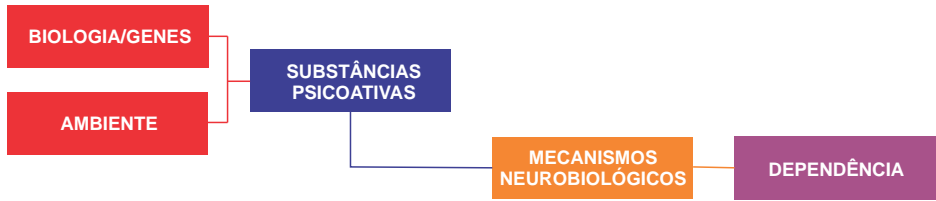
Vulnerabilidade ao uso de drogas

Em relação ao uso de drogas, vulnerabilidade diz respeito tanto às variáveis individuais quanto aos fatores coletivos e contextuais, que interagem e resultam em uma maior ou menor predisposição ao consumo. São consideradas tanto as variáveis que influenciam no desenvolvimento de padrões de abuso ou dependência como os fatores/recursos necessários para a proteção a eventuais riscos.

Vulnerabilidade individual

Segundo Oliveira et al. (2017), os sintomas da dependência de drogas “e suas múltiplas expressões compartilham [...] de uma etiologia biopsicossocial” (p. 3). Existem diversos fatores que influenciam em seu desenvolvimento. Essas variáveis são *biopsicossociais* e referem-se à droga em si e suas propriedades farmacológicas e sua ação no organismo, aos usuários e suas características psicológicas e aos contextos nos quais os usuários estão inseridos. Sendo assim, devem ser considerados os fatores biológicos, cognitivos, comportamentais, sociais, culturais e políticos.

Figura 1: Etiologia da dependência de drogas.



Fonte: Adaptado de Oliveira, Eckschmidt e Wagner (2017).

Vulnerabilidade social e institucional

No Brasil, “vulnerabilidade remete à deterioração dos direitos civis, perda de garantias adquiridas, fragilização da cidadania” (SEVALHO, 2017, p. 180). A população brasileira convive com a desigualdade social, que envolve problemas como pobreza, fome, miséria, violência, entre outros (PEREIRA et al., 2013). E, segundo o *World Drug Report* (Relatório Mundial sobre Drogas), do *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), aspectos relacionados à vulnerabilidade social estabelecem relações complexas e mútuas com o uso de substâncias. Há correlação positiva entre desvantagens socioeconômicas (baixos níveis de escolaridade, desemprego, exclusão social e marginalização) e problemas – danos sociais e à saúde – associados ao consumo de drogas (UNODC, 2016). Em vista disso, Bergeron (2012, p. 78) indaga: “deve-se considerar que os usos mais precoces que a média estão na origem de um aumento da exclusão ou é a precariedade inicial que provoca usos mais precoces?”.

Importante: É necessário considerar a dimensão político-social ao referir-se ao conceito de vulnerabilidade, sobretudo no contexto político-criminal das drogas, na medida em que a perspectiva moralista e as políticas punitivas acentuam as vulnerabilidades e afastam do cuidado as pessoas que fazem uso de substâncias, acarretando em marginalização e exclusão social e gerando maiores agravos à saúde física e emocional dos sujeitos.

Figura 2: Fatores psicossociais relacionados ao uso de drogas.



Muitos usuários de *crack*, por exemplo, apresentam uma série de vulnerabilidades que acentuam sua marginalização social e exposição a um número maior de agravos à saúde: morar nas ruas, privação de acesso a serviços de saúde e ações preventivas, pouco apoio social, comorbidades clínicas/psiquiátricas, entre outras situações de violência e sofrimento físico e emocional, que exacerbam riscos como de contrair doenças (ex.: doenças infectocontagiosas como HIV e tuberculose) (HALPERN et al., 2017).

Essas e outras adversidades podem predispor a padrões de uso mais elevados e ampliar as possibilidades de possíveis problemas relacionados ao consumo de drogas. É por esse motivo que, muitas vezes, compreende-se o uso de substâncias psicoativas como um meio de subsistência ante as adversidades da vida, pois, além do prazer, o uso pode proporcionar alívio e fuga da realidade.

Adolescência e vulnerabilidade ao uso de drogas

Em síntese, a adolescência é um período do desenvolvimento humano em que ocorrem diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais. Essas mudanças são influenciadas pela interação complexa de variáveis biológicas, história de vida, contexto familiar, ambiente escolar, entre outros fatores. As singularidades são “moldadas” pelas relações estabelecidas entre os sujeitos sociais e os contextos nos quais estão inseridos.

Nessa fase, acontece um processo de remodelagem, refinamento e maturação de estruturas e funções cerebrais responsáveis pela regulação das emoções, planejamento, tomada de decisões e controle dos impulsos. Simultaneamente, níveis alterados de neurotransmissores como dopamina

e serotonina e regiões como amígdala e estriado são responsáveis pela intensidade e instabilidade emocional, por comportamentos de busca por novas experiências, sensações e recompensas e disfunções na regulação emocional e na inibição do comportamento. Além do mais, adolescentes ainda não desenvolveram totalmente um repertório variado de habilidades psicocomportamentais e competências socioemocionais para enfrentar de maneira assertiva as situações e adversidades impostas pela vida cotidiana. Além dessas características neuropsicológicas, a identificação e associação a grupos são essenciais para a reorientação social e construção da identidade. Assim, o uso de substâncias psicoativas pode surgir devido às curiosidades, pressões grupais, para obter-se reforço social, como também para aliviar as tensões inerentes a essa fase da vida. Esses aspectos colaboram para que a adolescência seja um período de maior vulnerabilidade e predisposição a comportamentos de risco e ao desenvolvimento de possíveis transtornos psicológicos, como ansiedade, depressão, entre outros (DE MICHELI et al., 2014; SANCHEZ, 2015).

Quadro 3: Vulnerabilidades ao uso de drogas na adolescência.

Biogenéticos		<ul style="list-style-type: none">•Suscetibilidade ao uso de drogas•Vulnerabilidade psicofisiológica
Psicológicos		<ul style="list-style-type: none">•Timidez•Agressividade•Baixa autoestima•Outro transtorno mental (comorbidades psiquiátricas)
Sociais	Família	<ul style="list-style-type: none">•Pais que usam drogas•Falta de envolvimento afetivo entre pais e filhos•Problemas nas dinâmicas do funcionamento familiar

		<ul style="list-style-type: none">•Ausência de cuidadores•Pouco controle e supervisão parental•Falta de definição de regras claras•Permissividade por parte dos pais•Hábitos culturais
	Violência	<ul style="list-style-type: none">•Violência doméstica•Abuso sexual na infância
	Amigos	<ul style="list-style-type: none">•Uso de drogas por parte dos amigos, associado ao pertencimento a um grupo social•Pressão por parte dos amigos para o uso de drogas;
	Escola	<ul style="list-style-type: none">•Baixo desempenho escolar•Reprovação
	Informação	<ul style="list-style-type: none">•Pouca informação sobre drogas, efeitos e potenciais riscos•Baixa percepção de risco do uso de drogas

Políticas públicas e redução de vulnerabilidade

As vulnerações demandam cuidados especiais por parte de instituições sociais organizadas. Para atender a essas demandas, faz-se necessária a implantação e ampliação de serviços e dispositivos de atendimento e acolhimento aos usuários de drogas (abordagens de rua, programas de redução de danos, terapia comunitária etc.) baseados na integralidade e humanização do cuidado em saúde, com foco no empoderamento e desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. As intervenções precisam ser formuladas levando em consideração o perfil e as necessidades específicas de pessoas e grupos (HALPERN et al., 2017; MORAIS; MONTEIRO, 2017). Abordagens com foco na redução de vulnerabilidade ampliam as investigações e intervenções do plano

individual para o plano macrossocial das suscetibilidades (mesmo as intervenções individualizadas, como psicoterapias ou consultas médicas individuais); assim, entende-se que, além de informar e alertar a respeito de possíveis problemas, é preciso que as pessoas tenham a sua disposição os recursos necessários para superar seus obstáculos materiais, sociais, culturais e políticos (AYRES et al., 2006).

Para exemplificar

Situação 1 - Imagine um adolescente chamado HP, de 16 anos, isto é, ainda em plena fase de desenvolvimento; seu cérebro se encontra em processo de refinamento estrutural e funcional; logo, suas funções cognitivas mais complexas (controle de impulsos, planejamento, tomada de decisões, etc.) se encontram em estágio de maturação. HP perdeu os pais quando era criança, foi encaminhado para uma instituição onde permaneceu por três anos, e atualmente vive com seus avós e alguns tios. Sua família passa por dificuldades financeiras, vivencia constantes brigas e HP presencia várias cenas de violência diariamente. Além disso, seu avô foi diagnosticado com um grave problema de saúde decorrente do uso abusivo de álcool. Pelo fato de ter se saído mal na escola nos primeiros bimestres, abandonou os estudos; e a escola não o procurou nem acionou órgãos competentes para que averiguassem a situação. Quando sai de casa, por pressão de amigos, HP faz uso de álcool e outras drogas, envolve-se em brigas e retorna tarde para casa, intensificando ainda mais os conflitos em sua residência.

Situação 2 - Apesar da perda dos pais, das dificuldades financeiras e dos constantes conflitos familiares, HP continuou os estudos. Na escola,



estabeleceu vínculos com professores que o incentivam; e passou a participar de um projeto de construção de projetos de vida, onde conheceu outros colegas que frequentemente o convidam para visitá-los e também auxiliam nas tarefas escolares. Esse projeto, além de discutir sobre as possibilidades do mundo acadêmico e do futuro profissional, tem como foco a reflexão sobre questões da vida e experiências relacionadas à adolescência (educação sexual, conscientização sobre o uso de drogas etc.), bem como o desenvolvimento de habilidades e competências socioemocionais, ensinando jovens a aprimorarem suas habilidades de comunicação, enfrentamento de adversidades e resolução de problemas. Sua permanência na escola e a participação em atividades extracurriculares permitiram a entrada no time de futebol do município, recebendo mensalmente um auxílio financeiro. Para permanecer na equipe, porém, os jogadores passam por constantes avaliações médicas que examinam diversos aspectos (sono, alimentação, práticas de exercícios físicos, uso de substâncias etc.) e precisam manter-se na escola apresentando bom desempenho (assiduidade e boas notas). Logo, há um maior autocuidado por parte de todos. Mesmo mantendo contato com os demais amigos e eventualmente fazendo uso de substâncias psicoativas, HP aprendeu sobre os efeitos e possíveis riscos associados a esse hábito. Esse uso tornou-se episódico e não nocivo. Ou seja, ocorreu uma mudança em relação ao padrão anterior.

O que aconteceu, afinal?

Diversas pesquisas foram realizadas com o intuito de responder a essa e outras questões. Ao longo da história, uma série de estudos demonstraram a complexidade, a multifatorialidade e a variedade de

efeitos e consequências decorrentes do uso de drogas, e principalmente o papel do contexto social¹ na instalação e manutenção de padrões de uso, abuso e dependência de drogas.

Figura 2: Situações 1 e 2 (Vida de HP).



Fatores de risco e de proteção interagem no decorrer da vida dos sujeitos e atuam como facilitadores ou não da experimentação, do abuso ou do desenvolvimento de transtornos relacionados ao uso de substâncias. Nesse sentido, a resiliência pode ser vista como uma possibilidade de enfrentamento, adaptação e superação de situações adversas. Trata-se de um processo construído ao longo da vida, mediado por fatores biogenéticos e ambientais. Instituições como a família, a escola e a comunidade exercem papel fundamental na construção desse repertório de habilidades assertivas de enfrentamento das adversidades e vulnerabilidades (ZANELATTO; ZANELATTO, 2014).

¹Para ver mais sobre o papel do ambiente na manutenção de diferentes padrões de uso de drogas, sugere-se a leitura das seguintes obras: *Outsiders: estudos de sociologia do desvio* (Howard Becker, 1963); *The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats* (Bruce Alexander et al., 1978); *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use* (Norman Zinberg, 1984); e *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia a nossa visão sobre as drogas* (Carl Hart, 2014).

Quando a circunstância é boa, devemos desfrutá-la; quando não é favorável, devemos transformá-la; e quando não pode ser transformada, devemos transformar a nós mesmos (Viktor Frankl). Fonte: Reproduzido de Zanelatto e Zanelatto (2014).

Skinner (1953/2003), uma das principais referências da Psicologia Comportamental, afirmou: “as circunstâncias além do indivíduo são importantes” (p. 9). Portanto, para a resolução dos problemas que impactam a vida humana, “teremos de encontrar um ambiente social melhor” (SKINNER, 1974/2006, p. 182). Em vista disso, Sevalho (2017) questiona: serviços como educação e saúde estão propiciando recursos para que os contextos desfavoráveis e as situações adversas sejam superados pelas pessoas e pelos grupos sociais? Esses serviços possibilitam que as pessoas transformem suas relações, valores e interesses, de modo a superar as situações de vulnerabilidade? Por essas razões, a autonomia não deve ser compreendida de maneira restrita, mas sim de modo contextualizado, considerando as condições que possibilitam (ou não) as pessoas de agirem de forma autônoma (MORAIS; MONTEIRO, 2017).

De acordo com Bertolozzi et al. (2009), é preciso criar e aperfeiçoar tecnologias, dispositivos e instrumentos a fim de possibilitar práticas integrativas qualificadas que atendam às necessidades das pessoas e grupos sociais, com foco na garantia da equidade e no desenvolvimento da autonomia, da cidadania e da qualidade de vida. Refletir sobre justiça social e cidadania demanda considerar o contexto de vida dos sujeitos e sua influência sobre o modo como agem na sociedade. Entretanto, a omissão do poder público e das instituições sociais impossibilita, muitas vezes, que os sujeitos tenham acesso a recursos protetivos. A desigualdade no acesso a políticas e serviços, como educação e saúde, está associada a situações

que ampliam a vulnerabilidade das pessoas (CARMO; GUIZARDI, 2018). Diante esse cenário, a educação, por exemplo, representa um importante fator de proteção e instrumento de transformação social. Em conformidade com Sevalho (2017), a perspectiva social da noção de vulnerabilidade serve como crítica aos contextos de desigualdades e situações de opressão; e as instituições sociais como a escola possibilitam o florescimento de potencialidades, de autonomia e superação dessas condições.

Bioética da proteção

Diante do cenário descrito, reconhecendo a vulnerabilidade como uma condição humana e considerando que o governo tem o compromisso de proteger todos os membros da sociedade, busca-se evitar posturas extremistas que geram resultados insatisfatórios e maiores danos aos sujeitos. Nesse ínterim, surge a bioética da proteção, uma ferramenta que orienta a conduta de gestores, pesquisadores, profissionais da saúde e a sociedade civil organizada. Essa abordagem pode auxiliar na tomada de decisões crítico-reflexivas, contribuindo com a clarificação das ações empreendidas, fortalecimento da dignidade de pacientes e familiares e para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, com a implementação de políticas públicas para a promoção da qualidade de vida das populações vulneradas, estendendo-se aos debates a respeito dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico (FELÍCIO; PESSINI, 2009; PEREIRA et al., 2013; ROSA, 2006).

Considerações finais

A inserção do conceito de vulnerabilidade na área da saúde pública

foi uma alternativa analítica frente à hegemonia do conceito de risco proveniente da abordagem epidemiológica, visando uma abordagem mais ampla dos processos saúde-enfermidade. Dessa forma, busca-se compreender como as dinâmicas sociais, culturais e institucionais se conectam aos aspectos individuais e criam condições que potencializam ou atenuam riscos à saúde (OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Nessa perspectiva, o uso de substâncias psicoativas constitui uma questão multifatorial, que abrange variáveis biológicas, psicológicas, sociais, comunitárias e políticas, que podem ampliar ou reduzir vulnerabilidades predisponentes a determinados padrões de comportamento como uso, abuso e dependência de drogas. Essa concepção instrumentaliza a formulação e implementação de propostas de intervenção mais integrais e efetivas.

Frente à necessidade de assegurar os direitos humanos fundamentais, orientar e instrumentalizar profissionais da saúde e formuladores de políticas públicas, surgiu a bioética da proteção, abordagem que abarca as dimensões micro e macrosociais do conceito de vulnerabilidade a fim de garantir os recursos protetivos necessários para a sobrevivência, a redução de danos sociais e à saúde, a liberdade e a dignidade das populações vulneradas.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ed. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro. 2009. p. 121-143.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e

- promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. DE S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 375-417.
- BERGERON, H. **Sociologia da droga**. Aparecida: Ideias & Letras, 2012.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p.1326-1330, dez. 2009.
- CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p.1-14, 2018.
- DE MICHELI, D. et al (Org.). **Neurociências do abuso de drogas na adolescência: o que sabemos?**. São Paulo: Atheneu, 2014.
- FELÍCIO, J. L.; PESSINI, L. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. **Bioética**, [s. L.], v. 17, n. 2, p.203-220, 2009.
- GUARESCHI, N. M. F. et al. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.17-27, 2007.
- HALPERN, S. C. et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p.1-13, 2017.
- LOCATELLI, D. P. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. In: CARLINI, E. L. A. (Org.). **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas (Previna)**. São Paulo: Universidade Aberta do Brasil/Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 2015. p. 48-56.
- MORAIS, T. C. A.; MONTEIRO, P. S. Conceitos de vulnerabilidade humana e

- integridade individual para a bioética. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.311-319, ago. 2017.
- OLIVEIRA, L. G.; ECKSCHMIDT, F.; WAGNER, G. A. A caracterização da dependência química. In: ANDRADE, A. L. M.; DE MICHELI, D. (Org.). **Inovações no tratamento da dependência de drogas**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 3-17.
- OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p.237-250, 27 mar. 2015.
- PEREIRA, L. C. et al. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.365-374, ago. 2013.
- ROSA, D. S.. Bioética: riscos e proteção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p.2257-2259, out. 2006.
- SANCHEZ, Z. V. D. M. Adolescência e vulnerabilidades. In: CARLINI, E. L. A. (Org.). **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas (Previna)**. São Paulo: Universidade Aberta do Brasil/universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2015. p. 23-33.
- SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p.177-188, 18 maio 2017.
- SKINNER, B. F.. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- SKINNER, B. F.. **Sobre o behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 2003.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**. Vienna: United Nations Publication, 2016.
- ZANELATTO, N. A.; ZANELATTO, R. Resiliência. In: DIEHL, A.; FIGLIE, N. B. (Org.). **Prevenção ao uso de álcool e drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer?** Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 338-352.



3

Drogas: conceitos básicos

*Nino Marchi
Daiane Silvello*

Este capítulo tem como objetivo conceituar o que são drogas, apresentar sua caracterização de acordo como os diferentes tipos de classificação e descrever o efeito das substâncias psicoativas no organismo.

Conceitos básicos

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde define **Droga** como sendo qualquer substância que altera o funcionamento do organismo e que não é produzida por ele. Portanto, a palavra droga se refere a qualquer substância capaz de produzir ou alterar um efeito biológico no organismo, seja ela medicinal ou nociva (NEAD, 2010; UNODC,2019).

As drogas capazes de alterar o funcionamento cerebral ou psíquico são denominadas **drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas (SPA)**. Estas atuam sobre o cérebro, alterando a maneira de sentir, de pensar e, muitas vezes, de agir. As alterações mentais não são iguais para todas as substâncias, uma vez que cada uma delas pode causar diferentes reações. Além disso, uma parte das drogas psicotrópicas é capaz de causar dependência e graves prejuízos, sendo, nesses casos, denominadas drogas de abuso, uma vez que o consumo descontrolado é observado com frequência entre os seus usuários (MARQUES; RIBEIRO, 2002). As substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a autoadministração repetida, podendo acarretar transtorno por uso de substância (NEAD, 2010; RONZANI, 2017).

Transtorno por uso de substância

O atual conceito de transtorno por uso de substâncias (TUS) é descritivo e baseado na presença de um agrupamento sinais cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados à ela. Existe um padrão de autoadministração contumaz que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento

compulsivo de consumo da droga. Os critérios diagnósticos são claros e indicam a presença de diferentes níveis de gravidade, ou seja, padrões individuais de consumo que variam de intensidade ao longo de uma linha contínua.

A Associação Americana de Psiquiatria, através do Manual de Diagnóstico Estatístico (DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª revisão), editado em 2013 (APA, 2013), define o Transtorno por Uso de Substâncias num *continuum* de gravidade, podendo ser leve (presença de 2 ou 3 dos critérios), moderado (presença de 4 ou 5 dos critérios) ou grave (presença de 6 ou mais dos critérios), conforme apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Critérios diagnósticos para presença de transtorno por uso de substâncias

- 1. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.*
- 2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.*
- 3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.*
- 4. Fissura e urgência em usar a substância.*
- 5. Uso recorrente da substância resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa.*

6. *Uso continuado da substância, apesar de problemas interpessoais causados pelos efeitos da substância.*
7. *Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.*
8. *Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo.*
9. *O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.*
10. *Necessidade de utilizar uma dose maior da substância para obter o mesmo efeito.*
11. *Desenvolvimento de sintomas de abstinência.*

A principal diferença da nova edição do manual (DSM-5) para as versões anteriores é o foco no **prejuízo** causado pelo uso da substância, independente da presença ou ausência de dependência física associada. O Transtorno por Uso de Substâncias **com dependência física** associada é diagnosticado quando o prejuízo é acompanhado por evidências de tolerância e/ou abstinência (critérios 10 e 11 da tabela). Por sua vez, o Transtorno por Uso de Substâncias **sem dependência física** associada é diagnosticado quando há prejuízo no consumo (presença de dois ou mais dos critérios 1 a 9), mas sem evidências de tolerância e abstinência (APA, 2013).

Portanto, mais importante do que classificar o indivíduo como dependente químico, é entender que o Transtorno por Uso de Substâncias envolve várias associações de comportamentos disfuncionais ligados a rituais, hábitos individuais e sociais que dificultam o processo de parada

do uso e a manutenção da abstinência. Sendo assim, o tratamento envolverá um processo, dentre outros métodos, de reorganização da rotina diária, de modo a romper a associação e o automatismo do comportamento de uso da droga (RONZANI, 2017).

Classificações das substâncias psicoativas

As substâncias psicoativas podem ser classificadas de diversas maneiras. Neste tópico veremos a classificação mais amplamente utilizada quanto ao *status* legal, quanto à origem e quanto aos efeitos farmacológicos (ação no sistema nervoso central - SNC)(NEAD, 2010).

Classificação quanto ao *status* legal das drogas

As substâncias psicoativas podem ser divididas também em lícitas ou ilícitas. As lícitas possuem permissão do Estado para serem produzidas, comercializadas e consumidas. As ilícitas não podem ser consumidas e muito menos comercializadas, pelo menos com a anuência do Estado (NEAD, 2010).

Esta divisão pode passar a ideia de que as drogas lícitas são seguras, ao passo que as ilícitas são perigosas. Entretanto, o álcool e o tabaco são responsáveis por altos níveis de mortalidade e incapacidade, índices superiores aos causados pela soma de todas as drogas ilícitas. Desse modo, é importante salientar que todas geram prejuízos e perigos potenciais que devem ser sempre considerados, independentemente de seu *status* legal. O risco de danos decorrente do uso de uma droga depende de muitos fatores: das características farmacológicas desta droga, do padrão de uso realizado pelo indivíduo, de comportamentos associados ao uso (por exemplo: beber

e dirigir), da existência de doenças que podem ser agravadas pelo uso da droga etc.

Mesmo as drogas conceituadas como lícitas sofrem controles por parte dos governos. As medicações que podem causar prejuízos, mas que possuem indicação médica, são vendidas de forma controlada com a utilização de receitas especiais, tais como tranquilizantes e analgésicos. Há aquelas que não possuem utilidade médica, mas são consumidas livremente ou com algum controle, como por exemplo, o álcool. Na maior parte dos países, o álcool não pode ser vendido para menores de 18 anos. Além disso, o seu consumo não é permitido dentro da escola ou *em locais de trabalho* (NEAD, 2010).

Quadro 2: Drogas lícitas e ilícitas

Lícitas	Ilícitas
Álcool	Anfetaminas
Cafeína	Cocaína
Barbitúricos	Maconha
Benzodiazepínicos	<i>Ecstasy / LSD</i>
Tabaco	Heroína

Classificação quanto à origem das drogas

Drogas naturais

Droga natural refere-se a uma substância específica que provoca efeitos alucinógenos em um processo integralmente natural, sem a intervenção de processos químicos em sua composição. Uma droga só é

considerada como natural quando ela não contém produtos químicos, nem pode ser produzida em laboratórios (NEAD, 2010; LOPES; SORDI; GONÇALVES, 2014).

Quadro 3: Drogas Naturais

Coca: A cocaína é extraída das folhas do arbusto da coca (*Erythroxylon coca*). Na forma natural pode ser consumida em infusão ou através da mastigação da folha.



Maconha: Derivada de plantas do gênero *Cannabis*. Os principais constituintes psicoativos da planta são o tetrahydrocannabinol (THC), o canabidiol (CBD), canabinol (CBN) e tetrahydrocannabinavarin (THCV).



Mescalina: Alucinógeno natural extraível do cacto *Peyote*. Apresenta-se sob a forma de pó branco, geralmente consumido por via oral (mastigado ou por infusão) ou, ocasionalmente, injetado.



Ópio: Extraído a partir da flor da Papoula (*Papaver somniferum*). Os opiáceos são um grupo de fármacos derivados do ópio que atuam nos receptores neuronais como a morfina, heroína e codeína.



Psilocibina: Substância encontrada naturalmente em algumas espécies de cogumelos, como o *Psilocybe cubensis*. A substância pode ser ingerida através do cogumelo desidratado ou moído na forma de infusão.



Drogas semissintéticas

As drogas semissintéticas podem ser consideradas como uma espécie de “mistura” entre as drogas naturais e as sintéticas, já que

possuem componentes tanto de uma quanto de outra. As drogas semissintéticas, apesar de passarem por processos químicos que visam sua “melhoria”, possuem seus princípios ativos extraídos de uma matriz natural. Ou seja, todas as drogas semissintéticas em algum momento passam por um laboratório para terem seu aroma, durabilidade e até mesmo a forma estética melhoradas, mas o seu princípio ativo sempre terá provindo de alguma planta natural (NEAD, 2010; LOPES; SORDI; GONÇALVES, 2014).

Quadro 4: Drogas Semissintéticas

Cocaína: A cocaína é extraída das folhas da coca (*Erythroxylon coca*), mas tem maior valor comercial quando refinada. Na forma de pó pode ser aspirada ou injetada.



Crack: É a cocaína solidificada em cristais. O nome deriva do ruído peculiar que se produz, quando o cristal de cocaína (também conhecido como pedra de crack) é aquecido.



Heroína: A substância é produzida a partir da morfina, um produto natural derivado da papoula (Opiáceo). A heroína é geralmente injetada, embora possa também ser fumada ou inalada.



Drogas sintéticas

As drogas sintéticas são totalmente produzidas em laboratório através de meios químicos, sem a necessidade de precursores naturais. Podem ser administradas sob as formas de injeção, comprimido ou pó,

variando seu efeito e seus malefícios de acordo com a substância utilizada. A maioria das "drogas sintéticas" apresenta efeito psicotrópico: alucinógenos, estimulantes ou depressores (entorpecentes) no sistema nervoso central (SNC) e são consideradas proscritas e/ou de uso controlado pelo Ministério da Saúde e Justiça (no Brasil) (LOPES; SORDI; GONÇALVES, 2014).

Quadro 5: Drogas Sintéticas

Anfetaminas: São drogas estimulantes do sistema nervoso central, que provocam o aumento das capacidades físicas e psíquicas.



Barbitúricos: É um fármaco do grupo de substâncias depressoras do sistema nervoso central, usados na prática clínica como anticonvulsivantes, sedativos e hipnóticos.



Benzodiazepínicos: Grupo de fármacos depressores do sistema nervoso central, com efeitos sedativos e hipnóticos.



Ecstasy: Substância semelhante a anfetaminas com propriedades entactógenas, com efeitos intensos e alucinógenos.



LSD: É o produto de reações metabólicas do ácido lisérgico, uma substância natural presente no fungo *Claviceps purpurea*, uma das mais potentes substâncias alucinógenas conhecidas.



Classificação quanto aos efeitos farmacológicos das drogas

Essa classificação baseia-se no tipo de ação ou efeito que as drogas causam no sistema nervoso central (SNC) de seus usuários, e estão divididas em três classes, conforme descrito a seguir.

Quadro 6: Classificação das drogas conforme ação no Sistema Nervoso Central (SNC)

Depressoras	Estimulantes	Perturbadoras
Álcool	Cocaína / <i>Crack</i>	Maconha
Benzodiazepínicos	Anfetaminas	LSD
Opiáceos / Opióides	Nicotina	<i>Ecstasy</i>
Indutores do Sono	Cafeína	Psilocibina (cogumelo)
Anestésicos		
Inalantes		

Drogas depressoras

São aquelas que tornam mais lento o funcionamento do SNC, e como consequências causam redução na atividade motora, no pensamento, na atenção e no tempo de reação. Esta categoria inclui uma grande variedade de substâncias que diferem em suas propriedades físicas e químicas, mas que apresentam efeitos comportamentais muito similares. Várias delas são usadas para fins médicos, como os benzodiazepínicos, os opiáceos, os indutores de sono e os anestésicos. Também as bebidas alcoólicas e os inalantes (loló, cola de sapateiro, lança-perfume) são

considerados drogas depressoras (NEAD, 2010). Os sinais e sintomas apresentados após o uso de algumas drogas depressoras podem variar conforme o tipo de droga consumida e dose (LOPES; SORDI; GONÇALVES, 2014). Os possíveis sinais e sintomas demonstrados após consumo de drogas depressoras do sistema nervoso central estão resumidos no quadro 7.

Quadro 7: Sinais e sintomas após consumo de drogas depressoras do (SNC)

Substância	Sinais e Sintomas de uso
Álcool	Fala arrastada; incoordenação; marcha instável; nistagmo; prejuízo na atenção ou memória; estupor ou coma.
Benzodiazepínicos	Fala arrastada; incoordenação; marcha instável; nistagmo; prejuízo na atenção ou memória; estupor ou coma.
Opiáceos / Opióides	Alteração de humor; diminuição do tamanho da pupila; rubor; depressão respiratória; agitação ou retardo psicomotor; fala arrastada e prejuízo na atenção ou memória.
Cola de sapateiro	Torpor; excitação e euforia; perda de controle; fala arrastada; andar vacilante; irritação dos olhos e mucosa; comportamento agressivo e impulsivo.
Loló / Lança perfume	Taquicardia; euforia; excitabilidade; alterações sensoriais (alucinações e ruídos altos); tontura, formigamento da face e extremidades; parestesias em extremidades (dormência).

Drogas estimulantes

São aquelas que aceleram (mas não melhoram) o funcionamento do SNC e provocam agitação, excitação, insônia e outros efeitos. A cocaína, as anfetaminas, a nicotina e a cafeína são algumas das drogas estimulantes mais comumente usadas no Brasil. As drogas estimulantes podem deixar seus usuários mais ativos e alertas (NEAD, 2010).

As anfetaminas causam agudamente sintomas de prazer e euforia. Além disso, podem causar ansiedade, inquietação e redução do apetite. Assim, muitos dos usuários são mulheres que utilizam as anfetaminas com o intuito de perder peso e motoristas com o objetivo de reduzir o sono e cansaço. Já o consumo de cocaína e *crack* promove aceleração do pensamento, inquietação psicomotora, aumento do estado de alerta e redução do apetite, sendo mais consumido pela população mais jovem (LOPES; SORDI; GONÇALVES, 2014). Os sinais e sintomas possivelmente apresentados pelas drogas estimulantes estão resumidos no quadro a seguir.

Quadro 8: Sinais e sintomas após consumo de drogas estimulantes do SNC

Substância	Sinais e Sintomas de uso
Anfetaminas	Aceleração do pensamento e da fala; agitação motora; diminuição da fadiga; euforia, irritabilidade; redução do sono e apetite; dilatação da pupila; taquicardia; aumento pressão arterial; ideias de perseguição e alucinações.
Cafeína	Taquicardia; nervosismo; inquietação; ansiedade; pensamento e discurso acelerado; insônia; cefaleia; aumento da pressão arterial e espasmos musculares.

Cocaína / Crack	Aceleração do pensamento e da fala; inquietação/ agitação psicomotora; aumento do estado de alerta e da impulsividade; prejuízo no julgamento; ideias de grandiosidade e/ou perseguição; alteração de humor; delírios e alucinações; aumento da frequência cardíaca e respiratória; aumento da temperatura corpórea e transpiração; boca seca; alteração no apetite; tremor; contração involuntária dos músculos; tiques e dilatação da pupila.
Nicotina	Alteração do humor; diminuição do apetite; relaxamento muscular; aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial; frequência respiratória e atividade motora.

Drogas perturbadoras

São as que produzem alterações no funcionamento do cérebro, como delírios (falsa interpretação da realidade), alucinações (ver, ouvir ou sentir algo que não existe) e alteração na capacidade de discriminar medidas de tempo e espaço. Não se caracterizam por acelerar ou lentificar o sistema nervoso central, mas principalmente por alterar a percepção da realidade. Essas drogas também são chamadas de alucinógenas ou psicodélicas e não podem ser utilizadas legalmente no Brasil. A maconha, a psilocibina (cogumelo), o LSD (ácido lisérgico dietilamínico) e o *ecstasy* são alguns exemplos de substâncias perturbadoras do SNC (NEAD, 2010).

A maconha contém mais de 400 substâncias, destacando-se o THC e o canabidiol responsáveis por efeitos euforizantes e psicoativos. O *ecstasy* apresenta efeitos sobre o humor, controle de temperatura corporal e sono, apetite e sistema nervoso autônomo. Já o LSD atua essencialmente no

córtex cerebral, promovendo alterações no humor, percepção e cognição (LOPES; SORDI; GONÇALVES, 2014).

Quadro 9: Sinais e sintomas após consumo de drogas perturbadoras do SNC

Substância	Sinais e Sintomas de uso
Maconha	Depressão; irritabilidade; alucinações e ilusões; sonolência; prejuízo no julgamento e memória; ansiedade; dificuldade de concentração; lentidão no pensamento; ataque de pânico, paranoia; taquicardia; olhos vermelhos; boca seca; hipotermia; lentificação; tonturas; descoordenação motora; alteração respiratória e persecutória; aumento do apetite; dilatação das pupilas e tosse.
LSD	Alterações no humor, percepção e cognição; dilatação da pupila; aceleração dos batimentos cardíacos; aumento da pressão arterial; salivação e náusea.
<i>Ecstasy</i>	Alteração do humor; aumento da temperatura corporal; alteração do sono e apetite; pânico.
Cogumelo	Aumento da sensibilidade perceptiva; sensação de bem-estar; aumento da auto-confiança; aumento da pressão sanguínea e da temperatura corporal; aumento dos batimentos cardíacos; mudança da consciência, humor e pensamentos, dilatação das pupilas; tontura; sonolência; fraqueza muscular; distorções visuais e sensoriais.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5th. Washington, dc . 2012-2013.
- LOPES, F.; SORDI, A.O.; GONÇALVES, V.M. Aperfeiçoamento em técnicas para fiscalização do uso de drogas no transito brasileiro. 2ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.
- MARQUES A, RIBEIRO M. Abordagem Geral do Usuário de Substâncias com Potencial de Abuso. In: Laranjeira R, Alves H, Araújo M, Baltieri D, Bernardo W, Castro L, et al. Projeto Diretrizes (Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina); 2002.
- NEAD. Álcool e Drogas sem distorção. [online]. Núcleo Einstein de Álcool e Drogas (NEAD) do Hospital Israelita Albert Einstein. [capturado 25 ago.2010] Disponível em: www.einstein.br/alcooledrogas
- RONZANI T. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: SUPERA - Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 12ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2017.
- United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC. World drug report 2019. Vienna: unodc; 2019. Available from: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>



4 Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: panorama geral e populações específicas

Felipe Ornell
Silvia Chwartzmann Halpern
Carla Dalbosco

Este capítulo tem por objetivo apresentar um panorama geral sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, sua distribuição no mundo, no Brasil e entre alguns grupos considerados mais vulneráveis, tais como: mulheres, população LGBTI+, população de rua, crianças e adolescentes, população prisional. A partir dos indicadores e fatores de risco identificados, será problematizado de que forma as informações podem contribuir para a construção e consolidação de políticas públicas específicas para cada grupo.

Introdução

O desenvolvimento de um transtorno por uso de substâncias psicoativas (TUS) ocorre a partir da conjunção de inúmeros fatores etiológicos e de vulnerabilidades, como por exemplo, fatores individuais, ambientais, sociais e biológicos. Evidências apontam que, no campo das adições, um único fator isolado não explica por que determinadas pessoas, ou grupos de pessoas, possuem um risco maior ou estão mais protegidas de desenvolver esse transtorno (WHITE *et al.*, 2015). A vulnerabilidade associada ao uso de drogas só poderá ser compreendida quando agregada ao conceito da tríplice relação homem-drogas-mundo, sendo o fenômeno entendido como uma unidade fundamental para diferentes níveis de intervenção (SODELLI, 2015).

Estudos demonstram que a exposição crônica à adversidade social, estresses e problemas com uso de substâncias psicoativas (BADIANI; BADIANI, 2013; MULIA; ZEMORE, 2012) podem impactar em diferentes populações, sobretudo em minorias raciais e nas de baixo nível socioeconômico. O limitado acesso à assistência em saúde e a recursos de suporte social estão relacionados a características individuais (problemas legais, comportamentos de risco, exposição a traumas na infância (SWENDSEN *et al.*, 2009; WILSON; WIDOM, 2010), comorbidades e gravidade do uso (FALLER *et al.*, 2014) e variáveis sociodemográficas (raça, gênero, situação de moradia, condição socioeconômica). Tais variáveis impactam na adesão ao tratamento, e tornam-se um desafio para equipes de saúde, serviços de assistência e gestores de políticas públicas.

Neste sentido, as pesquisas ajudam a conhecer a dimensão real dos problemas, tanto entre a população geral quanto em grupos específicos. Segundo Bastos e Bertoni, o conceito amplo de Epidemiologia refere-se ao

estudo da frequência de agravos, doenças e/ou comportamentos vinculados à saúde de uma população:

Assim, falar em epidemiologia do uso de drogas não significa, necessariamente, que exista uma epidemia de consumo no Brasil; significa que estamos interessados em entender como esse fenômeno acontece, qual é a distribuição dele no espaço e como as suas possíveis alterações ocorrem ao longo do tempo. (BASTOS; BERTONI, 2014)

Ao se observar o fenômeno das adições nas populações é fundamental que se tenha um olhar especial aos grupos minoritários. O termo “minorias” tem sido utilizado para designar indivíduos pertencentes a grupos sociais específicos, que compartilham de características semelhantes de caráter étnico, socioeconômico, de gênero, religioso, racial, cultural, entre outros, e que diferem do restante da população. De uma forma geral, as minorias encontram-se em uma condição de fragilidade e vulnerabilidade e com menos oportunidades para acessar os dispositivos e recursos para atender suas demandas e necessidades básicas. Dentre os grupos prioritários, que são particularmente afetados pelos transtornos por uso de substâncias, encontram-se os negros, os povos indígenas, os moradores de rua, a população carcerária, população LGBTI+, entre outras (DIEHL, et al. 2011).

Neste contexto, destaca-se a importância de realizar levantamentos epidemiológicos sistemáticos com estas populações específicas, a fim de ter uma visão aproximada da frequência de uso e outras variáveis de interesse em cada grupo estudado. Dessa forma, será possível avaliar tendências ao longo de um determinado período de tempo, tanto em relação ao consumo de drogas lícitas, ilícitas, ou mesmo

medicamentos prescritos que possuem potencial de abuso.

Panorama geral

Os transtornos por uso de substâncias estão entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes no mundo (KESSLER et al.,2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 10% da população dos centros urbanos de todo o planeta usa abusivamente alguma substância psicoativa, independente de sexo, idade, nível social e de instrução. Além disso, 5,5% da população global, com idades entre 15 e 64 anos (271 milhões de pessoas), consomem drogas ilícitas, das quais 35 milhões apresentam critérios para dependência (UNODC, 2019).

Drogas lícitas

O tabaco e o álcool são as drogas lícitas mais consumidas no mundo e o Brasil segue esta mesma tendência. Um dos principais pontos de discussão relacionados ao tema é a facilidade de acesso da população a estas substâncias, além da influência que a mídia e a propaganda exercem no comportamento e valores de nossa sociedade (DUAILIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011).

Tabaco

Estima-se que existam cerca de 1,1 bilhão de fumantes no mundo, do quais 80% vivem em países de baixa renda. O tabaco é um dos quatro principais fatores de risco para doenças não transmissíveis e a principal causa global de morte evitável (WHO, 2019). A OMS estima que ocorram,

a cada ano, mais de 7 milhões de óbitos diretos e 1,2 milhões indiretos (fumo passivo) decorrentes do consumo de tabaco. Além disso, destaca-se o custo econômico decorrente dos recursos direcionados para tratamento médico e também da perda de capital humano resultante da morbidade e mortalidade associada ao uso do tabaco (WHO, 2019). No Brasil, estima-se que entre 14,7% (IBGE, 2015) e 16,9% da população é tabagista (ABDALLA et al., 2014).

Álcool

O álcool é consumido por 38,3% da população mundial, havendo diferenças nas prevalências entre as regiões. Em 2010, o consumo entre pessoas com 15 anos ou mais foi estimado em 6,2 litros de álcool puro por ano (13,5 gramas de álcool puro por dia), e um quarto deste consumo (24,8%) refere-se a álcool produzido ilegalmente. A ingestão desta substância é responsável por 5,1% da carga global de doenças e lesões. Além disso, aumenta o risco de desenvolver mais de 200 doenças, incluindo cirrose hepática e alguns tipos de câncer, além de estar associada à violência e a acidentes. Estima-se que, em 2016, tenham ocorrido mais de 3 milhões de mortes devido ao uso nocivo do álcool, representando mais de 5% de todas as mortes ocorridas no mundo (WHO, 2018). No Brasil, cerca 50% da população consome bebidas alcoólicas, dos quais 17% (11,7 milhões) são abusadores ou dependentes (ABDALLA et al., 2014).

A precocidade do início do consumo do tabaco e do álcool têm sido relatada em estudos brasileiros de larga escala, o que está associado a desfechos negativos em saúde. Diversas pesquisas ponderam que a precocidade do consumo de drogas lícitas potencializa o risco de progressão para drogas ilícitas e está relacionada à maior gravidade do

consumo (FALCK; WANG; CARLSON, 2007; VAN DER MEER SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Figura 1: Prevalência do consumo de álcool e tabaco no mundo e no Brasil



Outro tema importante é a prescrição médica de medicamentos com potencial aditivo, tais como ansiolíticos (tranquilizantes) e anfetamínicos (estimulantes), mais frequentemente indicados para mulheres do que para homens.

Drogas ilícitas

Dados recentes, publicados pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), sugerem que cerca de 5,6% da população adulta do mundo, ou 275 milhões de pessoas, consumiram drogas ilícitas em 2016 e estima-se que 11,% desta população (31 milhões de pessoas) são dependentes (UNODC, 2018) de alguma substância. Além disso, calcula-se que cerca de 450 mil mortes decorrentes do consumo de drogas ilícitas tenham ocorrido em 2015. Destas, 167 mil foram diretamente relacionadas a drogas (*overdose*, por exemplo) e, as demais, decorrentes de implicações indiretas (contaminação por doenças infectocontagiosas, por exemplo).

As substâncias mais utilizadas no mundo são respectivamente: *cannabis*, opioides, anfetaminas (e estimulantes prescritos), *ecstasy*, opiáceos e cocaínicos. Ressalta-se que, apesar do aumento no número de usuários recreativos de drogas no mundo, esta estimativa se mantém proporcionalmente estável ao crescimento da população global. Todavia, o percentual de pessoas que apresentam critérios para dependência tem aumentado (UNODC, 2016).

No Brasil, a maconha é a substância ilícita mais utilizada, tanto na população adulta, quanto adolescente; 6,8% dos adultos e 4,3% dos adolescentes referiram uso na vida e 2,5% e 3,4% respectivamente, relataram uso no último ano. A cocaína inalada ocupa a segunda posição; o uso na vida foi relatado por 3,8% dos adultos e 2,3% dos adolescentes, dos quais 1,7% e 1,6%, respectivamente, relataram uso no último ano. O uso de *crack* na vida foi relatado por 1,3% dos adultos e 0,8% dos adolescentes, sendo que 0,7% e 0,1% fizeram uso no último ano (LARANJEIRA; MADRUGA, 2012). Outro dado relevante é que 41,4% da população que

relatou uso no ano anterior é dependente (ABDALLA *et al.*, 2014). Apesar dos índices de consumo do *crack* serem inferiores se comparados a outras drogas, observa-se que é a droga ilícita que mais conduz a internações em hospitais psiquiátricos (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Também é a que mais provoca demanda por atendimento (SILIQUNI *et al.*, 2005), gerando um custo expressivo para o sistema público de saúde.

Levantamentos brasileiros sobre o consumo de substâncias

Apesar de diversos estudos já realizados, os dados epidemiológicos sobre o consumo de substâncias no país ainda não são produzidos de modo sistemático (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009). Infelizmente, devido a restrições orçamentárias, muitas vezes, não é possível a construção de séries históricas que permitam o monitoramento permanente de tendências de consumo, seja na população geral ou entre grupos específicos. O quadro a seguir apresenta os principais levantamentos disponíveis:

Quadro 1. Levantamentos sobre o consumo de drogas no Brasil¹

Título/Instituição Promotora	Data	População Estudada
III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira - ICICT/Fiocruz	2017	População Geral entre 12 e 65 anos
Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack -ICICT/Fiocruz e Senad/MJ	2014	7.381 usuários de <i>crack</i> em cenas de uso das 27 capitais e 9 regiões metropolitanas
Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos - Uniad/Unifesp	2013	3.153 famílias de dependentes químicos em tratamento nas 5 regiões do país
II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) - Uniad/Unifesp	2012	População Geral - 4607 entrevistas em 149 municípios
VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes - Cebrid/Unifesp e Senad/MJ	2010	50.890 estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada das 27 capitais
I Levantamento Nacional sobre Drogas entre Universitários - FMUSP e Senad/MJ	2010	12.711 estudantes universitários da rede pública e privada das 27 capitais
Uso de Bebidas Alcoólicas e Outras Drogas nas Rodovias Brasileiras - Cpad/HCPA/UFRGS e Senad/MJ	2010	3.398 motoristas entrevistados em postos da Polícia Rodoviária Federal no perímetro das 27 capitais
Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua - Cebrid/Unifesp e Senad/MJ	2003	2.807 crianças e adolescentes, entre 10 e 18 anos de idade, das 27 capitais

¹Para conhecer em profundidade os resultados de cada levantamento, sugerimos o acesso aos sites específicos de cada instituição responsável pela realização dos estudos.

Consumo entre diferentes grupos de usuários

Apesar do consenso de que o uso problemático de drogas é um problema de saúde pública em todo o mundo, observa-se que o tipo de droga utilizada e o padrão de consumo é diferente entre os países, ou mesmo entre diferentes regiões de um mesmo país. Enquanto o consumo de opióides e opiáceos, como a heroína, por exemplo, é amplamente verificado na Europa e na América do Norte, os cocaínicos são amplamente utilizados na América do Norte e do Sul (EUROPOL, 2016).

Ressalta-se que determinados grupos consomem “drogas de preferência”. A morfina, por exemplo, é amplamente utilizada entre profissionais da saúde (BALDISSERI, 2007), o crack entre moradores de rua (HALPERN et al., 2017) e as club drugs, como o ghb, *Ecstasy*, *Special K* e *poppers*, por exemplo, pelo público LGBTI+ (PALAMAR; HALKITIS, 2006). Desta forma, as intervenções precisam ser direcionadas a públicos específicos.

Mulheres

O consumo de substâncias psicoativas entre as mulheres é crescente na sociedade atual e o aumento de prevalência é observado nessa população em diferentes cenários. Muito embora os problemas relacionados ao consumo de drogas sejam mais frequentes entre os homens, a diferença em relação às mulheres vêm diminuindo ao longo dos anos (MCHUGH et al., 2018). Dados do *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), demonstram que 19,5 milhões de mulheres (15,4%) com 18 anos ou mais usaram drogas ilícitas no último ano (NIDA, 2019); sendo que, 18,3% das que foram apresentadas ao uso de cocaína, 33% iniciavam o uso

da substância no período de 12 meses.

Em relação a dados nacionais, estudos apontam para a prevalência de 12% de uso de álcool em mulheres, sendo que entre os anos de 2006 a 2012 elas representaram o grupo com as maiores taxas de aumento do consumo dessa substância, além de beberem de forma mais nociva (LARANJEIRA; MADRUGA, 2012). Em 2005, as taxas de dependência de álcool no Brasil eram de 19,5% entre os homens e 6,9% entre as mulheres; e de 7,3% e 6,0%, respectivamente, na faixa etária entre 12 e 17 anos (CARLINI et al., 2006).

De acordo com o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira (2017), o consumo de álcool na vida foi reportado por uma proporção maior de homens (74,3%) quando comparados às mulheres (59,0%), sendo que essas iniciam o uso mais tardiamente (BASTOS et al., 2017). Como este estudo é recente, ainda é necessário comparar com os levantamentos anteriores para verificar se houve crescimento do consumo entre mulheres.

Em relação à cocaína/*crack*, pesquisa nacional encontrou que no Brasil existem em torno de 370 mil usuários de *crack*, dos quais 21,3% são mulheres, condição que as coloca em situação de vulnerabilidade extrema. Associado a esse fenômeno, essas mulheres apresentam: baixa escolaridade; histórico de violência sexual; comportamentos sexuais de risco, troca de sexo por dinheiro e/ou drogas, envolvimento com criminalidade, entre outras condições que impactam em sua saúde (BASTOS; BERTONI, 2014).

Quanto às drogas de escolha, enquanto os homens são mais propensos a usar *cannabis*, cocaína e opiáceos, as mulheres fazem mais uso não médico de opióides e tranquilizantes (TUCHMAN, 2010). O uso de medicamentos foi mais frequentemente encontrado em mulheres (4,0%

nos últimos 12 meses e 1,5% nos últimos 30 dias) em comparação aos homens (2,0% nos últimos 12 meses e 0,7% nos últimos 30 dias) (BASTOS et al., 2017).

Diferenças de gênero também são encontradas no desenvolvimento dos TUS. As mulheres desenvolvem o transtorno em menos tempo que os homens e, com isso, apresentam mais complicações e problemas de maior gravidade, que impactam em suas vidas em diferentes áreas. O início e continuidade do uso de drogas pelas mulheres podem ser atribuídos a inúmeros fatores, tais como: traumas precoces, estressores ambientais, relacionais e familiares (MCHUGH et al., 2018). Eventos como ser vítima de violência doméstica, divórcio, perda da guarda dos filhos ou morte de familiar colocam as mulheres em um risco maior para consumir substâncias, desenvolver TUS ou outro transtorno mental (CRESPO et al., 2017). Muitas vezes, o início do uso de drogas ocorre por influência de parceiros usuários (BRADY et al., 1993). Elas tendem a relatar níveis mais altos de ansiedade e sintomas somáticos associados à depressão (SAMHSA, 2009), além de frequentemente apresentarem múltiplas comorbidades, como por exemplo, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (KILLEEN et al., 2015), distúrbios alimentares (HARROP; MARLATT, 2010) e depressão (CONNER; PINQUART; GAMBLE, 2009), salientando que o uso de substâncias, muitas vezes, está relacionado à teoria da automedicação (ZILBERMAN et al., 2003).

O estigma social em relação às mulheres com quadros de TUS é visível e reconhecido, o que pode limitar a busca por auxílio e/ou acesso à rede de suporte social e de tratamento. Dados nacionais corroboram essa afirmativa, demonstrando que as mulheres acessaram menos recursos de tratamento na vida, para o uso de diferentes substâncias, quando comparadas aos homens (1,1% vs 1,8%, respectivamente) (SAMHSA,

2009). O desafio é a proposição de políticas públicas adequadas a esta população específica, já que podem enfrentar maior dificuldade para receber tratamento eficaz, considerando a complexidade de suas demandas e necessidades (NIDA, 2018).

Grávidas

O consumo de drogas durante a gravidez é um importante problema de saúde pública, associado a vários desfechos negativos na saúde da mãe, e principalmente do bebê (DOS SANTOS et al., 2018).

Estudos de prevalência sobre consumo de drogas na gestação são raros no Brasil. Além disso, uma investigação realizada em outro país, verificou que uma grande parcela das mulheres que consomem substâncias psicoativas durante a gestação negam o fato (OSTREA et al., 2001). Esta pode também ser a realidade do Brasil, o que nos leva a hipotetizar que os dados podem estar subnotificados (DOS SANTOS et al., 2018).

Um estudo verificou que a prevalência do uso de drogas entre gestantes foi de 18,28%, sendo as mais prevalentes o álcool e o tabaco (SATIE KASSADA et al., 2012). A estimativa de consumo de tabaco entre as grávidas brasileiras não está bem estabelecida. Há estudos prévios que avaliam esta taxa em 4,22% e 9% (ROCHA et al., 2016). Além disso, diferenças na forma de mensurar podem impactar nesta aferição. Domingues e colaboradores, por exemplo, verificaram que 6,8% das grávidas fazia uso regular de tabaco e 9,6% usou em algum momento da gravidez (DOMINGUES; FIGUEIREDO; LEAL, 2019).

A taxa de consumo de álcool entre grávidas pode variar de acordo com a amostra. Há relatos estimando esta prevalência em 6% (SATIE

KASSADA et al., 2012) e em 9,4% (MEUCCI et al., 2017). Outros estudos verificaram estimativas ainda mais preocupantes, ponderando que entre 22,32% (ROCHA et al., 2016) e 40% das mulheres relataram fazer uso de álcool durante a gestação. Neste último caso, em 26,1% havia suspeita de uso nocivo (MORAES; REICHENHEIM, 2007). As taxas referentes a drogas ilícitas verificada por Rocha e colaboradores foi de 1,45% (ROCHA et al., 2016). Os índices de consumo de maconha, cocaína e *crack* verificados em dois estudos são inferiores a 1% (ROCHA et al., 2016; SATIE KASSADA et al., 2012).

Em conclusão, observa-se que a prevalência de consumo de substâncias entre grávidas brasileiras segue inconclusiva. Isso pode decorrer do desenho metodológico dos estudos e das características sociodemográficas das amostras avaliadas. Observa-se que, muitas investigações pautaram os resultados em entrevistas de autorrelato, não havendo testagem toxicológica para confirmação, o que pode subestimar os resultados encontrados.

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

Pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais ou transgêneros (LGBTI+), geralmente se deparam com desafios diferentes daqueles que se identificam como heterossexuais, tais como estigma social e discriminação, além de maiores índices de assédio e de violência. Estes estressores podem aumentar o risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental, incluindo o uso nocivo de substâncias (SAMHSA, 2015; NIDA 2017)

Pesquisas já demonstraram que as minorias sexuais apresentam taxas mais altas de TUS quando comparadas a heterossexuais. No Brasil, a

literatura estimando a prevalência de consumo de drogas nesta população também é escassa. Não localizamos estudos estimando as taxas de consumo entre gays e lésbicas. Um estudo com travestis profissionais do sexo, apontou que 85,5% faz uso intenso de álcool e 72,7% de outras drogas (CARDOSO et al., 2012). Estes resultados precisam ser interpretados com cuidado, já que se trata de um tema complexo, mediado por inúmeros fatores.

Sabe-se que esta população tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde em decorrência de atitudes heteronormativas impostas pelos profissionais de saúde (ALENCAR ALBUQUERQUE et al., 2016). Isso ressalta a relevância do assunto para a saúde pública e o desenvolvimento de estratégias projetados para abordar questões específicas de gênero.

Crianças e Adolescentes

O consumo de substâncias por adolescentes é uma preocupação não apenas no Brasil, mas em diferentes países do mundo. A fase da adolescência possui peculiaridades e características intrínsecas que podem contribuir com este comportamento: necessidade de aceitação pelo grupo de amigos; busca por comportamentos “de adultos” (uso de álcool e outras drogas); sensação de onipotência (“comigo isso não acontece”), mudanças corporais, aumento da impulsividade, busca de novas sensações, entre outras (PECHANSKY et al., 2017).

Os dados relativos ao consumo de drogas entre crianças e adolescentes está bem documentado no país, por meio da série histórica de levantamentos sobre o uso de drogas entre estudantes realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid)

entre 1987 e 2010. Estes levantamentos oferecem um retrato de jovens inseridos na escola, conforme dados compilados no Relatório Brasileiro sobre Drogas (DUARTE; STEMPLIUK; BARROSO, 2009):

Gênero: Uso na vida de maconha, cocaína, energéticos e esteróides anabolizantes é maior para o gênero masculino, enquanto o gênero feminino utiliza mais medicamentos (anfetamínicos e ansiolíticos);

Drogas legais: apresentam a menor média de idade para o primeiro uso (12,5 anos - álcool e 12,8 anos - tabaco). A maconha aparece com média de 13,9 anos e a cocaína com média de 14,4 anos.

Álcool: uso frequente nas 27 capitais foi feito por 11,7% dos estudantes, sendo Porto Alegre a capital com maior porcentagem: 14,8%. O uso pesado de álcool foi feito por 6,7% dos estudantes, sendo Salvador a capital com maior porcentagem: 8,8%.

Maconha: uso na vida de 5,9% entre os estudantes das 27 capitais. A Região Sul apresenta porcentagem de uso (8,5%) e as capitais com maiores porcentagens são Boa Vista (8,5%) e Porto Alegre (8,3%).

Cocaína e crack: uso na vida por 2,0% dos estudantes, sendo a maior porcentagem encontrada em Boa Vista (4,9%). O *crack* foi usado por 0,7% dos estudantes do Brasil, porcentagem inferior à dos EUA (2,6%) e do Chile (1,4%).

Em paralelo à construção deste panorama, no final dos anos 1990 identificou-se a necessidade de realizar levantamentos com outros grupos de crianças e adolescentes que não estavam inseridos na escola, surgindo,

então, os estudos com jovens em situação de rua (NOTO et al, 2003). Os resultados evidenciaram a vulnerabilidade enfrentada por este grupo populacional, já que 76% dos que vivem na rua experimentaram álcool. Outros dados alarmantes revelam que, enquanto o uso na vida de maconha e cocaína entre estudantes é respectivamente de 5,7% e 2,5%, entre crianças e adolescentes em situação de rua sobe para 40,4% e 24,5%.

Em relação a contextos de alta vulnerabilidade, uma metanálise realizada por Schneider et al.(2016) mostrou que adolescentes em conflito com a lei possuem maior tendência ao uso de drogas ilícitas que adolescentes que não cometem atos infracionais. Este estudo relata, ainda, dados do Conselho Nacional de Justiça de 2012, os quais revelam que 75% de jovens em conflito com a lei referiram o consumo de drogas, sendo que 89% usavam maconha e 21% o *crack*. Assim, intervenções focadas no público-alvo destes adolescentes infratores devem abordar, não apenas o comportamento do ato infracional, mas a possibilidade de cuidado e tratamento em relação ao uso de drogas.

A partir do cenário apresentado, percebe-se que uso de drogas não é exclusividade de uma determinada classe socioeconômica, porém, existem contextos em que a maior exposição a vulnerabilidades contribui para o agravamento dos quadros, demandando ações mais complexas. Diante disso, torna-se importante identificar adolescentes com maiores chances de desenvolver problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, no intuito de promover ações que diminuam os fatores de risco ambientais, familiares e individuais vivenciados (PECHANSKY et al., 2017). Da mesma forma, como o início do uso de drogas tende a ocorrer na adolescência, uma das preocupações é que, apesar do pouco tempo de uso, muitos podem evoluir rapidamente de um estágio de consumo para outro, além de utilizarem múltiplas substâncias.

Todavia, de modo geral, é sabido que uma grande parcela destes jovens irá diminuir significativamente o consumo no início da idade adulta e que, a experimentação de substâncias nesta fase da vida não significa a evolução para outros padrões de uso. Ainda segundo Pechansky et al. (2017), muitos adolescentes irão se adequar às normas sociais, expectativas e obrigações da maturidade (exemplo: trabalho, casamento e filhos).

Todas estas constatações são relevantes para a definição de estratégias preventivas específicas para cada público. Destaca-se a importância de que algumas delas possam iniciar ao redor dos dez anos de idade, de modo a privilegiar, sobretudo, a prevenção do uso de drogas lícitas como o álcool e o tabaco.

População Privada de Liberdade

A associação entre transtornos por uso de substâncias psicoativas e criminalidade está bem descrita na literatura. Tanto o consumo de álcool, quanto de drogas ilícitas potencializam a adoção de comportamentos violentos e a ocorrência de atos infracionais (CHALUB; TELLES, 2006). Também está bem estabelecido que o aprisionamento é um evento comum e recorrente em usuários de drogas (principalmente em usuários de drogas de alto poder dependógeno) e um risco conhecido a ocorrência de doenças nesta população (HAMMETT, 2006; ZMANI et al.; 2010).

A realidade prisional brasileira, historicamente, constitui espaço de disseminação de agravos à saúde, incluindo o consumo de drogas (BURATTINI et al., 2000). Isso está em consonância com estudos internacionais que estimam que um quarto dos prisioneiros recém-encarcerados consomem drogas dentro das penitenciárias . Este quadro

pode ser agravado pela superlotação evidenciada no Brasil nos últimos anos. De acordo com o último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, a população carcerária brasileira era de 726.354 presos em 2017, o que implica em um déficit de mais de 300 mil vagas (DEPEN, 2019).

Não há registros nacionais sobre a prevalência de consumo de SPAs na população penitenciária. Apesar disso, uma Pesquisa Nacional verificou que quase metade dos usuários de *crack* e/ou similares (48,80%) já havia sido preso ao menos uma vez na vida. Estudos prévios realizados com amostras específicas também fornecem *insights* sobre a problemática. Em São Paulo, por exemplo, 15,6% dos presos preenchia critérios para transtorno por uso de álcool e 25,2 para outras drogas (ANDREOLI et al.; 2014). Estes resultados são inferiores aos verificados em Salvador-BA, que estimou que 26,6% dos presos era dependente de álcool e 27,9% de outras drogas (PONDE; FREIRE; MENDONCA, 2011).

No Rio Grande do Sul, quase metade da população prisional responde por tráfico de drogas. Além disso, estima-se que cerca de 80% dos apenados consumam SPA dentro dos estabelecimentos prisionais do RS (ORNELL et al., 2016). Isso pode indicar que o contato com a droga não se restringe ao comércio, e que o consumo não é interrompido após a prisão, reafirmando a necessidade de elaboração de estratégias focadas na saúde mental desta população.

População em Situação de Rua

É importante ressaltar que a parcela da população de rua que faz uso de drogas não representa a maioria. Todavia, estudos que relacionam características sociodemográficas como fatores de risco para o consumo

de SPA destacam o *status* de moradia, tendo em vista que a população em situação de rua aparece como uma das mais vulneráveis ao uso de drogas (HALPERN et al., 2017). Esta população é compreendida como um grupo minoritário, composto por indivíduos que possuem em comum a condição de pobreza extrema, uma rede social fragmentada, desprovidos de residência convencional regular, e que passa a utilizar espaços públicos como meio de sustento e moradia (ROY et al., 2016). Além de serem alvo de discriminação, exclusão e preconceito, reflexo de sua invisibilidade social, essa condição conduz esses indivíduos a enfrentamentos que potencializam sua vulnerabilidade. Como exemplo, observa-se a exposição diária a diferentes tipos de violência, violação de direitos e pouco acesso a recursos de saúde e programas de assistência social (GARCIA, 2016).

Dados governamentais apontam que, atualmente no Brasil, existem mais de 50 mil adultos em situação de rua. Essa população é composta predominantemente por homens (82%) e negros (67%) e, destes, 70% exercem alguma atividade remunerada, geralmente ligada à informalidade. Compreende-se que inúmeros motivos conduzem indivíduos a abandonarem suas residências de origem e a passarem a morar na rua. Dentre os principais fatores estão o uso de álcool e outras drogas (35,5%), o desemprego (29,8%) e a fragilização e rompimento das relações familiares (29,1%) (BASTOS; BERTONI, 2014). Um estudo envolvendo 1.827 pessoas em situação de vulnerabilidade no estado de Minas Gerais, encontrou que os principais motivos que os levaram a viver na rua estavam relacionados a problemas familiares (52,2%), abuso de álcool e/ou outras drogas (43,9%), falta de moradia (36,5%) e desemprego (36%) (GARCIA, 2016).

Especificamente em usuários de *crack*, encontrou-se indicadores

significativos de gravidade de uso da droga, demonstrando que ter um histórico de situação de moradia na rua pode ser um importante determinante de problemas em várias áreas da vida (HALPERN et al., 2017). A cultura de uso de drogas nas famílias, a existência de conflitos e violência e o suporte familiar insuficiente ou fragmentado, são comuns em sua rede social. Um estudo multicêntrico nacional com usuários de crack em cena de uso, apontou que 40% desses usuários se encontravam em situação de rua e apenas 28% informaram ter utilizado algum recurso de tratamento e recuperação para o TUS (BASTOS; BERTONI, 2014).

Considerações finais

Ao tecer as considerações finais, cumpre lembrar que ainda existem outras populações específicas e minorias que não foram abordadas neste capítulo, mas que demandam mais conhecimento acerca do seu padrão de consumo e substâncias utilizadas. Entre elas, destacam-se: motoristas, estudantes universitários, população indígena, profissionais de saúde, idosos, migrantes, refugiados, entre outros.

Apesar desta limitação, ficou evidente que a realização de levantamentos epidemiológicos é fundamental para traçar um diagnóstico da realidade do consumo de drogas lícitas e ilícitas no país, com base em dados empíricos e evidências científicas. Assim, será possível avançar na implementação de políticas públicas adequadas à realidade do Brasil e sustentáveis na linha do tempo, que respeitem os direitos fundamentais dos cidadãos, sobretudo daqueles que vivem em condição de maior vulnerabilidade.

Referências

- ABDALLA, R. R.; MADRUGA, C. S.; RIBEIRO, M.; PINSKY, I. et al. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS). **Addict Behav**, 39, n. 1, p. 297-301, Jan 2014.
- ALENCAR ALBUQUERQUE, G.; DE LIMA GARCIA, C.; DA SILVA QUIRINO, G.; ALVES, M. J. H. et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. **BMC international health and human rights**, 16, p. 2-2, 2016.
- ANDREOLI, S. B.; DOS SANTOS, M. M.; QUINTANA, M. I.; RIBEIRO, W. S. et al. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. **PloS one**, 9, n. 2, p. e88836-e88836, 2014.
- BADIANI, A.; SPAGNOLO, P. A. Role of environmental factors in cocaine addiction. **Curr Pharm Des**, 19, n. 40, p. 6996-7008, 2013.
- BALDISSERI, M. R. Impaired healthcare professional. *Crit Care Med*, 35, n. 2 Suppl, p. S106-116, Feb 2007.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014 978-85-62454-05-9. 224 p.
- BASTOS, F.I. et al. (Org.).**III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, '2017. 528 p.
- BRADY, K. T.; GRICE, D. E.; DUSTAN, L.; RANDALL, C. Gender differences in substance use disorders. **Am J Psychiatry**, 150, n. 11, p. 1707-1711, Nov 1993.
- BURATTINI, M.; MASSAD, E.; ROZMAN, M.; AZEVEDO, R. et al. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. **Rev Saude Publica**, 34, n. 5, p. 431-436, Oct 2000.
- CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBTI: demandas e especificidades em questão. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563 2012.

- CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F. (Coord.). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid/Senad, 2006.
- CENTER FOR BEHAVIORAL HEALTH STATISTICS AND QUALITY. (2017). **2015 National Survey on Drug Use and Health**: Methodological Resource Book (Section 13, Statistical Inference Report). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.
- CHALUB, M.; TELLES, L. E. [Alcohol, drugs and crime]. **Braz J Psychiatry**, 28 Suppl 2, p. S69-73, Oct 2006.
- CONNER, K. R.; PINQUART, M.; GAMBLE, S. A. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. **Journal of substance abuse treatment**, 37, n. 2, p. 127-137, 2009.
- CRESPO, M.; SOBERON, C.; FERNANDEZ-LANSAC, V.; GOMEZ-GUTIERREZ, M. M. Alcohol and psychotropic substance use in female Spanish victims of intimate partner violence. **Psicothema**, 29, n. 2, p. 191-196, May 2017.
- DIEHL A, CORDEIRO DC, LARANJEIRA R. Álcool. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. **Dependência Química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- DIEHL, A. **Abuso e dependência de substâncias psicoativas em homossexuais e bissexuais**: revisão da literatura. 2009.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; FIGUEIREDO, V. C.; LEAL, M. D. C. Prevalence of pre-gestational and gestational smoking and factors associated with smoking cessation during pregnancy, Brazil, 2011-2012. **PloS one**, 14, n. 5, p. e0217397-e0217397, 2019.
- DOS SANTOS, J. F.; DE MELO BASTOS CAVALCANTE, C.; BARBOSA, F. T.; GITAI, D. L. G. et al. Maternal, fetal and neonatal consequences associated with the use of crack cocaine during the gestational period: a systematic review and meta-analysis. **Arch Gynecol Obstet**, 298, n. 3, p. 487-503, Sep 2018.
- DUALIBI, L.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users

in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 545-557.

- DUALIBI, S; VIEIRA, D. L.; & LARANJEIRA, R. (2011). Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.), **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed.
- DUARTE, P.C.A.V, STEMPLIUK, V.A , BARROSO, L.P. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: Senad, 2009.
- FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Crack cocaine trajectories among users in a midwestern American city. **Addiction**, 102, n. 9, p. 1421-1431, Sep 2007.
- FALLER, S.; PEUKER, A. C.; SORDI, A.; STOLF, A. et al. Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals. **Trends Psychiatry Psychother**, 36, n. 4, p. 193-202, Dec 2014.
- FAZEL, S.; YOON, I. A.; HAYES, A. J. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. **Addiction**, 112, n. 10, p. 1725-1739, Oct 2017.
- FISH, J. N. Sexual Orientation-Related Disparities in High-Intensity Binge Drinking: Findings from a Nationally Representative Sample. **LGBT Health**, 6, n. 5, p. 242-249, Jul 2019.
- GARCIA F, COSTA M., PIRES L, NEVES M. Conceitos e definições de vulnerabilidade. In: **3i**, editor. **Vulnerabilidade e uso de drogas**. Belo Horizonte; 2016.
- Global status **report on alcohol and health 2018**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CCBY-NC-SA3.0IGO.
- HALPERN, S. C.; SCHERER, J. N.; ROGLIO, V.; FALLER, S. et al. [Clinical and social vulnerabilities in crack users according to housing status: a multicenter study in six Brazilian state capitals]. **Cad Saúde Pública**, 33, n. 6, p. e00037517, Jul 2017.
- HAMMETT, T. M. HIV/AIDS and other infectious diseases among correctional inmates: transmission, burden, and an appropriate response. **Am J Public Health**, 96, n. 6, p. 974-978, Jun 2006.
- HARROP, E. N.; MARLATT, G. A. The comorbidity of substance use disorders

and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment. **Addict Behav**, 35, n. 5, p. 392-398, May 2010.

KESSLER, R. C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**, 62, n. 6, p. 593-602, Jun 2005.

KILLEEN, T.; BREWERTON, T. D.; CAMPBELL, A.; COHEN, L. R. et al. Exploring the relationship between eating disorder symptoms and substance use severity in women with comorbid PTSD and substance use disorders. **Am J Drug Alcohol Abuse**, 41, n. 6, p. 547-552, 2015.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) –2012**. São Paulo: Cromosete Gráfica e Editora Ltda, 2012. 85 p.

Levantamento nacional de informações penitenciárias, atualização junho de 2017 / organização, Marcos Vinicíus Moura, -- Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional, 2019. 87 p.:il. color.

MCHUGH, R. K.; VOTAW, V. R.; SUGARMAN, D. E.; GREENFIELD, S. F. Sex and gender differences in substance use disorders. **Clin Psychol Rev**, 66, p. 12-23, Dec 2018.

MEUCCI, R.; SALOMÃO SAAVEDRA, J.; SAES DASILVA, E.; AVILA BRANCO, M. et al. Alcohol intake during pregnancy among parturients in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 17, p. 653-661, 12/01 2017.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. [Screening for alcohol use by pregnant women of public health care in Rio de Janeiro, Brazil]. **Rev Saúde Pública**, 41, n. 5, p. 695-703, Oct 2007.

MULIA, N.; ZEMORE, S. E. Social adversity, stress, and alcohol problems: Are racial/ethnic minorities and the poor more vulnerable? **J Stud Alcohol Drugs**, 73, n. 4, p. 570-580, Jul 2012.

NIDA. (2017, September 5). **Substance Use and SUDs in LGBTI* Populations**. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/related-topics/substance-use-suds-in-lgbtq-populations> on 2019, October 3.

- NIDA. (2018, July 12). Substance Use in Women. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women> on 2019, October 3.
- NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, C. M. A.; MASTROIANI, F. C.; GALDURÓZ, J. C.; BATTISTI, M. C.; CARLINI, E. A. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.
- OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA E EUROPOL (2016), **Relatório sobre os mercados de droga na UE: Síntese estratégica**, Publicações Conjuntas do EMCDDA e da Europol, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- OMS. Relatório sobre a Saúde no Mundo - **Saúde Mental: Nova Concepção**. Organização Mundial da Saúde. 2001.
- ORNELL, F.; DOTTA, R. M.; SCHERER, J. N.; MODENA, S. L. et al. Saúde e cárcere: Estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. **Sistema Penal & Violência**, v.8, p. 15.
- OSTREA, E. M., JR.; KNAPP, D. K.; TANNENBAUM, L.; OSTREA, A. R. et al. Estimates of illicit drug use during pregnancy by maternal interview, hair analysis, and meconium analysis. **J Pediatr**, 138, n. 3, p. 344-348, Mar 2001.
- PALAMAR, J. J.; HALKITIS, P. N. A qualitative analysis of GHB use among gay men: Reasons for use despite potential adverse outcomes. **The International journal on drug policy**, 17, n. 1, p. 23-28, 2006.
- PECHANSKY, F., VON DIEMEN, L., DE MICHELI, D., AMARAL, M.B. Fatores de Risco e Proteção em Diferentes Grupos de Usuários: adolescentes, idosos, mulheres e Indígenas. In: **Supera- Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**. Brasília, Senad, 2017.
- PONDE, M. P.; FREIRE, A. C.; MENDONCA, M. S. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, **Brazil. J Forensic Sci**, 56, n. 3, p. 679-682, May 2011.
- ROCHA, P. C.; BRITTO E ALVES, M. T.; CHAGAS, D. C.; SILVA, A. A. et al. [Prevalence of illicit drug use and associated factors during

- pregnancy in the BRISA cohort]. **Cad Saúde Pública**, 32, n. 1, Jan 2016.
- ROY, E.; ROBERT, M.; FOURNIER, L.; LAVERDIERE, E. et al. Predictors of residential stability among homeless young adults: a cohort study. **BMC Public Health**, 16, p. 131, Feb 9 2016.
- SATIE KASSADA, D.; MARCON, S.; ANGÉLICA PAGLIARINI, M.; ROSSI, R. Prevalence of drug abuse among pregnant women. **Acta Paulista de Enfermagem**, 26, p. 467-471, 12/01 2012.
- SCHNEIDER, Jaluza Aimèe et al. Adolescentes usuários de drogas e em conflito com a lei: revisão sistemática da literatura nacional. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 34, n. 85, nov. 2017.
- SELEGHIM, M.; OLIVEIRA, M. Influence of the family environment on individuals who use crack. **Acta Paulista de Enfermagem**, 26, p. 263-268, 12/01 2012.
- SILIQUINI, R.; MORRA, A.; VERSINO, E.; RENGHA, G. Recreational drug consumers: who seeks treatment? **Eur J Public Health**, 15, n. 6, p. 580-586, Dec 2005.
- SODELLI M. Vulnerabilidades, Resiliência e Redes Sociais: Uso, Abuso e Dependência de Drogas. In: RED Publicações, editor. **Vulnerabilidades, Resiliência e Redes Sociais: Uso, Abuso e Dependência de Drogas**. São Paulo; 2015. p. 3–21.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. **Treatment Improvement Protocol (TIP) Series**, No. 51. HHS Publication No.(SMA) 13-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.
- SWENDSEN, J.; CONWAY, K. P.; DEGENHARDT, L.; DIERKER, L. et al. Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. **Addiction** (Abingdon, England), 104, n. 8, p. 1346-1355, 2009.
- TUCHMAN, E. Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. **Journal of addictive diseases**, 29, p. 127-138, 04/01 2010.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2019**

- (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.9).
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2016** (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).
- VAN DER MEER SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. Progression on drug use and its intervening factors among crack users. **Rev Saúde Pública**, 36, n. 4, p. 420-430, Aug 2002.
- WHITE JM, KLEIN DM, MARTIN TF. The ecological framework. In: **Family theories: An introduction**. World Health Organization; 2015. p. 239–70
- WHO **Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019**. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WILSON, H. W.; WIDOM, C. S. Predictors of drug-use patterns in maltreated children and matched controls followed up into middle adulthood. **Journal of studies on alcohol and drugs**, 71, n. 6, p. 801-809, 2010.
- ZAMANI, S.; FARNIA, M.; TORKNEJAD, A.; ALAEI, B. A. et al. Patterns of drug use and HIV-related risk behaviors among incarcerated people in a prison in Iran. **J Urban Health**, 87, n. 4, p. 603-616, Jul 2010.
- ZHAO, L.; MCCAULEY, K.; SHEERAN, L. The interaction of pregnancy, substance use and mental illness on birthing outcomes in Australia. **Midwifery**, 54, p. 81-88, Nov 2017.
- ZILBERMAN, M. L.; TAVARES, H.; ANDRADE, A. G.; EL-GUEBALY, N. The impact of an outpatient program for women with substance use-related disorders on retention. **Subst Use Misuse**, 38, n. 14, p. 2109-2124, Dec 2003.



5

Epidemiologia do consumo de drogas no município de Esteio

*Dionatan Dalenogare Scheeren
Luciane Marques Raupp*

Este capítulo tem como objetivo expor dados de um estudo realizado em escolas da rede pública de educação da cidade de Esteio/RS, onde foram obtidos dados sociodemográficos e sobre o consumo de álcool e outras drogas pelos alunos, bem como seus hábitos e frequência de consumo. O estudo é fruto de uma parceria entre uma instituição de Ensino Superior comunitária da região - Universidade La Salle, órgãos da prefeitura e o Conselho Municipal sobre Drogas de Esteio.

Introdução

As questões relativas ao abuso de álcool e outras drogas por jovens e adolescentes são consideradas, atualmente, um relevante problema de saúde pública que deve ser compreendido e trabalhado de forma interdisciplinar e intersetorial. Um importante estudo aponta que entre os 10 e os 12 anos, 9,2% dos estudantes da rede pública brasileira já utilizaram na vida algum tipo de substância psicoativa. (CARLINI et. al, 2010, p. 28). O número escala quando se estuda a faixa dos estudantes com 19 anos ou mais, chegando a 46%. No que se refere especificamente ao uso de bebidas alcoólicas, as prevalências são de 27,9% de uso na vida para estudantes da faixa de 10 a 12 anos e 86,3% entre os de 19 anos ou mais. (CARLINI et. al, 2010, p. 28).

Estudos sobre uso de substâncias psicoativas nessa fase da vida são relevantes porque os primeiros contatos com tais substâncias ocorrem frequentemente na adolescência, fase na qual o indivíduo é particularmente vulnerável devido as mudanças psicossociais que enfrenta (BAUS et. al, 2002; COSTA et. al, 2007; VIEIRA et. al, 2008; SOUZA; SILVEIRA FILHO, 2007; ELICKER et. al, 2015).

No estudo mais recente produzido no país quando da realização dessa pesquisa - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE/2016) – o qual, entre outras questões, avaliou o padrão de uso de substâncias entre adolescentes, o Rio Grande do Sul aparece como o estado com maior índice de alunos do 9º ano do Ensino Fundamental que já experimentaram bebida alcoólica (68%). E com maior índice de consumo de álcool nos últimos 30 dias, com 34% de relatos de uso, além de também aparecer entre os Estados com maior prevalência de uso de drogas ilícitas por escolares (IBGE, 2016).

Dado o número elevado de consumo de álcool e outras drogas relatado pelos estudantes do Rio Grande do Sul, justifica-se a relevância de realizar estudos que aprofundem o conhecimento dessa realidade local, mapeando indicadores de uso, abuso e dependência entre estudantes em diferentes regiões do Estado, sob distintos focos. Investigações nesse sentido podem desvelar fatores de risco e proteção capazes de auxiliar no delineamento de programas eficazes por levar em conta especificidades locais e culturais (ALBERTANI et. al, 2006).

O objetivo principal dessa pesquisa foi mapear indicadores de prevalência de uso de substâncias psicoativas entre estudantes de ensino médio da rede pública de Esteio, município que integra a região metropolitana de Porto Alegre. Com uma população estimada de 83.121 habitantes, Esteio possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,754. Em 2017, possuía 2.925 alunos matriculados no ensino médio (IBGE, 2017).

Além disso, procurou-se: 1) determinar as idades em que se deram os primeiros contatos com uso de substâncias psicoativas; 2) estimar as características e os padrões de uso de bebidas alcoólicas entre os estudantes consumidores da substância; 3) mapear danos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas; 4) fornecer elementos diagnósticos para o planejamento de um programa de prevenção ao uso de drogas voltado à rede municipal de educação da cidade estudada.

Metodologia

Levantamento epidemiológico transversal, de base populacional, desenvolvido junto a estudantes da rede pública e privada de Ensino Médio da cidade de Esteio/RS. Visou levantar indicadores de prevalência de uso

de substâncias psicoativas, em especial uso de álcool entre estudantes de ambos os sexos de instituições públicas de ensino.

A coleta de dados foi realizada de outubro e novembro de 2018, abrangendo estudantes matriculados no Ensino Médio regular do município. Um total de 14 escolas foi convidado a participar, sendo que destas seis se dispuseram a colaborar com a pesquisa, totalizando um total de 2509 alunos. Destes, 256 preencheram os seguintes critérios de inclusão: voluntariaram-se a participar, trouxeram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos responsáveis e assinaram o Termo de Assentimento, além de estarem presente no dia pré-fixado para a aplicação.

Tomou-se como ponto de partida para o cálculo da amostra essa população distribuída de forma não homogênea. Utilizando-se uma prevalência de 50% para os desfechos de interesse, um erro máximo de $\pm 5\%$, utilizando um nível de confiança de 90%, estimou-se uma amostra composta por 245 estudantes.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário autoaplicável - versão reduzida e adaptada do instrumento utilizado no VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras do Cebrid (CARLINI et. al, 2010, p. 445), contendo 35 questões de múltipla resposta.

A logística do estudo seguiu a seguinte ordem: foi realizada, inicialmente, uma reunião com representantes das escolas da rede pública a fim de apresentar a proposta da pesquisa. Em seguida, a equipe foi até as escolas para novamente apresentar a pesquisa e fazer um segundo chamado, além de se entregar para assinatura da direção os termos de participação de cada escola. Caso a escola tenha optado por participar, a

equipe forneceu os TCLEs e Termos de Assentimento, que foram entregues pela escola aos alunos, os quais levaram para suas casas para esses serem assinados pelos responsáveis que autorizaram os alunos a participar da pesquisa.

Cada escola disponibilizou dias e horários pré-definidos para que um professor e um pesquisador da equipe conduzissem os alunos a um laboratório de informática para preenchimento do questionário. Neste dia, o TCLE e o termo de assentimento preenchidos foram entregues ao membro da equipe de pesquisa. Caso existisse um número superior de alunos em relação ao número de computadores disponíveis, foi realizada uma segunda chamada no mesmo dia, para que cada turma pudesse ir ao laboratório de informática preencher os questionários. Um segundo dia de coleta de dados foi também disponibilizado para cada escola, para atender os alunos que estiveram ausentes no dia da aplicação ou que não trouxeram o TCLE ou o Termo de Assentimento.

Resultados:

Resultados da Amostra Geral

A amostra foi constituída por 256 alunos. Destes, 64,8% adolescentes eram do sexo feminino e 34,8% estavam matriculados no terceiro ano do Ensino Médio. A idade variou de 15 a 22 anos, com a média em 17 anos (desvio-padrão de 1,58 anos).

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos

Gênero	
Masculino	35,16%
Feminino	64,84%
Idade (média/anos)	M=17 (SD=1,58)
Série que está cursando	
1º ano	33,60%
2º Ano	18,40%
3º Ano	34,80%
Ensino Técnico	13,30%

Em relação ao consumo de álcool e outras drogas, do total dos entrevistados, 73,8% relata ter feito uso na vida pelo menos uma vez de bebidas alcoólicas, sendo que destes, o consumo no ano relatado foi de 85,1% e no mês antecedente a pesquisa de 49,2%. Entre outras drogas estudadas, a maconha é a que aparece com maior uso (19,5%), seguida pelo tabaco (17,5%). Há pequenos relatos também do uso no ano de tranquilizantes (7%) e solventes (5,4%).

Tabela 2 – Utilização de substâncias (exceto álcool)

Droga	Uso no mês	Uso no ano
Solventes	1,95%	5,47%
Cocaína	1,17%	1,95%
Crack	1,95%	1,95%
Maconha	14,84%	19,53%
Anfetaminas	1,17%	1,56%
Alucinógenos	2,73%	6,25%
Anticolinérgicos	1,56%	
Anabolizantes	1,17%	
Ecstasy	1,95%	5,08%
Tranquilizantes	7,03%	10,55%
Tabaco	14,84%	17,58%
Tabaco diário	4,30%	3,52%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018

Tabela 3 – Relato de utilização de álcool

Você já bebeu antes?	
Não	9,38%
Sim	73,83%
Apenas uma vez	16,80%
Idade com que começou beber	
mais que um golinho	15 (DP=1,62)

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018

A idade média do primeiro contato com álcool relatada pelos jovens foi de 15 anos (n=192, desvio padrão de 1,62). Entre os 232 jovens que mencionaram ter bebido alguma vez na vida, 43 (16,8%) relatam não ter mais usado, e 31 (14,8%) relatam não ter usado no último ano.

Tabela 4 – Preferência de substância alcoólica

Qual a sua bebida de preferência?	
Cerveja	21,48%
Vinho	11,33%
Destilado	19,14%
Destilado com refrigerante/suco	9,38%
Destilado com energético	14,84%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018

A cerveja é referida como a preferida pelos jovens, sendo escolhida por 28,2% destes, seguida pelos destilados (Whisky, Vodca, Cachaça, etc.). O consumo regular foi reportado por 45,7% dos jovens, que relataram beber ao menos duas a quatro doses por mês (29,8%), ou até mesmo duas a três vezes por semana (12,5%), com alguns relatos de quatro ou mais vezes por semana (3,4%).

Quanto aos hábitos de consumo, 31,4% dos adolescentes relatam usar algumas vezes com amigos, ou em festas; 61,5% deles relatam ser

“mais fortes” que os amigos para bebida. O consumo médio de 23,9% da amostra, em um dia em que está bebendo, foi de três a quatro doses de bebida alcoólica [considera-se, aqui, dose como uma cerveja *long neck* ou latinha; meia cerveja grande (600 ml) ou Chopp (350 ml); uma dose de pinga, uísque ou outro destilado (50ml) ou uma taça de vinho (150ml)], sendo que, 35,3% relatam consumir cinco ou mais doses em uma ocasião. 28% relatam consumir três a quatro doses em um final de semana à noite, considerando o último mês.

Tabela 5- Dados sobre hábitos de consumo

	Nenhuma	Poucas	Algumas	Muitas	Todo tempo
Quando estava sozinho	64,10%	28,21%	7,69%	0,00%	0,00%
Com 1 ou duas pessoas	17,95%	30,77%	16,41%	6,15%	2,56%
Em festa ou churrasco na sua casa ou de parentes	26,15%	19,49%	26,67%	23,08%	6,67%
Junto com algum belisco, aperitivo	33,33%	31,79%	22,56%	11,79%	3,08%
Em festa ou churrasco na casa de amigos	13,33%	22,56%	32,31%	21,54%	12,31%
Em festas da escola	83,59%	12,31%	4,10%	2,05%	1,03%
Quando seu namorado (a) estava presente	49,23%	17,95%	17,44%	13,85%	4,10%
Durante o dia todo (antes das 16 horas)	80,00%	12,82%	7,18%	1,54%	0,00%
Em sua casa (família/sem festas)	46,67%	29,74%	16,92%	7,18%	2,56%
Na rua	40,51%	21,54%	22,05%	15,38%	3,59%
Em bares/baladas	33,85%	16,41%	17,44%	22,05%	13,33%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018

Aspectos que podem levar à dependência de consumo também foram abordados pela pesquisa: 8% dos respondentes relatam não ter conseguido parar de beber após começar, em uma frequência menos que

mensal, e 6% relatam esse comportamento mensalmente. 9% relatam ter deixado de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcólicas. Há o relato de que houve amnésia alcóolica por 22,6% dos entrevistados, numa frequência menos que mensal.

Resultados por gênero

Durante o estudo, foram encontradas algumas diferenças nos hábitos de consumo entre os gêneros. Elas serão abordadas nas tabelas a seguir.

Percebe-se, já inicialmente, uma maior experimentação de álcool relatada pelas meninas do estudo (93,38%, se somados as respostas “sim” ou “apenas uma vez”), embora tenham um índice muito maior de resposta de utilização em apenas uma ocasião que os meninos (19,28% delas contra 12,22% deles).

Quanto à preferência de consumo, nota-se uma tendência a uma maior utilização, por ambos os sexos, de destilados, embora esse índice seja um pouco maior em adolescentes do sexo masculino.

Tabela 6 – Experimentação alcóolica – diferenças intergênero

Você já bebeu antes?	Feminino	Masculino
Não	6,63%	14,44%
Sim	74,10%	73,33%
Apenas uma vez	19,28%	12,22%
Idade com que começou beber mais que um golinho	M= 14,9 (DP=1,71)	M= 15,2 (DP=1,43)

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018

Tabela 7 – Preferências de substâncias alcoólicas – diferenças entre gêneros

Qual a sua bebida de preferência?	Feminino	Masculino
Cerveja	27,64%	31,82%
Vinho	9,76%	18,18%
Destilado	18,70%	31,82%
Destilado com refrigerante/suco	13,01%	4,55%
Destilado com energético	16,26%	16,67%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018

Encontraram-se também diferenças na frequência de uso de bebidas alcoólicas, tanto no seu consumo no último mês, quanto no decorrido em todo o ano anterior. Os resultados são expostos nas tabelas a seguir:

Tabela 8- Frequências de uso de álcool – último mês

Frequência de uso de álcool nos últimos 30 dias					
Frequência	1X Mês	2-3X Mês	1-2X Semãna	3-4X Semãna	Todo dia
Geral	49,46%	23,37%	17,93%	8,70%	0,54%
Feminino	47,97%	22,76%	14,63%	9,76%	0,00%
Masculino	48,48%	6,06%	22,73%	6,06%	1,52%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018

Tabela 9- Frequências de uso de álcool – último ano

Frequência de uso de álcool nos últimos 12 meses					
Frequência	Nenhuma	1X ou menos mês	2 - 4X mensal	2-3X Semanal	4Xou + Semanal
Geral	15,76%	44,57%	33,70%	14,13%	3,80%
Feminino	17,89%	49,59%	26,02%	15,45%	2,44%
Masculino	13,64%	31,82%	45,45%	10,61%	6,06%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018

As diferenças no uso de drogas ilícitas e tabaco também foram

acessadas. Para melhor visualização, as informações sobre o consumo pelo sexo masculino e feminino foram separadas em duas tabelas, que se seguem.

Tabela 10 – Utilização de Drogas (sexo feminino)

Droga	Uso no ano	Uso no mês
Solventes	4,2%	1,8%
Cocaína	0,6%	0,6%
Crack	1,8%	1,8%
Maconha	13,2%	13,2%
Anfetaminas	1,2%	0,6%
Alucinógenos	4,8%	1,2%
Anticolinérgicos	2,4%	1,2%
Anabolizantes	1,8%	0,6%
Ecstasy	4,8%	1,8%
Tranquilizantes	13,9%	8,4%
Tabaco	14,4%	11,4%
Tabaco diário	3,0%	4,2%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018

Tabela 11 – Utilização de Drogas (sexo masculino)

Droga	Uso no ano	Uso no mês
Solventes	7,7%	2,2%
Cocaína	4,4%	2,2%
Crack	2,2%	2,2%
Maconha	24,4%	17,8%
Anfetaminas	2,2%	2,2%
Alucinógenos	2,2%	5,5%
Anticolinérgicos	2,2%	2,2%
Anabolizantes	2,2%	2,2%
Ecstasy	5,5%	2,2%
Tranquilizantes	4,4%	4,4%
Tabaco	21,1%	17,8%
Tabaco diário	4,4%	4,4%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2018

Observam-se algumas diferenças no consumo de drogas: enquanto os meninos têm um índice maior de consumo de maconha e de tabaco, as meninas têm um uso consideravelmente maior de tranquilizantes.

Discussão

A amostra estudada atingiu um número próximo do que seria considerado representativo, sendo que perdas amostrais acabaram comprometendo a acurácia amostral desejada. Fatores como uma baixa divulgação das pesquisas dentro das escolas, além da necessidade da assinatura do TCLE pelos pais podem ter levado a uma possível perda amostral. Além disso, outro desafio encontrado se deveu ao fato de que em algumas escolas havia poucos computadores em funcionamento nos laboratórios de informática, o que diminuiu o número de estudantes que poderia responder ao questionário de forma agrupada, dificultando assim a logística da coleta de dados.

No que se refere aos dados de prevalência, tendo em vista o ambiente de coleta ser a própria escola dos jovens, é possível que vergonha ou medo de assumir o consumo de drogas ilícitas possa ter se refletido nos dados coletados. Mesmo assim, o uso de maconha na vida aparece com um dado significativo, sendo reportado seu uso por 19,5% da amostra, o que é extremamente mais alto que a última média geral do Cebrid, do ano de 2010, que é de 11,4 % para o Brasil, porém mais baixo que a média 26,8% para o Estado. Para a comparação com os dados do Cebrid, foi considerado o uso na vida dos estudantes da faixa etária de 16 a 18 anos, por serem os dados disponíveis mais aproximados da realidade da amostra em questão. O número coletado pode não predizer completamente a realidade do município, mas dá uma perspectiva de algo que pode ser preocupante e

merece um estudo mais aprofundado. Para fins de comparação, foi elaborada uma tabela onde estão expostos os níveis municipais, estaduais e nacionais do uso de drogas.

Tabela 12 – Comparação do uso de drogas BR/RS/Esteio

Substância	Brasil (2010)	RS (2010)	Esteio (2018)
Solventes	5,2%	3,6%	5,47%
Cocaína	1,8 %	2,1%	1,95%
Crack	0,4 %	0,4%	1,95%
Maconha	3,5 %	8,5%	19,53%
Anfetaminas	1,7%	2,3%	1,56%
Anticolinérgicos	0,4 %	0,2%	2,34%
Ecstasy	1,3 %	2,1%	5,08%
Tranquilizantes	2,6%	4,0%	10,55%
Tabaco	9,6%	17,0%	17,58%

Fonte: BR/RS: Cebrid, 2010; Esteio: elaborada pelos autores, 2018

Os hábitos de consumo foram acessados, e mostraram que os jovens normalmente preferem beber quando estão com uma ou duas pessoas, ou em festas, bares ou baladas. O dia da semana mais escolhido para se beber é o sábado, preferido por 94% dos estudantes, seguido pela sexta, referida por 73,5%.

Sugere-se que estudos semelhantes, e ampliados, sejam realizados no município de Esteio, dada a significância dos níveis de consumo revelados por esse estudo. Também investigações de cunho qualitativo podem ser interessantes como complemento aos dados quantitativos apresentados, podendo explorar melhor peculiaridades e representações sobre consumo de substâncias psicoativas entre os jovens em questão. Assim, será possível desenhar programas de prevenção do uso de substâncias que levem em conta a realidade local.

Referências

- ALBERTANI, Helena MB; SCIVOLETTO, Sandra; ZEMEL, Maria de Lourdes S. Prevenção do uso de drogas: fatores de risco e fatores de proteção. Em: SENAD; **Curso de Prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Brasília: SENAD, 2006.
- BAUS, José; KUPEK, Emil; PIRES, Marcos. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista de saúde pública**, v. 36, p. 40-46, 2002.
- CARLINI, E. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras–2010**. Brasília: SENAD, v. 29, 2010.
- COSTA, Maria Conceição O. et al. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1143-1154, 2007.
- ELICKER, Eliane et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 399-410, 2015.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Diretoria de População e Indicadores Sociais–COPIS. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017. IBGE, 2017.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2015)**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2016. p. 256

SOUZA, Delma P.; SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, p. 276-287, 2007.

VIEIRA, Patrícia Conzatti et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2487- 2498, 2008.



Parte 2

*Prevenção ao uso de álcool
e outras drogas na escola:
o papel dos diferentes parceiros*



6

A escola em rede: a prevenção da drogadição no paradigma do trabalho comunitário e da prática de redes

Maria Fátima Olivier Sudbrack

Neste capítulo a autora se propõe aprofundar a metodologia que denomina a Escola em Rede que foi aplicada na prevenção do uso de drogas no contexto da escola. São apresentados os fundamentos teóricos da proposta que se construiu a partir da abordagem comunitária e da prática de Redes, considerada pela autora como um novo paradigma na prevenção. O capítulo descreve as construções teóricas e também a forma como esta teoria se aplica, destacando a formação de educadores como estratégia efetiva para a prevenção do uso de drogas.

Introdução e contextualização

A proposta da Escola em Rede é uma construção teórico-metodológica que fundamenta a proposta pedagógica de formação de educadores no Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas (BRASIL, 2004, 2006, 2009, 2011, 2014), tendo como principais referências: a perspectiva sistêmica da drogadição (COLLE,1995) e do pensamento complexo (MORIN,1990), articulando contribuições da psicologia comunitária (FUKS, 2015), da prática de redes (SLUZKI, 1997, DABAS e NAJNAMOVICK , 1995) e da psicossociologia. (BORDET e GUITON, 2014).

Trata-se de construções que tiveram origem em uma linha de pesquisa do Prodequi/UnB* no PPGPsiCC/UnB** sobre metodologias de prevenção do uso de drogas, através de projeto de pesquisa-ação Construindo Redes Sociais, onde desenvolvemos trabalho comunitário em cidades satélites do DF, visando a proteção de adolescentes em situação de risco pelo envolvimento com drogas e atos infracionais, abordando famílias, instituições de assistência social e da Vara da Infância e Juventude, em comunidades de baixa renda do DF (SUDBRACK et al, 2003)

A primeira contribuição desta abordagem na política pública nacional deu-se na década de 1990, junto ao Programa DST-Aids/MS, quando o Prodequi/UnB foi Centro Regional de Treinamento da Região Centro-Oeste, formando agentes públicos para atuarem na Prevenção da

*Prodequi/ programa de estudos e atenção às dependências químicas é um laboratório de atividades de pesquisa, ensino e extensão criado em 1991, junto ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília/UnB. Foi idealizado e coordenado pela primeira autora até sua aposentadoria (2014). Atualmente o Prodequi é coordenado pela Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição.

**PPGPsiCC é Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica do IP/UnB

Drogadição, no contexto da política de redução de danos para portadores de HIV-Aids/MS. Em relação às demandas da Senad, iniciaram como o projeto Prevenção ao Uso Indevido de drogas: diga SIM à Vida (SEIDL, 1999 ; SUDBRACK, SEIDL, COSTA, 2000).

Desde então, vimos apontando a importância de um novo paradigma da prevenção e tratamento da drogadição da adolescência, apresentando a perspectiva sistêmica e da promoção de saúde, fundada no paradigma da promoção da saúde, prática de redes como sendo um novo modelo a seguir, na desconstrução do modelo do medo e do amedrontamento, fundado no paradigma da guerra às drogas.

A Escola em Rede resulta, assim, de desconstruções e construções para um novo paradigma na prevenção. Estas construções teórico-metodológicas fundamentam a matriz pedagógica do Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, ofertado por uma década, (2004-2014) em seis edições que permitiram seu aprofundamento e consolidação, num processo participativo de muitos atores, dentre os quais, os próprios educadores cursistas.

Abordagem comunitária e da prática de Redes - um novo paradigma na prevenção

A mudança de paradigma na política sobre drogas é um processo que exige um esforço recorrente, devendo ser resgatado em cada momento pelos diferentes segmentos da sociedade, com especial contribuição da produção acadêmica na área. A guerra às drogas precisa dar lugar ao novo paradigma da educação para a saúde no qual as ações preventivas e de tratamento sejam fundamentadas cientificamente.

Entendemos que este avanço implica em mudanças na forma de

pensar especialmente, dos profissionais e dos gestores que ainda se mostram resistentes pelo quanto a nova visão mobiliza cada um e a sociedade como um todo. Entendemos que, sendo a política sobre drogas uma política essencialmente intersetorial, a tendência observada de retorno ao paradigma proibicionista, está atrelada a outras políticas fundadas no discurso securitário e de controle que, mesmo que legítimos e necessários face aos desafios vividos pela violência na sociedade atual, acaba por impedir o discurso da promoção de saúde e dos direitos humanos.

Sendo assim, no atual cenário de transformações na sociedade brasileira e no mundo, mister se faz nossa postura crítica ao paradigma da guerra às drogas para que não haja retrocesso na política pública sobre drogas. Precisamos transpor o discurso da política securitária para uma política de promoção de saúde; o discurso da abstinência e da reclusão de dependentes de drogas em internação compulsória, para a garantia de tratamento multidisciplinar e qualificado nas unidades de saúde especializadas; consolidar a abordagem da redução de danos, reconhecida internacionalmente como efetiva estratégia de vinculação com os dependentes de drogas, em sua grande parte refratários ao tratamento na perspectiva da abstinência; assumir postura crítica aos programas fundados no paradigma da resistência às drogas e da criminalização e estigmatização dos usuários, predominante na voz de policiais nas salas de aula. Precisamos mudar a realidade das escolas que tinham apenas um programa de policiais como proposta de prevenção parceiros para já superada na sua própria origem, em vez da continuidade da formação continuada dos educadores para a prevenção do uso de drogas, incluída em programas já consolidados da política educacional (PSE, Educação Integral) que já revelaram seu potencial e já apresentam importante

capilaridade no território educativo brasileiro. Pesquisa de situações problema legitima a busca de apoio, mas a rede é o caminho para o empoderamento das escolas.

Como presidente da Abramd – Associação Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (gestão de 2013-2015), encaminhamos como temática do V Congresso Internacional da Abramd, realizado em Brasília, em 2015, exatamente esta questão: Drogas e transição de paradigmas, resultando em fortes contribuições da comunidade científica no resgate deste movimento de mudança no que hoje se qualifica como sendo rumo ao paradigma anti-proibicionista que contrapõe o paradigma e o discurso da guerra às drogas (SUDBRACK, M.F.O. et al, 2018). Importantes contribuições críticas à tendência de retorno do paradigma da guerra às drogas encontram-se também nas produções do VI Congresso Internacional da Abramd, realizado em Belo Horizonte em 2017.

Como ilustração e resgate desta contribuições para um novo paradigma na prevenção do uso de drogas, reproduzimos um quadro comparativo que está sendo explorado no capítulo 9 desta obra.

Destacamos que o primeiro aspecto para avançarmos na abordagem da drogadição refere-se à uma mudança de nossa própria visão dos usuários de drogas enquanto sujeitos. Propomos um novo olhar para o usuário de drogas, fazendo a transposição deste olhar, conforme segue, no comparativo dos modelos.

O modelo do medo está fundado sobre representações e crenças estigmatizantes que desqualificam o usuário de drogas, tais como:

- é denunciado como delinquente ou desqualificado como doente, tornando-se infantilizado e dependente da família;
- fica submisso ao controle externo exercido pela família e demais instâncias sociais, comprometendo seu amadurecimento rumo à

autonomia e inserção social como cidadão que assume seus papéis como adulto;

- o sujeito é impedido de expressar-se, de reagir e de impor-se, retornando à condição infantil de obediência, sem condições de confrontar e contestar;
- como alternativa, face à sua necessidade de diferenciar-se dos pais, o adolescente/jovem afirma-se transgredindo e solidifica, assim, sua inserção na cultura marginal.

O modelo sistêmico de promoção de saúde contempla um olhar diferenciado do usuário reconhecido como sujeito de demandas e como cidadão de direitos e de responsabilidades – é um protagonista na comunidade e sociedade da qual faz parte;

- o jovem é percebido como agente de mudanças, conquista espaço para compartilhar suas experiências, expressar seus sentimentos e confrontar suas idéias com os adultos;
- o adolescente encontra na família os limites e referências de que necessita no conflito entre seus desejos e a realidade: vivência reflexão sobre suas experiências, avalia as consequências de seus atos, desenvolve sua capacidade de fazer opções e de tomar decisões.
- o jovem constrói o caminho de sua autonomia: torna-se mais fortalecido para negociar regras, tolerar frustrações, respeitar as diferenças e exercer com responsabilidade e maturidade a liberdade de opções.

O trabalho comunitário e a prática de redes: pressupostos e conceitos

O trabalho comunitário é uma abordagem participativa que

promove a triangulação entre as três forças da intervenção: (1) os profissionais, (2) a população alvo, (3) o tecido social onde situa-se o problema (a população/a comunidade). Torna-se, assim, uma ação que promove a cidadania dos atores sociais implicados, a partir do reconhecimento dos diferentes saberes, da articulação dos diversos campos de atuação e da implicação de múltiplas competências. Se trata de uma proposta inovadora, na medida em que faz emergir um novo eixo de ação, relacionando problemas de saúde às questões sociais, enfatizando o encontro dos saberes locais para a construção de um saber coletivo sobre a própria comunidade. Busca-se a promoção da saúde comunitária: - Qual é a demanda da comunidade? Em que as drogas constituem problema para a comunidade?

A intervenção comunitária atende as demandas locais, no cruzamento dos saberes: saber coletivo, integração e troca de saberes em torno de uma tarefa comum. A proposta comunitária torna-se transversal, não hierárquica e inovadora, pois coloca-se sempre em relação às especificidades locais. É no cruzamento e na transcendência desses inúmeros saberes específicos que se constrói o saber coletivo, numa lógica de experimentação social permanente, num movimento de integração constante dos diferentes papéis sociais face a uma tarefa comum. A metodologia do trabalho comunitário na prevenção do uso de drogas cria possibilidades de inovação, *permite sistematizar experiências diversas, integrar um mosaico de saberes para chegar a um saber de ordem mais complexa e global*. Existem quatro dimensões do trabalho comunitário: 1) dimensão participativa; 2) enraizamento das intervenções no tecido social; 3) parcerias múltiplas; 4) empoderamento.

O planejamento no trabalho comunitário vai além do simples conhecimento do padrão de consumo de drogas ou das dependências de

substâncias. Segundo esta abordagem, a prevenção do uso de drogas considera, sobretudo, as relações entre as pessoas nos diferentes grupos aos quais pertencem que podemos denominar de suas redes sociais de pertencimento. A desconstrução de estereótipos é fundamental, na medida em que a compreensão do fenômeno da drogadição é contextualizada e reconhecida em sua complexidade. Assim, o usuário de drogas deixa de ser reduzido a uma concepção jurídica, por exemplo- *como delinquente*- ou à condição de saúde- *como um doente* - ou ainda a um juízo moral – *como um irresponsável ou sem força de vontade* - ou então *como um pecador, vítima do demônio* - que precisa ser convertido e receber uma penitência para reparar seu pecado. É importante identificar sob qual visão da pessoa que usa drogas estamos alicerçando nossa intervenção, pois ela direciona ações profissionais e políticas públicas, por vezes, iatrogênicas e excludentes. Uma das penalidades mais comuns em modelos de tratamento tradicionais foi o isolamento dos dependentes de drogas em instituições totais como hospitais psiquiátricos, asilos, manicômios, prisões ou mesmo instituições religiosas regidas pelo princípio exatamente contrário ao do trabalho comunitário: separar, isolar, segregar, excluir- em nome de proteger a sociedade pelos tantos estereótipos atrelados a uma periculosidade que a própria sociedade lhes impinge. Quanto mais a visão do dependente de drogas é estigmatizante e culpabilizante mais a intervenção será excludente e descontextualizada, centrada apenas no indivíduo – *a recuperar!!*.- sem uma visão crítica aos fatores de contexto que levam ao adoecimento.

Apostamos nas redes como linguagem dos vínculos

O trabalho comunitário na temática da drogadição se inicia

necessariamente, por um investimento em novas representações sociais, superação de estigmas e preconceitos. É preciso, pelo menos identificarmos como são vistos na comunidade, na família, na escola, nas instituições de saúde, de assistência, de justiça, de segurança pública, enfim, na sociedade. Por vezes, a leitura mais caridosa de uma instituição religiosa não deixa de estigmatizar um usuário como uma vítima das forças do mal, por exemplo... mesmo as famílias, tendem a oscilar entre as visões de culpado ou de vítima. Assim, de uma visão criminalizadora como um delinquente, passamos para uma visão fatalista como um doente passivo e cuja doença nada tem a ver com os contextos onde vive: família, escola, trabalho, grupos de pares...Contrapondo esta visão simplista e redutora, devemos reconhecer as pessoas envolvidas com drogas (dependentes ou não) enquanto *cidadãos de direitos e sujeito de demandas que exigem abordagens deste sujeito em suas relações com as drogas num contexto sociofamiliar*. Assim, a prática de redes é, antes de tudo, uma nova forma de ver e de pensar o mundo, na medida em que percebemos as relações entre as pessoas e seus contextos de vida. (SAÍDON, 1995). A intervenção comunitária deve considerar diferentes níveis do problema, extrapolando os aspectos do consumo de drogas, em si, contemplando fatores relacionais e de contexto. Portanto, em resposta às estratégias de silêncio, violência e esfacelamento dos vínculos e fragilização da comunidade, *apostamos nas redes como linguagem dos vínculos*. (DABAS e NAJNAMOVICH, 1995)

As redes são **espaços transicionais** que permitem a convergência das emoções e a mutualidade de interesses. Inicialmente, sem o peso institucional, a mobilidade e a leveza favorecem uma adaptação rápida, paralelamente a uma circulação também rápida de informações. “... a principal característica desta metodologia é que põe em contato as pessoas

de diferentes níveis e que, a priori, não se encontrariam para refletir e agir juntas. A Prática de Redes obtém resultados importantes, independentemente das mudanças políticas, jurídicas, e sanitárias” (COLLE, 1995).

Face à cultura aditiva e de consumo, prevenção é contra-cultura

A opção pela perspectiva do trabalho comunitário e da prática de redes, nos coloca um grande desafio, face aos valores da sociedade atual, na qual vivemos uma cultura aditiva, de consumo e de individualismo. Ora, se prevenção no paradigma comunitário e da prática de redes implica em ações solidárias, em complementaridade em colaboração, em cooperação, fazer prevenção é fazer contra-cultura, os profissionais devem ser reconhecidos e preparados para atuarem como **agentes sociais de mudança**, na medida em que promovem saúde em segmentos populacionais excluídos do acesso aos serviços. Para tanto, a prevenção deve incluir as seguintes ações: 1) Promover atividades que geram contextos protetivos nas famílias, grupos juvenis e comunidade; 2) Construir redes profissionais de socialização das experiências e de solidariedade; 3) Trabalhar o sentimento de impotência impregnado nas famílias, nas equipes e nas instituições, gerando novas competências; 4) Desenvolver a coesão grupal como suporte nas equipes a partir de um objetivo comum: abrir novas frentes e novas esperanças.

O que nos favorece construir intervenções em rede são sempre questões em tom reflexivo e de identificação dos potenciais existentes na comunidade. Este movimento se torna propositivo quando conseguirmos vencer as resistências às mudanças que são comuns em todas as propostas inovadoras: - *Como resgatar o movimento que sustenta a crise e não*

submergir na inércia gerada pela resistência a mudanças? - Quais são os contextos geradores de soluções e como promovê-los?

Destacam-se no trabalho comunitário os ícones: COM-partilhar, CON-viver, COM-unidade que nos permitem construir novas frentes e novas esperanças, direcionados para o resgate do coletivo, através das seguintes ações:

- construir vínculos positivos de confiança para contrapor ao medo;
- reforçar vínculos de pertencimento para contrapor à exclusão social;
- promover sentimento de inserção social- para resistir a inserções marginais;
- dar voz e escuta aos protagonistas.

Apostamos no potencial humano da família, da comunidade dos profissionais, com as seguintes premissas metodológicas: 1) buscamos a (RE) inserção social através do resgate da rede primária (família, amigos, comunidade) e da rede secundária (instituições de políticas públicas); 2) acreditamos que, mesmo em situações extremamente difíceis onde vivemos pressão econômica, afetiva, política, podemos resgatar potenciais de mudanças nos sistemas sociais; 3) reconhecemos como legítimas as demandas da comunidade; 4) apostamos na inserção pelo resgate dos laços afetivos de qualidade, pelo valor e prazer de estar juntos, de conviver e compartilhar nossas utopias; 5) procuramos os pontos de ressonância entre os sistemas envolvidos para construção de soluções coletivas.

O trabalho comunitário propõe que desenvolvamos uma *compreensão global para uma atuação local*. A prática de rede na prevenção do uso de drogas extrapola, pois, a temática das drogas e contribui para o fortalecimento dos vínculos que permitem relações de

confiança, de segurança, de intimidade, nos quais cada um e a comunidade possam explicitar suas demandas. O potencial dos laços afetivos nas relações de solidariedade é a melhor arma contra a proliferação da violência relacionada ao consumo e ao tráfico de drogas. Uma comunidade unida certamente viverá menos a pressão daqueles que vem para sua exploração e não para a sua construção.

Ações preventivas são COMplexas: COM-plexus quer dizer: tecer juntos!

Ao mesmo tempo em que exige conhecimentos aprofundados e especializados, na perspectiva comunitária e das redes sociais, a prevenção é função de todos os cidadãos. Neste cenário, o saber acadêmico articula-se ao saber popular. O saber político é fundamental pois dele depende a viabilização do projeto comum.

O papel da escola na construção do ideal democrático

Dentre as principais funções da escola, destacamos o seu lugar como espaço de vivências do coletivo em contexto diferenciado da família. Parafraseando um grande mestre de minha formação na escola da psicossociologia francesa, acredito que “a sociedade começa na escola (PAIN, J,1995). Vimos elaborando esta temática junto à *Rede Internacional de pesquisa sobre Jovens desigualdades sociais e periferias*, partindo da premissa de que a democracia é um ideal do coletivo que se inspira na adolescência

É na adolescência que se constrói o ideal democrático, a esperança de viver juntos. Mas os jovens- particularmente

aqueles dos bairros populares- enfrentam uma dura realidade: agente não os entende, agente não os escuta. Amargura e desilusão é o que se apresenta. A criatividade adolescente é impedida. Eles respondem por estereótipos:- vitimização, renúncias, revolta, atos vividos como heróicos ou, então, conformismo... Estas atitudes, por sua vez, provocam preconceitos e rejeição” (BORDET e GUITON, 2014).

Estes jovens, habitantes das periferias são paradigmáticos da juventude e de sua dificuldade de encontrar lugar no seio de nossas democracias: - Como *reencantar nossos jovens pela inspiração democrática*? Se acreditamos que a democracia de amanhã será feita com os jovens de hoje, precisamos investir mais na formação de pessoas para o exercício da liberdade, da alteridade e da solidariedade e do respeito ao outro e a si mesmo, rumo a estado mais social e menos penal!

Escola em rede: pressupostos da matriz pedagógica para formação de educadores

A Escola em Rede foi uma construção teórico metodológica, produzida no contexto da linha de pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UnB, denominada: metodologias de prevenção do uso de drogas, na qual diversos projetos se desenvolveram com a participação de muitos pesquisadores da graduação e da pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura/PPGPsic/PCL/IP/UnB, desde a criação deste laboratório em 1991. Estas construções fundaram a matriz pedagógica do *Curso de Prevenção ao Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas*, constituindo os pressupostos da proposta pedagógica do curso, desde sua primeira edição, direcionando o desenvolvimento de conteúdos, os materiais pedagógicos, a metodologia de formação da equipe, o

planejamento do Ambiente Virtual de Aprendizagem e todas as atividades previstas pelo curso. A partir da experiência cumulativa da equipe do Prodequi/UnB nas diversas edições do curso, a proposta foi se consolidando, num processo dialético entre teoria e prática na construção do conhecimento. Assim como o conhecimento científico fundamenta a prática, a experiência do curso foi trazendo elementos para o aperfeiçoamento da própria metodologia.

Na perspectiva de projetos de pesquisa-ação da linha de pesquisa do Prodequi/UnB, a oferta do curso representou nestes dez anos um campo privilegiado de pesquisa, permitindo a retroalimentação do curso que avançava a cada edição, graças aos estudos realizados por mestrandos, doutorandos, alunos de iniciação científica e estagiários. Os diferentes projetos de pesquisa desenvolvidos junto a escolas do DF, permitiram um acompanhamento de educadores cursistas, trazendo retorno sobre os resultados e impacto do curso nos território educativo. Neste contexto, como resultado de pesquisas de mestrado e de doutorado, foram elaborados instrumentos que permitiriam colocar a proposta teórica na prática educativa, em sala de aula, tais como:

- TERMÔMETRO DE RISCO E PROTEÇÃO: instrumento auto-aplicativo, avaliativo das situações de risco e de proteção do aluno em relação ao uso de drogas e que permite, ao mesmo tempo um retorno pessoal ao aluno e um mapeamento da diagnóstico da turma pelo professor, mantendo o anonimato do aluno (BORGES, Juliana Santos. *Redes Sociais e Fatores de Risco e Proteção para o envolvimento com drogas na adolescência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura- Instituto de Psicologia . Universidade de Brasília. Brasília, 2006)
- MAPA DA REDE DA ESCOLA: metodologia de avaliação da rede

da escola, visualizando suas demandas e potenciais de parceria para a construção da Rede protetiva da escola (VASCONCELOS, Mackil Lima. *Avaliação das redes sociais da escola: uma estratégia de prevenção do uso de drogas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura- Instituto de Psicologia . Universidade de Brasília. Brasília, 2008)

- ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RISCO: metodologia de avaliação de adolescentes em situação de risco pelo envolvimento com drogas, através de uma entrevista semi-estruturada que permite o mapeamento das redes sociais do adolescente, aprofundando sobre as funções das redes sociais como risco e/ou proteção (PEREIRA, Sandra Eni Fernandes Nunes. *Redes sociais de adolescentes em contextos de vulnerabilidade social e sua relação com o envolvimento com o tráfico de drogas*. Tese de doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília, 2009)

Na quarta edição (2011), foi construído um *Banco de Dados sobre Situações-problema na Escola*, visando um diagnóstico da realidade vivida pelos educadores cursistas, e revelando suas práticas de enfrentamento das situações-problemas e também suas demandas de formação para atuarem na prevenção. Este banco é composto do depoimento de mais de dois mil educadores sobre suas vivências relativas ao envolvimento de alunos com drogas no cotidiano escolar, suas formas de enfrentamento e demandas de capacitação na área. O fato de incluir policiais do Proerd e outros no curso, permitiu ampliar a investigação da realidade das escolas de ambos os atores: educadores e policiais. Com a participação de mais de dois mil educadores e 500 policiais ao questionário

on-line, a análise deste banco de dados resultou em três dissertações de mestrado e uma tese de doutorado, sendo as seguintes as pesquisas produzidas sobre relatos dos educadores:

- MARQUES, Ricardo Henrique Brito. *Situações-problema relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, no contexto escolar: narrativas de educadores do ensino público da região centro-oeste*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, 2011
- DALBOSCO, Carla. *Representações sociais de educadores de escolas públicas sobre situações-problema relacionadas ao uso de álcool e outras drogas*. 2011. 212 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

Foram as seguintes as pesquisas produzidas sobre relatos dos policiais:

- SILVA, Sandra Francisca Lima. *Violência e drogas na escola e imediações: ótica dos educadores sociais de segurança pública*. 2011. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília 2011.
- RODRIGUES SOBRINHO, Wander. *O papel do policial como parceiro da escola, na prevenção do uso de drogas: análise de intervenções junto a adolescentes envolvidos com drogas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura/2014

Posteriormente, em agosto/2017, foi defendida tese de doutoramento aprofundando a metodologia de abordagem de situações de risco e proteção ao uso de drogas, com estudo relacionado ao conceito de *clima escolar* que analisou os projetos de intervenção elaborados pelos

educadores cursistas:

- SOUZA PINHEIRO, Maria Lizabete. *Situações de Risco e de proteção ao uso de drogas em relação ao clima escolar*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, 2017, orientada pela Profa. Maria Inês Gandolfo Conceição.

O processo foi enriquecedor a cada edição, numa construção coletiva da qual participaram, não apenas os pesquisadores do Prodequi e equipe técnica do curso, incluindo os educadores tutores, mas também, os próprios educadores cursistas ao compartilharem sobre a realidade e demandas de suas escolas nos projetos de prevenção da escola, ao se posicionarem nos fóruns de discussão, ao apresentarem suas críticas nas avaliações, enfim pudemos constituir uma comunidade virtual congregando muitas pessoas e muitos saberes. Estas trocas permitiram o avanço da proposta da escola em rede e também testemunharam os desafios de um trabalho fundado no coletivo. A proposta da prática de redes ao mesmo tempo em que revelou seu potencial inovador na aprendizagem, representou grande desafio pela nossa insistência no trabalho coletivo junto às escolas.

Dentre as principais aprendizagens, foi possível constatar que, muito além de teorias e metodologias, a formação continuada dos educadores inclui mudanças de representações sociais e a desconstrução de posturas, para que as ações preventivas contemplem o novo paradigma da prevenção do uso de drogas. Percebemos que, ainda, tudo converge para o paradigma da guerra às drogas, devido ao histórico da prevenção nas escolas brasileiras que apenas contavam com programas trazendo policiais para informar os alunos em sala de aula e sem a participação do professor. Ora, a formação dos educadores na proposta da *Escola em Rede*, trouxe

uma opção muito diversa que logo recebeu plena aceitação dos educadores, atingindo capilaridade impressionante em todo o território nacional.

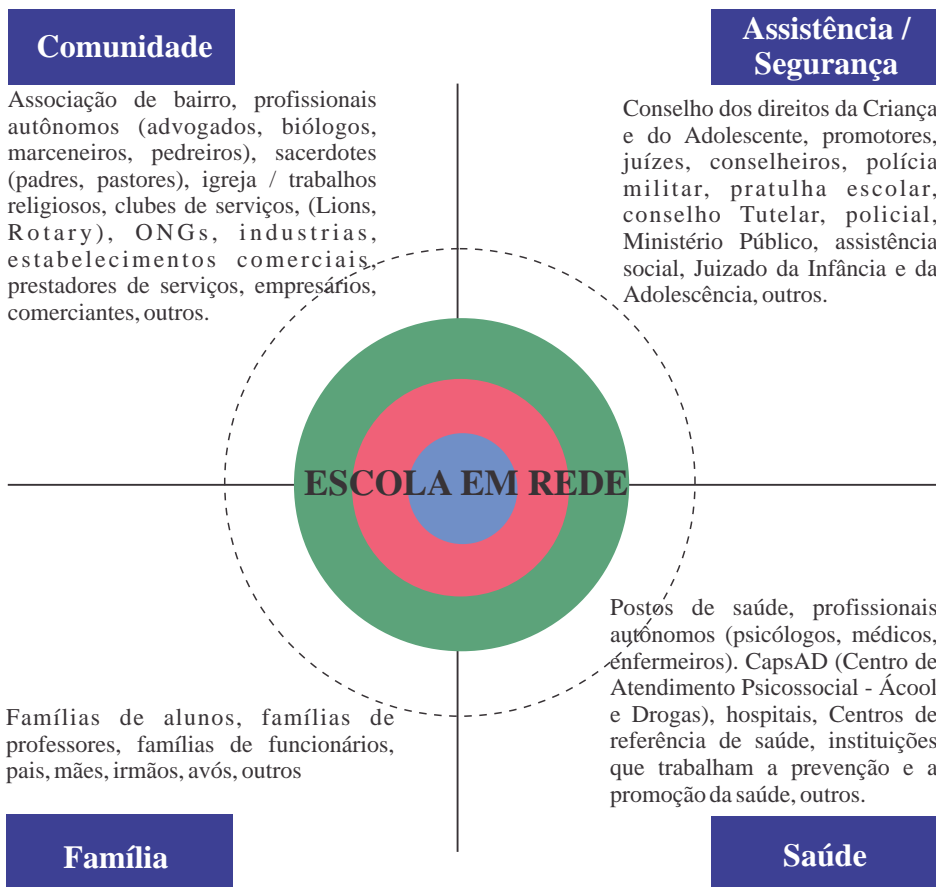
Contudo, a proposta é ambiciosa e trabalhosa e como toda ação preventiva, alicerçada em educação, exige um tempo e uma continuidade para mostrar seus resultados. O apoio institucional para a implementação dos projetos elaborados no curso ainda é um desafio desta proposta que dele depende para a sua sustentabilidade política nos territórios e também como uma política nacional. A realização de ações para minimizar os fatores de risco, centradas no desenvolvimento da autonomia responsável, é tarefa a ser desempenhada por diferentes instâncias da sociedade, destacando-se a escola, reconhecida enquanto contexto de socialização complementar à família na formação de valores das crianças, adolescentes e jovens educandos. No entanto, como a própria proposta da *Escola em Rede* aponta, a prevenção não é trabalho de um educador isoladamente. A prevenção deve fazer parte do currículo e estar presente nas diferentes séries da carreira escolar, contemplando o desenvolvimento da cidadania responsável, integrando o projeto de educação para a saúde e envolvendo a rede social da qual a escola é parte integrante. A complexidade implicada nas ações de prevenção do uso de drogas no paradigma do trabalho comunitário e da prática de redes direciona uma política intersetorial com práticas territorializadas de promoção de saúde, de defesa dos direitos humanos e da cidadania. Com essas referências, a formação de educadores implica responsabilidade social na disseminação de conhecimentos atualizados e isentos de preconceitos, formas de abordagem e de estratégias de trabalho pedagógico, para subsidiar os educadores no cotidiano da prática educativa.

Apresentamos, a seguir um esboço do que estamos denominando

as **desconstruções e construções da proposta pedagógica de formação de educadores para a prevenção do uso de drogas – A Escola em Rede** - que pudemos construir e implantar na prática do território nacional, no decorrer de uma década. Esta singular experiência compartilhada pela equipe do Prodequi/PCL/IP/UnB com o Ministério da Educação e com a Senad/MJ foi registrada em suas principais construções em publicação recente (SUDBRACK et al, 2015). A proposta da *Escola em Rede* pode ser sintetizada através dos principais aspectos que a compõe, a saber: (1) Parcerias e intersetorialidade; (2) Escola como contexto protetivo e de promoção de saúde; (3) Professor como modelo de autoridade para o educando; (4) Família e escola integradas na educação para a saúde; (5) Protagonismo juvenil na escola; (6) Fatores de risco e de proteção associados ao uso de drogas na adolescência; (7) Cursistas formam uma comunidade colaborativa virtual; (8) Redes protetivas no território educacional para acolhimento de adolescentes em situação de risco pelo envolvimento com drogas.

1- Parcerias e intersetorialidade

A materialização de ações de promoção de saúde firma-se nos princípios da intersetorialidade, em especial, entre segmentos da educação e da saúde, como também, na articulação da rede de apoio interna e externa à escola e na compreensão das relações de complementaridade de todas as demais políticas afins.



(Vasconcelos e Sudbrack, 2014)

2- A escola como contexto protetivo e de promoção de saúde

As ações preventivas devem estar, acima de tudo, alinhadas com as políticas protetivas, considerando-se que crianças e adolescentes envolvidos com drogas são considerados em situação de risco, remetendo às políticas e ações de proteção previstas no ECA. Para tanto, a escola deve buscar parcerias, colocando-se em rede com as demais políticas e

programas, integrada também, com as famílias e buscando apoio dos demais segmentos da sociedade civil. No processo de solidificação das concepções que alicerçam a proposta pedagógica do curso, a escola é posta como contexto de promoção de saúde com potencialidades que precisam ser fortalecidas, através da inserção das ações de prevenção do uso de drogas no projeto político-pedagógico da escola.

3- O professor como novo modelo de autoridade para o adolescente

As vivências escolares do adolescente são valiosas no seu processo de socialização e de desenvolvimento. Cabe lembrar que os professores representam modelos de autoridade alternativos aos da família, exercendo influência como modelos de identificação, permitindo que o jovem reconstrua suas próprias referências e relações com as figuras de autoridade. Aos educadores cabe, pois, além das tarefas pedagógicas em si, a função de oferecer a continência de que o jovem necessita neste seu momento de incertezas, angústias, instabilidade e necessidade de afirmação. Na medida em que os professores representam um prolongamento de suas relações com a autoridade, a postura do jovem face aos mesmos tenderá a ser, igualmente, permeada de conflitos e ambivalências. Se, por um lado, estão buscando segurança e proteção, precisam também confrontá-los, questioná-los. Por esta razão, esta possibilidade de exercitar sua postura crítica aos modelos de autoridade e de receber o retorno dos mesmos numa relação sincera e de respeito constitui ingrediente fundamental para a formação de uma postura crítica madura.

4- A família e a escola integradas na educação para a saúde

A escola não ocupa apenas o lugar de transmissora de conhecimento. É também um contexto de promoção de saúde e deve zelar pelo desenvolvimento integral dos jovens que a frequentam. Precisa, a partir de um trabalho que envolva todas as redes do adolescente, criar condições que evitem situações de risco. A ideologia do medo se transfigura no medo da perda do controle da situação. É preciso buscar a autonomia, potencializando uma rede de ajuda a partir dos recursos existentes na própria comunidade. Buscar a força da cooperação e efetividade das ações coletivas. Esta é a nova perspectiva de abordagem do problema, que pretende ajudar o professor a rever seu papel neste processo enquanto promotor da saúde. Sendo assim, a escola assume função importante na aquisição das habilidades para o desempenho na vida societária. Destacamos aqui a noção de alteridade, ou seja, de reconhecimento e respeito às necessidades do outro, a ética das relações, a convivência com as diferenças.

5- O protagonismo juvenil na escola

O ponto de partida para toda e qualquer ação educativa relativa à população juvenil refere-se ao resgate do adolescente enquanto sujeito transformador. Os jovens precisam encontrar espaços de participação na família e na escola para assumirem o protagonismo de sua história e de seu futuro na sociedade. Na escola, o adolescente tem oportunidade de viver experiências com novas figuras de autoridade, bem como com o grupo de pares. A educação do importante contingente populacional formado pela juventude brasileira é, sem dúvida, o maior desafio que se coloca para as políticas sociais neste início de milênio.

Somente um trabalho conjunto entre a escola, a família e demais

instituições responsáveis pela proteção à infância e adolescência permitirá o pleno alcance desta meta que é prioritária no atual cenário brasileiro. Os adolescentes deixarão de representar apenas quantidade para se tornarem verdadeiros protagonistas do desenvolvimento social somente se tiverem acesso à educação que compreende tanto uma completa formação como a plena escolarização. A sociedade começa na escola (PAIN, J. 1995) Situamos a escola como a instituição de vanguarda neste processo, uma vez que, juntamente com a família desempenha papel decisivo no processo de formação destes adolescentes enquanto sujeitos plenos, capazes de exercitar seus direitos e corresponder com seus deveres na sociedade brasileira que os integra como cidadãos. A escola constitui referencial estruturante nesta fase importante da formação da personalidade que é a adolescência e, por este motivo, deve contemplar em seu projeto pedagógico atividades que promovam o amadurecimento do jovem. Cabe, pois, à escola, além das ações específicas da escolarização, assumir seu papel de instância formadora e de preciosa influência sobre a pessoa do adolescente em desenvolvimento.

6- Fatores de Risco e de Proteção Associados ao Uso de Drogas na Adolescência

Fatores de risco para o uso de drogas são características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social que contribuem, em maior ou menor grau, para aumentar a probabilidade deste uso. Não existe um fator único determinante do uso. Assim, para cada compartimento da vida (denominado de domínios da vida) há fatores de risco ou não, além de fatores protetores do uso. Entendem-se como domínios da vida: o individual, grupo de pares, familiar, o comunitário, o domínio escolar. Assim, os fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos

os domínios da vida adolescente: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental. É importante notar que tais fatores de risco não ocorrem de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade e consequente variabilidade de influência. É importante salientar, portanto, que se existem fatores de risco atuantes em cada um dos domínios citados, estes últimos também possuem os seus fatores específicos de proteção. A combinação dos fatores de riscos nestes diversos níveis vai tornar uma pessoa mais ou menos predisponente a se envolver com droga. Há de se considerar que as ações preventivas propostas para minimizar os comportamentos de risco ao envolvimento com drogas estão fundamentadas no desenvolver da **autonomia responsável dos educandos**, crianças e adolescentes, sendo esta uma tarefa a ser assumida e desempenhada por diferentes instâncias da sociedade, entre as quais, a escola, que neste contexto, ocupa lugar privilegiado. Destacamos como fatores protetivos pessoais o desenvolvimento de **competências psicossociais do adolescente**, tais como: gestão de emoções, tomadas de decisão, comunicação, auto-estima. A proposta da Escola em Rede confere especial importância à avaliação de situações de risco e de proteção nos diferentes contextos de vida do educando (família, escola, amigos, comunidade), formando os educadores para a identificação dos mesmos, através de instrumentos originais tais como: mapa das redes sociais, termômetro de risco e proteção. A escola constitui um contexto ao mesmo tempo de proteção e de risco. Destacamos os seguintes aspectos como fatores protetivos que podem ser mobilizados no contexto escolar:

- definição, comunicação e negociação de normas, regras e limites;

- coerência e congruência dos educadores na aplicação de normas e regras escolares;
- relação de respeito mútuo, compromisso e cooperação entre educadores;
- relações amistosas e de cooperação entre a família e a escola;
- pertencimento à escola;
- motivação pelas atividades escolares;
- verbalização das expectativas positivas com relação ao desempenho dos alunos;
- práticas criativas e estimulantes de aproximação entre alunos, escola, pais e a comunidade;
- vínculos afetivos e de confiança entre alunos e professores e no ambiente escolar;
- relações professor-aluno baseadas no respeito mútuo (autoritarismo / permissividade);
- presença e afetividade e confiança no ambiente escolar;
- estímulo e exercício dos princípios da cooperação e da solidariedade;
- controle da presença de drogas;
- postura crítica e reflexiva quanto ao uso de drogas.

7- Redes protetivas no território educacional para acolhimento de adolescentes em situação de risco pelo envolvimento com drogas

Na proposta da Escola em Rede, a intervenção amplia-se para o território educativo, os educadores são convidados a propor novas formas de agir mesmo quando fatores de risco ultrapassam os muros da escola e, em especial, evitar a exclusão dos adolescentes usuários de drogas, resgatando o papel ativo da escola enquanto parte integrante da rede social

de proteção. Os educadores são preparados para uma melhor abordagem das situações de risco pelo envolvimento com as drogas apresentadas no cotidiano escolar mas que ultrapassam os muros da escola. Por sua vez, a fronteira entre a responsabilidade do aluno, da família e escola é delicada e ideal seria que todos os contextos de socialização dos alunos pudessem atuar de forma articulada e em complementaridade. Segundo o ECA, é dever de todos zelar pela dignidade do jovem, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano ou violência. É preciso sempre buscar medidas específicas de proteção. Os valores de cidadania e saúde só são resgatados na medida em que se envolve a comunidade como um todo. Um trabalho de inclusão social só é realizado quando se encontram novos padrões agregados às redes naturais das pessoas e dos grupos, sendo a escola também fortalecida enquanto instituição. Existe no ECA, capítulo relativo às medidas de proteção específicas, (art.101- inciso VI) para a proteção de adolescentes envolvidos com substâncias psicotrópicas, remetendo-os juntamente com seus familiares, para serviços especializados de saúde. Neste ponto, a rede da escola com os serviços de atenção aos adolescentes, programas de Saúde da família e também com CapSi (Centros de atenção psicossocial para crianças e adolescentes) são fundamentais. Precisamos atuar sobre a adolescência atual de uma forma mais inclusiva. Neste sentido, capacitar os professores para atuarem enquanto promotores da saúde e pensar na escola enquanto contexto de proteção é de importância primordial a fim de que se rompa este ciclo: uso de drogas – exclusão – violência. Olhar esta equação de forma linear não faz sentido. A juventude têm importante função e protagonismo na promoção de mudanças culturais, pois nada muda se a juventude for sacrificada. A escola precisa estar aberta para essas mudanças e tem uma posição privilegiada como porta-voz da juventude com quem dialoga no

seu cotidiano.

Apostamos nos laços sociais e devemos insistir em recriá-los, mesmo quando somos alimentados continuamente pela violência de nossa atualidade. Sabemos que a violência se expande em contextos e comunidades em que impera a lei do silêncio e do isolamento entre as pessoas. O medo se amplifica quando estamos sós e sem ter com quem contar. A paralisia se instala quando nos vemos isolados, sem uma rede de apoio, seja ela familiar, profissional, comunitária no mantém vivos e menos solitários. A vida é um exercício constante de reconstrução. A transitoriedade do belo não implica a perda de seu valor, e é justamente dessa fragilidade que podemos extrair a preciosidade da vida. (DALBOSCO e SUDBRACK, 2015). O ECA veio a auxiliar na mudança das visões absolutistas da adolescência, ao introduzir dimensões pluralistas e de caráter mais socialmente comprometido sobre esta fase da vida. O ECA exige um tratamento diferenciado para as crianças e adolescentes que, afinal, de "marginais" e "desviantes" passaram a ser vistos como seres em formação, em desenvolvimento e que também demandam cuidado. Portanto, ao invés de serem retaliados, excluídos pela sociedade de forma a determinar que seus destinos já estejam selados, o ECA introduz uma mudança de perspectiva: esses adolescentes precisam ser protegidos. Ficam assim, preservados os seus direitos e garantias fundamentais. A família enquanto o primeiro socializador, também tem de oferecer um ambiente sadio e ético, promovendo a construção da cidadania. Não cabe aqui analisar em que medida está sendo possível atingir esses objetivos, pela própria ineficácia na implantação de políticas públicas que integrem, por exemplo, a família à escola, mas é preciso ressaltar o quão significativa é esta mudança de perspectiva, consoante com o paradigma da proposta da Escola em Rede que encontra sua essência na política protetiva para

adolescentes em situação de risco pelo envolvimento com drogas: *a rede como linguagem dos vínculos*. (DABAS, NAJNAMOVICH, 1995)

8- Cursistas formam uma comunidade colaborativa virtual

O Curso é um importante espaço de socialização de experiências para educadores que refletem sobre si mesmos e sua forma de trabalhar, em geral, muito solitários. A proposta da *Escola em Rede* atinge, sobretudo os próprios educadores e temos esta premissa do trabalho coletivo desde o início, quando exigimos inscrição de pelo menos 5 (cinco) educadores de cada escola. No decorrer do curso, todos são convidados para uma relação compartilhada e democrática quanto ao que fazer diante de situações de natureza inacabada e, por isso, angustiantes; percorrem um diálogo reflexivo e dinâmico acerca das competências do ambiente escolar, de forma geral, e das competências profissionais, de forma singular; são mobilizados por seus próprios pares – educadores tutores que, com sensibilidade, atenção e cuidado, incitam o acolhimento do diferente, do que não tem solução definitiva – sempre a partir de sua própria trajetória profissional e da realidade territorial e comunitária de sua escola; debatem a (re)construção de saberes na intersubjetividade das comunicações e com a comunidade maior (mais ampla); repensam a formação de Redes nas relações, e seu papel nessa construção.

Considerações finais

A proposta da *Escola em Rede* revelou sua efetividade pela crescente demanda e satisfação dos educadores ao receberem a formação que ela fundamenta para a prevenção do uso de drogas no cenário das políticas públicas de prevenção. Podemos constatar, no decorrer de uma

década de experiência de aplicação desta proposta, o seu potencial na mobilização dos educadores como atores conscientes de seu protagonismo na implementação da política de prevenção do uso de drogas na escola. A qualidade da participação dos educadores-cursistas concluintes, que investem e se comprometem com o curso, superando tantas dificuldades de toda a ordem que permeiam o sistema escolar é um indicador da efetividade e da boa receptividade da proposta. Entendemos que a proposta da Escola em Rede encontra ressonância e sustentabilidade na medida em que os programas de governo nas diferentes esferas contemplem a territorialização da promoção de saúde na escola, a exemplo do PSE e da política da escola integral, entre outros.

Referências

- ABRAMD. VI CONGRESSO INTERNACIONAL da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas **Anais...** Belo Horizonte, 2017, disponível em www.abramd.org
- BORDET, J. e GUITON, P. **Adolescence et ideal democratique- accueillir les jeunes des quartiers populaires**. Edition in Press, Paris, 2014
- BORGES, J. S. **Redes Sociais e Fatores de Risco e Proteção para o envolvimento com drogas na adolescência**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura- Instituto de Psicologia . Universidade de Brasília. Brasília, 2006.
- BRASIL, Ministério da Educação. **A escola na rede de cuidados para a prevenção do uso de drogas**. Salto para o Futuro, [S.l.], Ano 33, Boletim 23, nov. 2013.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Curso de pre-**

venção do uso de drogas para educadores de escolas públicas.

Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre, 2012.

COLLE, F.X. **Toxicomanias, Sistemas e Famílias-** onde as drogas encontram as emoções. Lisboa, 1995

DABAS, E. e NAJNAMOVICH , D. **Redes- el language de los Vínculos,** Buenos Aires, Paidos ,1995

DALBOSCO, C. **Representações sociais de educadores de escolas públicas sobre situações-problema relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.** 2011. 212 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

DALBOSCO,C. E SUDBRACK, M.F.O. **Prevenção ao Uso de Drogas. A Escola na Rede de Cuidados** **Boletim 23 Salto para o Futuro**, MEC, 2015.

ELKAIN, M. (org.) **Teoria e Prática de Redes.** Buenos Aires, Ed. Paidós, 1990

FUKS, S. **Como um puente sobre aguas turbulentas-** la experiencia del Centro de Assistencia a la Comunidad (CeAC). Rosário, UNR, Argentina, 2015.

MORIN,E. **L'Éthique de l'Éthique** (t.6- la Méthode), Paris, Seuil, 2004

MORIN, E. **L'Humanité de l'Humanité:** (t.5- la Méthode) L'Identité Humaine, paris, Seuil, 2001

MORIN,E. **Os sete saberes para uma educação do futuro.** UNESCO

PAIN,J. **La société commence à l'école** , Matrix Ed., Paris, 1995.

PEREIRA, S.E.F.N **Redes sociais de adolescentes em contextos de vulnerabilidade social e sua relação com o envolvimento com o tráfico de drogas** . Tese de doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia . Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

- SAÍDON, O. El paradigma sistêmico como una nuova forma de pensar in DABAS, E. e NAJNAMOVICK, D. **Redes- el language de los vínculos**, Buenos Aires, Paidós, 1995 .
- SANTOS, J. B.; SUDBRACK, M. F. O.; ALMEIDA, M. M. Situações de Risco e Situações de Proteção nas Redes Sociais de Adolescentes. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Brasília, 2006.
- SEIDL, E. (org.) **Prevenção ao uso indevido de drogas :Diga SIM à vida** . Brasília, CEAD/UnB; SENAD/GSI/PR, 1999. 2v.
- SILVA, S. F. L. da. **Violência e drogas na escola e mediações: ótica dos educadores sociais de segurança pública**. 2011. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília 2011.
- SLUZKI, C. **A Rede Social na Prática Sistêmica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.
- SUDBRACK et all. Adolescente e Drogas no contexto da Justiça. Brasília, Plano Editora, 2003.
- SUDBRACK, M. F. O. Drogas, caos e complexidade. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Brasília, 2006.
- SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; RAMOS, E. C. Escola em rede: políticas públicas integradas na prevenção do uso de drogas para crianças e adolescentes. In: SENAD. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Brasília: SENAD, 2012a.
- SUDBRACK, M. F. O.; PEREIRA, S. E. N. F. Protagonismo dos grupos potenciais de adolescente. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre

drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre, 2012b.

SUDBRACK, M.F.O. (org.) **Prevenção ao uso indevido de drogas: Diga SIM à vida.** Volume 2- Brasília, CEAD/UnB; SENAD/GSI/PR, 2000.

SUDBRACK, M.F.O. et al. (orgs) **Drogas e transição de paradigmas: compartilhando saberes e construindo fazeres.** Technopolitik edit. Brasília, 2018 e-book publicado no site da ABRAMD- Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas – site www.abramd.org

SUDBRACK, M.F.O. et al. (org.) **A escola em Rede para a prevenção do uso de drogas: experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UnB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas, para a prevenção do uso de drogas (2004-2014).** Campinas, SP, Armazém do Ipê, 2015

VASCONCELOS, M. L. **Avaliação das redes sociais da escola: uma estratégia de prevenção do uso de drogas.** Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura- Instituto de Psicologia . Universidade de Brasília. Brasília, 2008.



7

Drogas e educação: a escola (real) e a prevenção (possível)¹

*Helena Maria Becker Albertani
Marcelo Sodelli*

Este capítulo tem por objetivo refletir sobre o papel social da escola e seu potencial enquanto contexto para a realização de ações preventivas ao uso indevido de álcool e outras drogas. Aborda alguns aspectos históricos destas ações, o papel do professor, o cenário brasileiro sobre a escola e os alunos e a aproximação do sentido de educar e de prevenir, além de apresentar estratégias para a redução de vulnerabilidades e o desenvolvimento da autonomia dos estudantes.

¹Texto publicado originalmente no livro: RONZANI, T.M.;SIVEIRA,P.S. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2014.

Introdução

Conclamei os líderes mundiais a prover educação gratuita para todas as crianças do mundo. 'Que possamos pegar nossos livros e canetas', eu disse. 'São as nossas armas mais poderosas. Uma criança, um professor, um livro e uma caneta podem mudar o mundo' (Yousafzai, 2013, p. 324)

Estas palavras poderiam ter sido ditas por um político demagogo ou por um educador visionário. Mas, na verdade, são parte do discurso feito na Assembléia das Nações Unidas em Nova York, por uma garota paquistanesa, em 12 de julho de 2013, dia em que completava 16 anos.

Alguns meses antes, Malala havia sido baleada pelos Talibãs ao voltar da escola, no vale do Swat, no Paquistão, por defender o direito das meninas à educação.

Sobrevivente da pobreza e de um tiro na cabeça, esta menina, cujo pai, um educador convicto, mantinha uma escola, é testemunha do significado do papel da escola e dos professores no mundo contemporâneo.

Mudar o mundo – missão impossível, mais ainda para uma única instituição. Mas é, principalmente, por meio da escola (ou deveria ser) que as pessoas aprendem a se integrar à sociedade de uma forma crítica ou a se acomodar à realidade passivamente. Muito depende da forma como é desenvolvida a educação para que os indivíduos sejam conscientes de seu papel no mundo e desenvolvam os meios para construir suas vidas sob uma nova ótica de convivência humana justa e igualitária. Pensar sobre isso pode ser um bom começo para fazer o trabalho escolar e começar a transformar a realidade.

De acordo com o educador Paulo Freire (2000, p. 44):

O educador progressista, capaz e sério, não apenas deve ensinar muito bem sua disciplina, mas desafiar o educando a pensar criticamente a realidade social, política e histórica em que é uma presença. (...) Não pode silenciar em face do discurso que diz da impossibilidade de mudar o mundo.

Embora a escola, como instituição, tenha suas origens em meados do século XVIII, a concepção da educação escolar como um direito universal é relativamente recente. Foi apontada na Declaração Universal dos Direitos Humanos proclamada em 1948 e tornou-se uma luta atual e necessária. “A escola, instituição de portas estreitas, foi tendo suas portas ampliadas: mulheres, filhos e filhas de operários e camponeses, de todas as religiões, etnias” (SCHILLING, 2004, p. 68).

Mesmo antes da organização de instituições especificamente destinadas à educação – as escolas –, o papel cultural de transmissão e construção de conhecimentos sempre foi, ao longo da história, acompanhado de um papel político, que hoje significa não apenas ensinar sobre os direitos humanos, mas vivenciá-los.

A educação, materializada na escola, é um dos direitos humanos fundamentais para a realização de uma série de outros direitos humanos. Quem, senão a prática educativa nas escolas, pode realizar de maneira intensa o direito humano que nos diz que toda pessoa tem o direito de participar livremente da vida cultural da comunidade, de fruir as artes e de fazer parte do progresso científico e de seus benefícios? (SCHILLING, 2004, p. 69)

A responsabilidade pelo desenvolvimento das crianças e

adolescentes, muito além dos conteúdos de ensino-aprendizagem tradicionais, mostra-se como um trabalho mais árduo para os educadores quando nos deparamos com as dificuldades que vivenciamos dentro de muitas das nossas escolas reais: prédios precários, falta de equipamentos adequados, superlotação das salas de aula, poucos estímulos aos professores, deficiências na organização pedagógica, entre outras.

Ressalta-se que consideramos as características dos alunos, suas necessidades e dificuldades, suas carências e desejos, não como problemas e sim como a matéria prima da educação, o ponto de partida para a construção do conhecimento e do desenvolvimento humano.

A visão crítica que se almeja desenvolver nos alunos para que participem da mudança do mundo deve começar por nós mesmos, educadores, revisando e reconstruindo o ambiente em que se faz a educação – a própria escola –, e buscando meios para superar nossas lacunas de formação, nossas dificuldades de realização e nossas frustrações, para construir também nossa própria vida realizadora.

O trabalho preventivo ao uso nocivo e à dependência de drogas se insere nesta perspectiva da escola como parte de um mundo mais amplo. A participação ativa dos estudantes na vida escolar é condição para que tenham disposição e se preparem para escolher seu modo de viver e atuar no mundo, transformando-o no que tem de desigual e injusto.

O pensador americano, escritor e defensor dos direitos humanos, especialmente nas questões raciais, James Baldwin (1963, p. 01), afirma em um discurso para professores:

O paradoxo da educação é precisamente este – quando alguém começa a se tornar consciente, começa a criticar a sociedade na qual está sendo educado. O propósito da educação, afinal, é criar na pessoa a habilidade de olhar o mundo por si mesma, tomar suas próprias decisões (tradução nossa)².

À medida que as pressões do mundo contemporâneo vão se fazendo sentir, o papel do professor expande-se e assume novos problemas e requisitos, sem deixar de lado seus papéis anteriores e, segundo Hargreaves (1998, p. 04), “as inovações multiplicam-se à medida que a mudança acelera, criando sentimentos de sobrecarga entre os professores e os diretores de escola que são responsáveis pela sua implantação”.

Embora a complexidade aumente, o exercício do papel formador não é precisamente um acréscimo ao desempenho da função docente, é inerente a ela. O que muda são as concepções, objetivos e práticas com que ela é construída. São estes fatores que indicam o tipo de pessoas que queremos favorecer, pois não existe neutralidade no trabalho educativo.

Formar pessoas capazes de participar da sociedade com autonomia e responsabilidade, na perspectiva dos direitos humanos, inclui a reflexão sobre todos os temas culturais e sociais dentre os quais aqueles relacionados ao uso de drogas.

A primeira concretização dos direitos dos educandos é o desenvolvimento de uma educação de qualidade na escola. As opções relacionadas ao conteúdo de ensino, à metodologia, ao desenvolvimento de habilidades e valores e às relações humanas constituem as definições básicas dessa qualidade.

²*The paradox of education is precisely this - that as one begins to become conscious one begins to examine the society in which he is being educated. The purpose of education, finally, is to create in a person the ability to look at the world for himself, to make his own decisions.*”

Por esta razão, a escola precisa definir e colocar em prática seu Projeto Político Pedagógico, de forma coletiva, refletida, realista e aberta.

Os comportamentos dos alunos diante da vida, da sociedade, da convivência, da vida familiar, do mundo do trabalho, da saúde, do uso de drogas, da ética e dos valores estão claramente relacionados à forma como vivenciaram o trabalho escolar. Diante disso, o que de melhor temos a fazer é desenvolver nossa consciência crítica, nossos conhecimentos e nossas metodologias para encarar de forma responsável e eficaz o nosso papel de educadores. (ALBERTANI, 2011, p. 638)

Trabalhar com a prevenção ao uso indevido de drogas faz parte deste contexto. Não se trata de negar, impedir ou autorizar o consumo de álcool, tabaco ou outras substâncias, mas de proporcionar a reflexão para que os alunos tenham possibilidade de tomar decisões lúcidas e conscientes e agir, não por medo ou pressão, mas para buscar formas realizadoras de vida.

Origens e histórico da prevenção na escola

Embora a preocupação com o uso de drogas não seja recente em nossa sociedade, podemos observar que esta questão só se intensificou na escola depois de 1981, com o advento do HIV/Aids (TAVARES-DE-LIMA, 2003). Até este período, o que existia, no Brasil, eram projetos isolados, meramente informativos e moralistas, realizados por profissionais que não pertenciam à rede escolar. Salienta Bucher (1992) que não havia programas solidamente instituídos, mas ações esparsas e descontínuas de prevenção, que não só refletiam o descaso do Estado, mas até os equívocos

e o desânimo das instituições públicas para tratar do tema.

Com o surgimento do HIV/Aids, podemos perceber nitidamente um desenvolvimento significativo na área da educação preventiva no Brasil, principalmente a partir de 1985, quando se criou a Coordenação Nacional de DST/Aids (CN-DST / Aids)³, do Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo, diversas organizações internacionais passaram a financiar projetos na área de prevenção do HIV relacionados ao uso de drogas, entre elas o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), o Banco Mundial, os governos da Alemanha, França e Japão, o *Centre for Disease Control* (CDC), a Comunidade Europeia e a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

A escola começa, então, a ser compreendida como um espaço importante para o trabalho preventivo. Como afirma o Ministério da Educação (BRASIL, 1997, p. 06):

Devido ao tempo de permanência dos jovens nas escolas e às oportunidades de trocas, convívio social e relacionamentos amorosos, a escola não pode se omitir frente à relevância dessas questões (aids e drogas), constituindo-se em local privilegiado para a abordagem da prevenção à AIDS e uso indevido de drogas.

Outro fato de extrema importância sobre a relação entre a prevenção ao uso de drogas e o HIV/Aids diz respeito à gradual mudança que vem ocorrendo na valorização quanto à gravidade do uso de drogas. Antes do surgimento da Aids, para muitos profissionais da área de prevenção, qualquer uso de drogas (experimental, eventual, habitual ou dependente) já era considerado, *a priori*, um grave problema,

³Atualmente conhecido como Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DCCI/SVS/MS

principalmente, o uso de drogas injetáveis. Esta postura estava fortemente influenciada pelo modelo da “Intolerância e da Guerra Contra as Drogas”. Entretanto, o aparecimento da Aids e sua devastadora consequência na saúde mundial fizeram com que muitos profissionais repensassem sua posição diante da relativa gravidade do uso de drogas. Ou seja, um problema é a pessoa usar drogas e estar sujeita aos possíveis danos deste uso (uso nocivo, dependência etc.); outro problema ainda maior é usar drogas e estar sujeito a se contaminar por uma doença fatal. Em decorrência dessa reflexão, muitos profissionais da área de prevenção começaram a aceitar metas diferentes para a prevenção ao uso nocivo de drogas, não se limitando à da abstinência propriamente dita (CANOLETTI; SOARES, 2005).

Não podemos afirmar, no entanto, que os projetos preventivos realizados atualmente nas escolas enfoquem a prevenção ao uso nocivo de drogas livre da influência do olhar repressor e proibicionista. Como afirmam Soares e Jacobi (2000), a história brasileira dos programas de prevenção ao uso de drogas mostra nítida aderência à abordagem da “Intolerância e da Guerra às Drogas”.

Perspectivas da prevenção na escola

O professor é, geralmente, formado para trabalhar, com o aluno, *o não uso de drogas*, já que a possibilidade de aceitação do uso é compreendida, no máximo, como uma estratégia momentânea. Esta abordagem tem como objetivo a preconização da abstinência ao uso de drogas como a melhor alternativa para o trabalho preventivo. Pretende interferir, fundamentalmente, na redução da demanda do uso de drogas, desestimulando e diminuindo o consumo, procurando meios de manter os

indivíduos na abstinência.

Balizado nestes princípios, este modelo leva o professor a criar uma expectativa de que, com o avanço do conhecimento e da técnica, teríamos, num futuro próximo, informações suficientes para formamos nossos alunos para que nunca experimentem ou usem drogas ou, em outros termos, postula que um dia conseguiremos, com o trabalho preventivo, acabar totalmente com o uso de drogas.

Torna-se claro que esse modelo preventivo se aproxima mais da pedagogia do controle, a qual pretende ditar quais são os comportamentos corretos, seguros e desejados que, em relação ao uso de drogas, se resumiriam na completa abstinência (SODELLI, 2011).

Se nos basearmos no principal objetivo da pedagogia do controle (promover a abstinência), poderemos avaliar que o professor recebeu uma função bastante relevante, uma vez que lhe são atribuídas várias responsabilidades, competências e habilidades. O grau de exigência para realizar o trabalho preventivo do modo como é almejado por esta pedagogia é elevado e, em nossa compreensão, se torna uma missão impossível, fadada ao fracasso (SODELLI, 2010).

Este modo de conceber a função de ser professor não é exclusivo e original da área da educação preventiva. Na verdade, esses tipos de competências e habilidades desejadas para a execução de um projeto preventivo já são influenciados por uma visão idealizada do professor que, como aponta Gordon (2003), vem sendo construída com fundamento nos “mitos do bom professor”. Entre eles, destacamos:

Bons professores são sempre calmos, sempre equilibrados. Nunca perdem a calma, nunca mostram emoções fortes; bons professores não têm preconceitos; bons professores podem e devem esconder seus sentimentos de seus alunos bons professores são consistentes. Eles nunca apresentam variações de humor ou mostram parcialidade, jamais esquecem, têm altos e baixos ou cometem erros; bons professores conhecem todas as respostas; bons professores apoiam-se uns nos outros, apresentando uma posição única para os estudantes, independentemente de seus sentimentos pessoais, valores ou convicções. (GORDON, 2003, p. 24)

Como explica Almeida (2002), formar o professor tendo por base estes mitos é contribuir para que sua atuação profissional seja impessoal, superficial, inautêntica e sem espontaneidade. Partindo do pressuposto de que bons relacionamentos são condições de aprendizagem, alerta a autora, devemos nos empenhar em formar professores diferentes do que preconiza “o mito do bom professor”, ou seja, professores que atuem sem máscara, mais humanos e acessíveis.

É interessante notar que, em vez de se configurar como uma real possibilidade de aproximação entre o professor e o aluno, revelando-se como uma nova via de contato afetivo, os projetos preventivos ao uso nocivo de drogas que são influenciados pelo “mito do bom professor”, ao que parece, acabam criando o clima inverso, um ambiente estéril e distante.

Como nos ensina Almeida (2002), ninguém promove a aprendizagem de conteúdos que não domina, nem a constituição de significados que não possui, ou a autonomia que não teve oportunidade de construir.

Cenário brasileiro sobre a escola (real) e os estudantes

A frequência à escola, definida pela Constituição Brasileira de 1988, é obrigatória dos 6 aos 14 anos, na etapa dos nove anos do ensino fundamental. Se considerarmos o ensino básico que vai da educação infantil ao ensino médio, mais da quarta parte da população do país está dentro da escola.

Apesar dos problemas que nossa educação enfrenta na sua organização e no seu trabalho cotidiano, a universalização da inclusão na escola é uma realidade:

No Brasil, o acesso à escola é de 97,4% para a população de 6 a 14 anos e de 87,7% na faixa etária de 15 e 19 anos de idade, independentemente da classe de rendimento mensal (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2011, 2012). Portanto, a escola constitui-se como importante locus no monitoramento da saúde do escolar. (BRASIL, 2013, p. 26)

A simples constatação desses números mostra a responsabilidade da escola. Para ser fiel a seu papel formador e atender a todo este contingente de pessoas, durante vários anos de suas vidas, não basta ensinar conteúdos de disciplinas fragmentadas. É necessário incluir no processo pedagógico, de forma planejada e eficiente, ações voltadas para o desenvolvimento de alunos conscientes de sua realidade pessoal e social e preparados para fazer escolhas éticas, saudáveis e realizadoras ao longo da vida.

A inclusão da prevenção ao uso indevido de drogas no trabalho educacional exige, inicialmente, o nosso autorreconhecimento como pessoas e como profissionais diante da questão das drogas e a procura pelo

conhecimento tanto do assunto, de forma fundamentada, como da realidade dos alunos e de suas condições sociais.

Para avaliar os riscos e os danos à saúde que o uso de drogas pode acarretar, é preciso ter uma visão sistêmica da questão, ou seja, considerar todos os componentes do processo e suas interações e relações. Em resumo, as interações entre a pessoa, a droga e a sociedade.

Um projeto de prevenção deve ter como base o conhecimento dessas três dimensões e das nossas possibilidades de atuação em cada uma delas, de forma sistêmica e integrada.

No caso da escola, precisamos saber quem são os alunos com os quais vamos trabalhar, quais suas características, hábitos, possibilidades. É necessário levar em conta o ambiente em que vivem, a realidade das famílias, o ambiente escolar quanto à sua estrutura e quanto ao seu projeto político pedagógico, a comunidade a que pertencem, a sociedade em que estão inseridos – valores, políticas públicas, problemas, necessidades e perspectivas. Além disso, é necessário saber quais as drogas mais disponíveis, qual é a cultura e quais são as práticas sociais relacionadas ao uso de drogas no ambiente em que vamos atuar.

Considerando que o uso de drogas, problemático ou não, depende da interação desses três fatores (o indivíduo, a sociedade e a droga), é necessário que a prevenção inclua ações que, dinamicamente, interfiram em cada um deles.

Para isso, precisamos nos valer de estudos fundamentados cientificamente e que nos indiquem direções para o trabalho, sem preconceitos, fantasias e inverdades.

Pesquisadores têm feito estudos sérios e objetivos sobre as drogas, sua constituição, seus efeitos e os diferentes significados de seu uso. A aproximação dessas descobertas dará mais consistência ao nosso trabalho.

Vamos apresentar aqui alguns elementos sobre a realidade dos estudantes do nosso país, no que se refere à sua saúde, priorizando aspectos relacionados com o uso de drogas.

Os dados fazem parte da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, realizada, em 2012, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e pelo Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação (BRASIL, 2013)⁴.

Dela resultou uma publicação segundo a qual:

Espera-se ampliar o conhecimento sobre a saúde dos adolescentes e subsidiar as políticas públicas relativas a este grupo. A publicação apresenta os resultados da investigação sobre os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes, pesquisados entre escolares do 9º ano do ensino fundamental. (BRASIL, 2013, p. 23)

Esta segunda edição da pesquisa (a primeira foi em 2009) teve como base os alunos do 9º ano e contém dados do conjunto do País, das cinco regiões geográficas e dos municípios das capitais dos estados e do Distrito Federal. Incluiu cerca de 3.000 escolas e, aproximadamente, 110.000 estudantes.

A PeNSE 2009 abordou diversos temas e questões importantes para o conhecimento da saúde dos escolares, compreendendo: aspectos socioeconômicos; contextos social e familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; violência, segurança e acidentes; e

⁴ Caso tenha interesse em conhecer dados mais recentes da PeNSE 2015, acesse: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>

percepção da imagem corporal, entre outros aspectos. Em 2012, foram introduzidos novos temas e questões, como: trabalho entre escolares; hábitos de higiene; saúde mental; uso de serviços de saúde; e prevalência de asma, entre outros. (BRASIL, 2013, p. 27)

O 9º ano do ensino fundamental é um momento bastante significativo da escolaridade, por ser a última série de frequência obrigatória e ser representativa da adolescência, por incluir, predominantemente, a faixa etária de 14 e 15 anos.

De acordo com a PENSE, temos no Brasil mais de 3.150.000 alunos matriculados nesta série, sendo 83% em escolas públicas e 17% em escolas privadas.

Quase 90% das escolas, de ambos os sistemas, têm sala de informática e biblioteca, além de salas com recursos multimídias (cerca de 60%) e acesso à internet (84%) (BRASIL, 2013).

A atividade física também é objeto de várias políticas de promoção à vida saudável e tem na escola um importante ponto de apoio e disseminação. A PENSE 2012 levantou a disponibilidade de alguns espaços e equipamentos destinados para a prática de esportes e atividade física. Dentre esses recursos, destaca-se a quadra de esportes, disponível para 79,4% dos escolares, sendo em uma proporção maior na rede privada (93,4%) do que na pública (76,4%). O pátio da escola é utilizado para a atividade física, com instrutor, para 52,2% dos escolares, numa proporção de 59,7% na rede privada e 50,6% na rede pública. (BRASIL, 2013, p. 41)

Destacamos abaixo alguns resultados desta pesquisa (BRASIL, 2013), que mais se relacionam com o tema da educação para a saúde e com a prevenção do uso indevido de drogas:

1. O sedentarismo é bastante comum entre os estudantes. Quase 80% deles assistem 2 horas ou mais de televisão nos dias normais e apenas um em cada cinco tem uma atividade física mais intensa.

2. A maioria dos estudantes tem uma alimentação que inclui feijão, leite e frutas frescas (alimentos valiosos do ponto de vista nutricional), mas 2/3 deles consomem refrigerante e guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes) de três a sete dias por semana.

3. Um em cada cinco alunos do 9º ano já experimentou cigarro. Este índice é menor no Nordeste e maior entre os estudantes da região Sul.

4. A ingestão de bebidas alcoólicas, pelo menos uma vez na vida, foi feita por 66% dos alunos e 21,8% deles já ficaram embriagados. Além disso, cerca de 10% dos adolescentes desta série de ensino tiveram problemas com a família ou colegas, perderam aula ou se envolveram em brigas em decorrência do consumo de álcool.

5. Dos alunos pesquisados, 7,3% já haviam usado alguma droga ilícita, sendo a maconha a mais frequente. A experimentação foi mais observada nas capitais da região Sul do que em outras cidades.

6. 28,7% dos estudantes do 9º ano declararam já ter tido relações sexuais, sendo o índice na região Norte um pouco maior do que nas demais.

Dos alunos que já tiveram relações sexuais, 75% usaram preservativos e a mesma porcentagem afirmou ter utilizado algum método para prevenção da gravidez.

7. Um terço dos alunos disse já ter sido humilhado ou sofrido provocações pelos colegas e 16,4% reconheceram que já se sentiram sozinhos, sendo a maioria meninas.

8. A quarta parte admitiu já ter dirigido veículo motorizado (sendo a faixa etária pesquisada mais comum entre 13 e 15 anos) e cerca de 23% foram conduzidos recentemente por pessoas que haviam consumido bebida alcoólica.

9. Quanto à imagem corporal, a maioria dos alunos (65%) declarou se perceber normal, 22% se percebem “magro ou muito magro” e 13% “gordo ou muito gordo”.

10. A procura por um serviço ou profissional de saúde foi realizada por menos da metade dos estudantes (48%) nos últimos 12 meses.

Quanto à experimentação e consumo de drogas pelos estudantes, outras pesquisas têm revelado índices semelhantes ao PeNSE. O VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes, realizado em 2010 nas 27 capitais brasileiras, incluiu alunos de ensino médio e fundamental (a partir do 6º ano) na faixa etária dos 11 aos 19 anos, com predomínio dos 13 aos 15 anos (CARLINI et al., 2010).

O estudo revelou que entre os estudantes das capitais brasileiras a experimentação de álcool atinge 60,5% dos alunos e a de tabaco 16,9%

deles. Entre as drogas ilícitas, o maior índice se refere aos solventes/inalantes cujo uso ao menos uma vez na vida foi de 8,7%, seguido de maconha com 5,7% e pelos remédios ansiolíticos sem receita médica, com 5,3%. As demais drogas experimentadas, alguma vez na vida, pelos alunos pesquisados neste Levantamento (CARLINI et al., 2010) foram cocaína (2,5%), anfetaminas (2,2%), Êxtase (1,3%), esteroides anabolizantes (1,4%), LSD (1,0%) e *crack* (0,6%).

Tanto na experimentação como na continuidade do uso, os índices aumentam de acordo com a idade, sendo mais frequentes a partir dos 16 anos. Mas existem também usos desde a faixa etária entre 10 e 12 anos (CARLINI et al., 2010).

A identificação das drogas mais utilizadas pelos estudantes nos indica quais devem ser nossas prioridades no trabalho de prevenção. Considerando a realidade dos comportamentos dos adolescentes, o uso indevido e precoce de álcool e tabaco deve assumir o centro da nossa preocupação. Os inalantes, muitas vezes ignorados nos projetos educacionais, são, como vimos, a terceira droga mais consumida pelos adolescentes e seus riscos não são desprezíveis. A constatação da evolução do uso de drogas, intensificado nas séries finais da educação básica, indica a importância de inserir a prevenção ao longo da escolaridade e não apenas quando o consumo já foi realizado ou já está instalado.

Outro aspecto a considerar é a importância de integrar as questões relativas ao uso de drogas com as várias dimensões da saúde e da vida das crianças e adolescentes, como os cuidados com o próprio corpo, a alimentação, a atividade física, a sexualidade, as relações sociais.

Questões de ordem pessoal, como sentir-se sozinho, ter atritos com outras pessoas, perceber a necessidade de mudanças corporais, assim como o ambiente familiar, escolar e comunitário são fatores fundamentais

que podem interferir nas decisões sobre o uso de drogas e são, portanto, partes integrantes de um projeto de prevenção eficiente.

Sentido de educar e sentido de prevenir

Um dos aspectos que muitas vezes é negligenciado na área de educação preventiva refere-se à aproximação entre o “sentido de educar” e o “sentido de prevenir”. Se olharmos para o histórico da prevenção que tem sido feita no âmbito escolar perceberemos que geralmente os trabalhos preventivos foram realizados por profissionais que não atuam na educação (médicos, psicólogos, policiais). Isso pode levar o educador a entender que a função preventiva não faz parte da função educativa.

A prevenção, em geral, apresentada sob a ótica da pedagogia do controle, aquela que busca vigiar, controlar e punir, aumenta a dificuldade do educador de incorporar a função preventiva ao seu trabalho, já que esta é vista não como pertencente à área da educação, mas sim, como pertencente à área de saúde. Não é por acaso que algumas pesquisas (PLACCO et al., 2004; SODELLI, 2011) mostram que o professor entende a prevenção como algo imposto, ou seja, uma tarefa que não faria parte da sua função. Torna-se claro que o “sentido de prevenir” na pedagogia do controle, pautada na abordagem proibicionista, se distancia do “sentido de educar”, qual seja, formar cidadãos críticos, autônomos e responsáveis por si mesmos.

Aqui, “sentido” representa, por um lado, uma direção para a qual estamos indo, um ponto ao qual queremos chegar, um destino, um rumo e, por outro lado, o modo como nos direcionamos para este horizonte, o modo como nos sentimos nesta direção (SODELLI; TEODORO-SODELLI, 2011).

Quando perguntamos sobre o sentido de educar, não estamos somente questionando para qual direção a educação está indo, mas também de que modo ela está indo para esta direção. Ao perguntarmos sobre o *sentido*, indicamos preocupação tanto com o *como* fazer, quanto com o *para quê* fazer. Na prática docente, isto se traduz na crítica ao puro uso da técnica, ou seja, seu uso “tecnicista”. Como esclarece Almeida (2005), apenas saber ensinar é diferente de garantir a construção do conhecimento pelo aluno, o aprender a aprender.

Ao relacionar o sentido de educar com o sentido de prevenir, estamos assumindo que os posicionamentos, as atitudes e as dificuldades do professor em relação ao trabalho de prevenção ao uso de risco e dependência de drogas na escola, dizem respeito não só ao modo como ele compreende o tema “drogas”, mas, fundamentalmente, ao modo como ele *cuida* da educação. Ou seja, a educação e a prevenção formam uma trama entrelaçada de significados, referente ao modo como o professor compreende o mundo, os outros e a si mesmo (SODELLI, 2012).

Próximo a essa ideia, Ayres, França Júnior, Calazans e Saletti Filho (2003, p. 136) assinalam que a intervenção preventiva deveria contribuir para que “as pessoas pudessem de fato buscar e se apropriar de informações que fizessem sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar as alternativas práticas que permitissem superar as situações que as vulnerabilizam”.

Torna-se cada vez mais clara a importância de formar o professor para o trabalho de prevenção ao uso de risco e dependência de drogas, aproximando o sentido de educar ao sentido de prevenir. Um ponto fundamental a considerar é que é o sentido de educar que abre a possibilidade da aproximação do sentido de prevenir e não o contrário.

Vulnerabilidade e prevenção

De acordo com Alves (1994), o termo vulnerabilidade é originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, e significa: grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção ou garantia de seus direitos de cidadania.

O quadro de vulnerabilidade poderia ser compreendido, na tarefa preventiva ao uso nocivo de drogas, da seguinte forma (SODELLI, 2013, p. 76):

Componente individual – a maior vulnerabilidade não deve ser entendida como uma decorrência imediata da ação voluntária dos indivíduos, grupos populacionais ou nações, mas sim, relacionada a condições objetivas do meio natural e social em que os comportamentos acontecem, ao grau de consciência que os indivíduos, grupos populacionais ou nações têm sobre esses comportamentos e ao poder de transformação que possuem, com base nessa consciência;

Componente social – diz respeito a aspectos de como se dá o acesso à informação pelos sujeitos ou grupos populacionais, bem como o acesso aos serviços de saúde e educação; a aspectos sociopolíticos e culturais relacionados a determinados segmentos populacionais, a saber, as mulheres, as crianças, os idosos, as populações indígenas, entre outros; o grau de liberdade de pensamento e expressão dos diferentes sujeitos;

Componente programático (político-institucional) – diz respeito a aspectos como financiamentos previstos para programas preventivos, a presença ou não de planejamento das ações, a possibilidade de formação de redes ou coalizão

interinstitucional para atuação, além do compromisso expresso das autoridades para tal.

A noção de vulnerabilidade não deve ser compreendida de maneira binária, unitária e estável. Isto quer dizer que, em uma mesma situação, estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros; o que pode nos deixar vulneráveis sob um aspecto, pode nos proteger sob outro; estamos sempre vulneráveis em diferentes graus e as dimensões e os graus de nossas vulnerabilidades mudam, constantemente, ao longo do tempo.

Sintetizam Ayres et al. (2003, p. 134): “portanto, as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma, e num certo ponto do tempo e espaço”.

Se nós entendermos que a vulnerabilidade não é algo estático e pontual, mas dinâmico e contínuo, projetos preventivos pontuais, meramente informativos, terão resultados limitados. Os principais objetivos da prática preventiva não deveriam ser apenas de alertar as pessoas sobre algum problema específico, “mas também para que, além disso, respondam de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis mesmo quando avisados individualmente” (AYRES et al., 2003, p. 135).

Quando nos apoiamos na noção da vulnerabilidade para desenvolver intervenções preventivas, estamos, na verdade, procurando ampliar os horizontes normativos que orientam esta ação, quer dizer, estamos buscando a subsunção do ideal de controle de uma doença (ou comportamento) para dialogar com interesses de natureza estética, emocional, moral, entre outros (AYRES FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS; SALETTIFILHO, 1999).

Ao dialogar com outros interesses, sem ser o do controle, o sentido

da prática preventiva se modifica, assim como o seu modo de dialogar. Portanto, não é o técnico (professor, psicólogo, médico etc.) que determinará como o sujeito–alvo (aluno, professor) deveria se prevenir, mas é o próprio sujeito, após intensa reflexão, que se colocará em questão, buscando formas e apoio para reduzir suas vulnerabilidades.

É nesse sentido que entendemos o entrelace da prevenção ao uso nocivo de drogas com a noção de vulnerabilidade e, mais especificamente, no âmbito escolar, na possibilidade da construção permanente de uma rede cuidadora entre o professor e o aluno.

A partir da noção de vulnerabilidade, fica claro que o trabalho preventivo deveria ter como objetivo reduzir vulnerabilidades ao uso nocivo de drogas, e não a pretensão de acabar com o uso destas substâncias. Reduzir vulnerabilidades está no horizonte do possível, enquanto que acabar está no horizonte do impossível.

Considerando a noção de vulnerabilidade, podemos indagar se não seria um dos sentidos mais próprios da prevenção a tentativa concreta de contribuir para o cuidar de si mesmo e também do outro.

Objetivos, metodologias e responsabilidades da prevenção na escola

Não é novidade o reconhecimento da escola como instituição privilegiada para desenvolver projetos de prevenção do uso de drogas.

Como vimos, ao longo da história esta tarefa foi assumindo diferentes caminhos e, ainda hoje, não existe um consenso sobre a melhor maneira de fazer prevenção. Mas existem evidências que nos apontam caminhos mais eficientes e dimensões necessárias para atingir os objetivos que queremos alcançar.

Sendo o papel da escola a formação de pessoas conscientes de si

próprias e de sua realidade no mundo para participar da sua construção, a prevenção do uso de drogas deve estar inserida nessa perspectiva.

Dentro dela não fazem sentido posturas baseadas no amedrontamento, nos apelos morais ou na simples informação sobre as drogas e seus perigos. A proibição e o controle, que caracterizam a “guerra às drogas”, já mostraram sua ineficácia.

O objetivo de um trabalho preventivo não é erradicar as drogas ou o seu uso. Elas fazem parte do nosso cotidiano e da vida das pessoas e a alternativa mais realista é aprender a conviver com elas, reduzindo as vulnerabilidades ao uso nocivo e fazendo escolhas que impliquem no menor risco possível de danos à saúde e à segurança das pessoas (ALBERTANI, 2011).

Na linha da redução de danos e riscos, o objetivo de um trabalho preventivo, seja na escola, no ambiente de trabalho ou em qualquer comunidade, é fundamentalmente, auxiliar as pessoas a, bem formadas e informadas, desenvolverem a sua capacidade de decisão para fazerem escolhas que, incluindo ou não o uso de alguma droga, favoreçam a sua saúde e segurança, ao longo da vida. (ALBERTANI, 2006, p. 13)

Considerar o uso de drogas como um ato de liberdade não significa que o consumo seja desejável ou que não tenha consequências. Um comportamento adotado conscientemente – por exemplo: adiar a experimentação de uma substância, controlar o uso de álcool, não usar medicamentos sem prescrição médica ou não experimentar determinadas drogas – será mais responsável e duradouro se for fruto de uma decisão refletida e fundamentada.

Para que isso seja possível, o trabalho de prevenção deve focar no desenvolvimento de condições para que os estudantes reduzam suas vulnerabilidades e aprendam a ser autônomos e assumir responsabilmente suas escolhas.

Toda prática educativa libertadora, valorizando o exercício da vontade, da decisão, da resistência, da escolha; o papel das emoções, dos sentimentos, dos desejos, dos limites; a importância da consciência na história, o sentido ético da presença humana no mundo, a compreensão da história como possibilidade jamais como determinação, é substancialmente esperançosa e, por isso mesmo, provocadora da esperança. (FREIRE, 2000, p. 48)

A capacidade de decisão responsável, tanto no que se refere ao uso de drogas como a qualquer ação, não é uma condição espontânea, mas construída por meio do processo educativo.

Por esta razão, um projeto preventivo que pretenda evitar que os estudantes tenham problemas relacionados ao uso nocivo de drogas precisa ser planejado, executado e avaliado com cuidado e com atenção a princípios norteadores muito claros. Entre eles, consideramos básicos (ALBERTANI, 2011):

- Planejamento que inclua representantes dos diferentes setores da comunidade escolar (professores, coordenadores, gestores, funcionários, pais, comunidade próxima e os próprios alunos);
- Desenvolvimento coletivo pelos educadores, integrado ao currículo da escola, às disciplinas de ensino e a todas as ações educativas; Realização de ações em longo prazo, com atividades específicas para as diferentes faixas etárias;

- Adequação à realidade cultural dos alunos, às suas características, necessidades, condições, perspectivas (incluindo hábitos e concepções relacionados ao uso de drogas presentes na comunidade onde a escola está inserida);
- Utilização de metodologias baseadas no diálogo, na participação ativa dos alunos, na reflexão e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais;
- Fundamentação em dados científicos sobre as drogas e seus usos e em experiências exitosas na área educacional e de prevenção.

De acordo com estes princípios, ações pontuais, campanhas ocasionais, palestras por pessoas de fora da escola são de pouca valia para o desenvolvimento das posturas que pretendemos incluir na prevenção. Diz Araújo (2003, p. 50) que:

Muitas vezes ancorada na ideia de que os profissionais que atuam na escola não têm a formação adequada para tratar dos temas transversais (entre eles o uso de drogas) na sala de aula, a escola recorre a profissionais especializados para seu oferecimento por meio de: disciplinas, palestras e desenvolvimento de projetos, desconectados das demais atividades curriculares das classes.

O autor aponta várias críticas a este modelo, sendo a mais explícita o fato dos conhecimentos serem vistos de forma fragmentada e compartimentalizada. O desenvolvimento de projetos coletivos, diz ele:

Permite articular os conhecimentos científicos e os saberes populares e cotidianos, propiciando condições para que os questionamentos científicos sejam

respondidos à luz da curiosidade dos alunos, de suas necessidades e dos interesses cotidianos; e colocar os sujeitos da educação no centro do processo educativo, na tentativa de responder aos problemas sociais. (ARAÚJO, 2003, p. 69)

O primeiro passo é, portanto, preparar os professores por meio de formações específicas sobre o assunto e proporcionar espaços de discussão e reflexão para a equipe escolar.

A perspectiva mais atualizada e efetiva para prevenir o uso nocivo de drogas pelos alunos é inserir o tema no Projeto Político Pedagógico da escola, como parte do processo educacional.

Para a concretização do trabalho, destacamos três focos de atuação que devem fazer parte do projeto de prevenção: a estrutura da escola, o desenvolvimento de habilidades e as ações explícitas sobre drogas e seus usos (ALBERTANI, 2011).

I- Estrutura da Escola: Muitos dos comportamentos e valores que adotamos ao longo da vida são construídos com base nas vivências na infância e na adolescência, etapas em que transcorrem relações familiares e sociais, grande parte delas, dentro da escola. Muitos depoimentos (ABRAMOVICH, 1997) revelam que uma palavra, um gesto ou uma atitude de um professor foram decisivos nas opções futuras. Ainda mais do que posturas individuais, a forma como a escola, no seu conjunto, se estrutura e monta seu projeto educacional e o coloca em prática, pode direcionar a vida dos estudantes, no presente e no futuro.

As características da instituição que contribuem para formar pessoas críticas, autônomas e responsáveis são, fundamentalmente: a postura acolhedora e afetiva que valoriza a cultura e as características dos

alunos, a concretização do diálogo e da participação dos estudantes na tomada de decisões, o estabelecimento de parâmetros claros e consistentes de comportamento e a construção de projetos pedagógicos de alto nível que demonstrem a crença nas possibilidades dos alunos (ALBERTANI, 2011).

Embora a família tenha um papel primordial no sentir-se valorizado e participativo para as crianças e os adolescentes, a vivência na escola pode ser, em alguns casos, a única alternativa para esta condição e para que o aluno acredite em si mesmo e descubra a possibilidade de reduzir suas vulnerabilidades e adotar comportamentos que minimizem riscos e danos a si mesmo e aos outros.

II- Desenvolvimento de habilidades (ações implícitas): Pesquisas sobre a eficiência de programas de prevenção feitas junto a estudantes mostram que as abordagens mais promissoras foram as que desenvolveram os fatores psicossociais (SCHINKE;BOTVIN; ORLANDI, 1991).

Os trabalhos baseados apenas no fornecimento de informações sobre as drogas podem aumentar o conhecimento sobre o assunto, mas não existe nenhuma evidência de que diminuam o consumo nem os riscos e problemas associados a ele. Por outro lado, experiências e estudos mostram que as abordagens focadas nas habilidades pessoais e sociais, não apenas contribuíram para a diminuição do uso de tabaco, álcool e outras drogas como podem ser mais eficientes porque têm impacto sobre vários tipos de comportamento ao mesmo tempo (SCHINKE et al., 1991).

Como vimos anteriormente, existem diferentes dimensões a serem trabalhadas para o desenvolvimento dos alunos. As pessoas que desenvolvem sua capacidade de reflexão e crítica, suas habilidades para

tomar decisões e resolver problemas, que fortalecem sua autopercepção positiva e seus vínculos afetivos, terão maiores possibilidades de aplicar estas aprendizagens em diferentes situações de vida: a escolaridade e a aprendizagem, a sexualidade, o uso de drogas, as relações familiares e com seus pares, a participação social e comunitária. Em decorrência disso, terão maiores chances de desenvolver um projeto de vida com autonomia e responsabilidade.

O trabalho com as habilidades constitui um pilar importante para a formação dos alunos e para a prevenção, mesmo que não faça referência direta ao uso de drogas. Sua eficácia será maior se for um trabalho planejado em etapas e com metodologias adequadas, fizer parte do projeto pedagógico da escola e for partilhado por todos os educadores, ao longo da escolaridade dos alunos.

III- Ações explícitas: Nos dois focos anteriores, a ênfase está no desenvolvimento dos alunos e no atendimento às necessidades do processo de formação. Incluem o ambiente escolar e as metodologias de ensino-aprendizagem, nas diferentes perspectivas do currículo.

Para completar um projeto de prevenção ao uso nocivo de drogas, é necessário acrescentar mais um elemento: a reflexão sobre as drogas e seus usos. Adotando a metodologia dialógica e participativa, esta face do trabalho inclui a discussão aberta sobre as concepções dos alunos sobre drogas, suas dúvidas, seus preconceitos e experiências. Trata-se de compreender os sentimentos, percepções e questões que os alunos têm sobre drogas e, com base nisso, fazê-los pensar, corrigir equívocos conceituais e preconceituosos, conhecer informações cientificamente comprovadas sobre as drogas, analisar criticamente posturas sociais e da mídia e descobrir formas pessoais de viver e agir diante de situações

relacionadas ao uso de drogas.

O objetivo deste foco do trabalho é dar elementos para que os alunos (que vivenciam um ambiente escolar acolhedor e participativo e estão desenvolvendo suas habilidades pessoais e sociais) tenham fundamentos teóricos e factuais para fazer suas escolhas.

A liberdade de tomar decisões só é verdadeira quando se sabe e se assume as consequências dos nossos atos. Não existe liberdade no vazio, sem circunstâncias e limites, posto que temos nossas condições pessoais, vivemos num mundo, num momento histórico e convivemos com outras pessoas.

Em uma reflexão sobre ética, dirigida a seu filho, o pensador Savater (1996, p. 92) escreve: “Creio que a primeira e indispensável condição ética é estar decidido a não viver de qualquer modo, estar convencido de que nem tudo dá na mesma”. E a seguir acrescenta que a chave para viver *humanamente* é:

Compreender porque certos comportamentos nos convêm e outros não, compreender para que serve a vida e o que pode torná-la “boa” para nós, seres humanos. Antes de tudo é preciso não se contentar em ser tido como bom, em ficar bem diante dos outros, e ser aprovado. Para isso, sem dúvida, será preciso (...) falar com os outros e escutá-los. Mas o esforço de tomar a decisão cada um precisa fazer por si: ninguém pode ser livre por você. (SAVATER, 1996, p. 92)

O sentido da prevenção, como vimos, identifica-se com o sentido da educação: interferir no ambiente escolar para torná-lo propício à formação de pessoas autônomas, criativas e responsáveis, desenvolver as possibilidades individuais e coletivas para o exercício da liberdade e

refletir sobre as próprias vulnerabilidades e sobre os fundamentos teóricos e práticos para tomar decisões favoráveis a uma vida saudável, segura, realizadora e feliz.

Referências

- ABRAMOVICH, F. (Org.). **Meu professor inesquecível**. São Paulo: Editora Gente, 1997.
- ALBERTANI, H. M. B. **Drogas e Prevenção**. São Paulo: Sindepol, 2006.
- ALBERTANI, H. M. B. Prevenção na escola: Um novo olhar, uma nova prática. In E. A. Silva, & D. Micheli (Orgs.), **Adolescência, uso e abuso de drogas: Uma visão integrativa** (pp. 637-656). São Paulo: Fap-Unifesp, 2011.
- ALMEIDA, L. Diretrizes para a formação de professores: Uma releitura. In L. R. Almeida, & V. M. N. S. Placco, **As relações interpessoais na formação de professores** (pp. 44-63). São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- ALMEIDA, L. R. A dimensão relacional no processo de formação docente. In E. B. G. Bruno, L. R. Almeida, & L. H. S. Christov, **O coordenador pedagógico e a formação docente** (6a ed., pp. 77-89). São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- ALVES, J. A. L. **Os Direitos Humanos como tema global**. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- ARAÚJO, U. F. **Temas Transversais e a Estratégia de Projetos**. São Paulo: Moderna, 2003.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. S.

Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In R. M. BARBOSA, & R. G. PARKER, **Sexualidade pelo avesso; direitos, identidade e poder** (pp. 49-72)., Rio de Janeiro, São Paulo: Editora 34, ims/uerj, 1999.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. S. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia (Org.), **Promoção da saúde: Conceitos, relexões, tendência** (pp. 117-138). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BALDWIN, J. A **Talk to Teachers [apresentado sob o título 'he Negro Child - His Self-Image']**. *he Saturday Review*, 42- 44 e 60, 1963, December 21.

BRASIL, Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Orientação sexual**. Brasília: MEC, 1997.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

BUCHER, R. **Drogas: o que é preciso saber para prevenir**. São Paulo: FUSSESP, 1992.

CANOLETTI, B., & SOARES, C. B. Drug consumption prevention programs in Brazil: analysis of the scientiic production from 1991 to 2001. **Interface - Comunicação, saúde, educação**, 9(16), 115-29, 2005.

CARLINI, E. A., NOTO, A. R., SANCHEZ, Z. V. M., CARLINI, C. M. A. ,et al.. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras - 2010**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, Senad, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação - cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2000.

- GORDON, T. **Teacher effectiveness training**. New York: Randon House, 2003.
- HARGREAVES, A. **Os professores em tempos de mudança**. Lisboa: Mc Graw-Hill, 1998.
- PLACCO, V. M. N. S., DELOUDES, M., MORGADO, T. R. B. P., MOURA, R., SODELLI, M., TAVARES-DE-LIMA, F., & VILELA, A. L. Representações Sociais do professor sobre a prevenção as drogas na escola. In: 9º EDUCAIDS - **Anais do Encontro Nacional de Educadores na Prevenção da AIDS e Drogas** (pp. 44-44). São Paulo: Ed. EDUCAIDS, 2004.
- SAVATER, F. **Ética para o meu filho** (M. Stahel, trad., 2a ed.). São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- SCHILLING, F. **A Sociedade da Insegurança e a Violência na Escola**. São Paulo: Moderna, 2004.
- SCHINKE, S., BOTVIN, G. J., & ORLANDI, M. A. **Substance abuse in children and adolescents - evaluation and intervention**. Newbury Park: SAGE, 1991.
- SOARES, C. B., & JACOBI, P. R. **Adolescentes, drogas e aids: Avaliação de um programa de prevenção escolar**. *Caderno de Pesquisa*, (109), 213-37, 2000.
- SODELLI, M. A Abordagem Proibicionista em desconstrução: Compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3), 637-644, 2010, maio.
- SODELLI, M. A abordagem de Redução de Danos Libertadora na Prevenção: ações redutoras de vulnerabilidade. In E. A. Silva, & D. Micheli (Orgs.), **Adolescência – uso e abuso de drogas: Uma visão integrativa**. São Paulo: Ed. Fap-Unifesp, 2011.
- SODELLI, M. Drogas e ser humano a prevenção do possível. In: **Álcool e outras drogas**. Conselho regional de Psicologia da 6ª região- São

Paulo: CRPSP, 2012.

SODELLI, M. **Drogas e Prevenção: da desconstrução da postura proibicionista as ações redutoras de vulnerabilidade.** São Paulo: Iglu, 2013.

SODELLI, M., & TEODORO-SODELLI, A. Visitando os “Seminários de Zollikon”: novos fundamentos para a psicoterapia fenomenológica. **Revista da Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**, 20(12), 245-272, 2011.

TAVARES-DE-LIMA, F. F. **Prevenção ao uso de drogas: Modelos utilizados na educação, suas relações e possibilidade quanto a atitudes preventivas** (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, Brasil, 2003.

YOUSAFZAI, M. **Eu sou Malala.** São Paulo: Companhia das Letras, 2013.



8

O professor e a prevenção ao uso de drogas: em busca de caminhos¹

Helena Maria Becker Albertani

O texto traz reflexões sobre as diferentes maneiras como os educadores podem contribuir para ações de prevenção do uso de drogas voltadas ao contexto escolar, a partir de uma abordagem realista e despida de preconceitos. Diante de uma questão tão complexa historicamente, é necessário compreender que, frente à impossibilidade de uma sociedade totalmente livre de drogas, cabe valorizar o papel protagonista do educador para auxiliar os estudantes a fazerem escolhas saudáveis em suas vidas. O texto aborda diferentes posturas diante do uso de drogas, fatores pessoais e sociais que favorecem a vulnerabilidade, a importância de conhecer as drogas mais presentes na vida dos alunos e as formas como a escola pode se organizar para enfrentar os desafios.

¹Reproduzido de **Salto Para o Futuro – Prevenção ao uso de drogas: a escola na rede de cuidados** - Ano XXIII - Boletim 23 - nov 2013

Introdução

O papel de educador envolve muitas dimensões. Somos chamados a ensinar um conteúdo programático, a estabelecer boas relações com os alunos, a auxiliá-los a desenvolver habilidades e atitudes e a prepará-los para continuar a aprender, construindo conhecimentos com autonomia e seriedade para ampliar sua visão crítica do mundo e se comprometer com ele.

Não é nada fácil. Muitas vezes nos sentimos impotentes diante de tantos desafios, numa sociedade plural, universalmente permeada pela comunicação instantânea. Ainda assim, conscientes de nosso papel, buscamos dar conta do trabalho educacional que envolve, não apenas o crescimento intelectual dos educandos, mas seu desenvolvimento pessoal e social na construção de um projeto de vida.

Dentro deste contexto, um dos temas com os quais somos chamados a trabalhar é o uso de drogas.

Posturas diante do uso de drogas

A abordagem da questão das drogas é multidisciplinar e envolve ações de prevenção, tratamento, inserção social, redução de danos, estudos científicos, pesquisas, repressão ao tráfico. O pano de fundo são as políticas públicas sobre o assunto. O papel da educação refere-se à prevenção do seu uso indevido.

Duas posturas básicas se apresentam quando se trata de organizar ações preventivas: a guerra às drogas e a diminuição de riscos e danos, diante do consumo.

A guerra às drogas, adotada por muitas pessoas, instituições e

países, preconiza e defende a erradicação do uso de drogas e a adoção do consumo zero. Mesmo com sua pretensa intenção de favorecer uma vida mais saudável às pessoas, esta concepção é, ao mesmo tempo, irreal, injusta e preconceituosa.

Sabemos que nem todos os usos de drogas são prejudiciais, embora possam acarretar riscos. Quando se pretende “eliminar qualquer uso”, estamos ignorando os usos médicos, rituais e sociais.

A humanidade sempre fez uso de substâncias que alteram a consciência, em busca de prazer ou de diminuição do sofrimento. A missão da educação, ao invés de negar a realidade, é procurar compreendê-la e formar pessoas que saibam conviver com ela de forma crítica, fazendo escolhas conscientes e autônomas.

O proibicionismo e as metodologias de caráter autoritário e moralista trabalham contra as possibilidades de opção. Além de serem opostos aos direitos humanos que proclamam a livre construção da vida pessoal como inerente ao ser humano, são bastante ineficazes como princípios educacionais. Ao deixarem de ser controlados pelos adultos, os jovens que não desenvolveram sua autonomia tenderão a agir com critérios menos claros e menos fundamentados e, muitas vezes, bem mais arriscados.

É preciso aprender a conviver com a existência de drogas, sejam elas legais (como o álcool, o tabaco e os remédios) ou ilegais, embora não mais difíceis de serem adquiridas. E, nesta realidade, saber como e por que fazer escolhas que impliquem no menor risco possível de danos à saúde, à convivência social e à integridade das pessoas.

Na postura de redução de riscos e danos, o objetivo do trabalho de prevenção do uso de drogas não é direcionar autoritariamente os comportamentos, mas basicamente, auxiliar as pessoas a desenvolverem

sua capacidade de decisão para fazerem escolhas que favoreçam o exercício da liberdade com responsabilidade para uma vida realizadora, saudável, segura e feliz. Como uma alternativa à guerra às drogas, procura reduzir as vulnerabilidades de cada pessoa aos problemas decorrentes do uso indevido de drogas. Neste sentido, configura-se como uma ação mais pragmática para evitar prejuízos à saúde individual e coletiva.

Cabe, contudo, mencionar que a melhoria da qualidade dos professores resultante de um nível mais alto na formação, está também condicionada, entre outros fatores, à qualidade na oferta dos cursos e às condições dadas aos estudantes que os frequentam.

Fatores pessoais e sociais que favorecem a vulnerabilidade

O fato de uma droga ser proibida, permitida, ou até ter seu uso estimulado em uma sociedade, não é, na maioria das vezes, fruto da percepção dos benefícios, riscos ou prejuízos que seu consumo traz consigo. Fatores econômicos, culturais, sociais ou políticos costumam prevalecer sobre os de bem-estar social.

Os adolescentes que frequentam as nossas escolas são também participantes de uma sociedade que preconiza o sucesso, alimenta a competição, favorece a cultura do prazer e encoraja a busca de vivências desafiadoras e arriscadas. Tudo isso sem a conscientização da correspondente noção da responsabilidade pessoal e social pelas consequências das decisões e ações.

Neste contexto, torna-se mais difícil o desenvolvimento do controle dos impulsos, da tolerância à frustração e mais fácil a inserção em ações desconhecidas ou inseguras. As crianças e adolescentes se acostumam à recompensa imediata para suas ações e à necessidade de

supressão da dor física ou mental. Os adultos, muitas vezes, se sentem responsáveis por “retirar” o sofrimento da criança, mesmo que de forma provisória ou fictícia, pelo uso de paliativos, de medicamentos, de álcool ou outra droga.

Outros fatores de ordem social são também importantes na experimentação e na manutenção do uso de drogas. Entre eles estão a publicidade, direta ou velada, e a distorção de dados sobre o consumo entre a população, banalizando a informação, como se o uso de algumas drogas fosse um comportamento adotado pela maioria das pessoas.

Na propaganda, o álcool é associado à juventude, à beleza, ao prazer, à sexualidade, ao bom desempenho esportivo e ao prestígio social. São apelos que sensibilizam o adolescente. Na ficção, os personagens bebem, invariavelmente, quando estão estressados, preocupados, com raiva. E também quando estão felizes, descontraídos, nas ocasiões festivas e nas comemorações.

Ao tratar do uso de drogas nos seus noticiários, no entanto, a mídia não parece muito crítica diante da constante presença do álcool na telinha, na telona ou na imprensa. A abordagem sobre o assunto se centra prioritariamente nas drogas ilícitas e, hoje em dia, especialmente no *crack*. Sem minimizar os efeitos prejudiciais que esta droga pode acarretar do ponto de vista pessoal e social, é preciso saber onde estão os maiores riscos para o envolvimento de nossos alunos em problemas relacionados ao uso de drogas. No trabalho de prevenção com crianças e adolescentes deve-se considerar o uso das substâncias que estão mais próximas e que são as mais consumidas por eles e pelas pessoas com quem convivem.

A mídia peca, e muito, ao insistir em um moralismo exagerado na discussão do tema, denunciando o usuário de drogas ilícitas como o responsável pela maioria das dificuldades existentes nas mais diversas sociedades deste mundo globalizado, e incentivando exageradamente o consumo de outras substâncias, como o álcool. (...) Muito mais importante do que denunciar ou simplesmente criticar o abuso de substâncias psicoativas, é buscar soluções práticas através de novas abordagens e propostas, como, por exemplo, a redução dos danos associados ao uso e abuso de drogas. (GORGULHO, 2006)

A ação preventiva na escola deve ser realizada com esta perspectiva. Para isso é preciso levar em conta os fatores que tornam os alunos mais vulneráveis ao uso de drogas e que dizem respeito ao próprio indivíduo e à sociedade, incluindo as políticas públicas.

Que drogas estão mais próximas de nossos alunos?

Os dados estatísticos sobre o uso de drogas por estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas do país (CARLINI/Cebrid/Senad, 2010) constituem uma base importante para nosso ponto de partida. Eles revelam que as drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, são as mais usadas pelos alunos.

A pesquisa, feita nas capitais de todos os estados brasileiros e no DF, mostra que 60,5% dos estudantes desses níveis de ensino já haviam experimentado bebidas alcoólicas e 16,9% já haviam fumado ao menos um cigarro de tabaco. Os solventes e inalantes ocupam o terceiro lugar entre as drogas usadas pelos alunos, com 8,7% de experimentadores, seguidos pela maconha, que já foi usada, pelo menos uma vez, por 5,7% deles. Os remédios mais consumidos (sem receita médica) foram os

ansiolíticos (5,3%) e os anfetamínicos (2,2%). Entre os estudantes pesquisados, 2,5% já haviam experimentado cocaína e 0,6% o *crack* (CARLINI/Cebrid/Senad, 2010).

Estes dados, atuais e preocupantes, nos apontam que a maior preocupação ao fazer um trabalho preventivo nas escolas deve se referir às drogas lícitas, especialmente o álcool.

Não se trata, portanto, de fazer uma “guerra”, procurando afastar os alunos de qualquer contato com as drogas. Elas estão aí, fazem parte da nossa vida. O objetivo é fazer com que cada pessoa seja capaz de conviver com esta realidade e fazer escolhas adequadas para sua vida.

A prevenção do uso indevido de drogas deveria estar “direcionada em promover, nas pessoas, uma formação que possibilitasse maior conhecimento dela mesma, de sua vida e dos problemas do mundo, priorizando, em última análise, uma redução de vulnerabilidade em relação ao uso nocivo de drogas” (SODELLI, 2010).

Três focos de prevenção na escola

Mesmo acreditando na necessidade de incluir a prevenção no trabalho educacional da escola, não é fácil conceber um projeto atualizado, eficiente e viável, dentro do currículo escolar. Este processo, no entanto, está presente na vida escolar, tenhamos consciência disso ou não.

Cada escola, inclusive aquelas inseridas em sistemas públicos, tem sua concepção de educação, seus princípios, sua metodologia e sua organização institucional. Estas configurações, ainda que não explicitamente, constituem seu projeto político pedagógico. É com base nisto que acontece a educação escolar e é concretizada a influência que ela exerce na construção da vida de cada aluno.

É inerente ao processo educativo, portanto, o desenvolvimento de atitudes em diferentes áreas da vida, entre as quais as relacionadas ao uso de drogas. Tomando-se como objetivo do trabalho preventivo a adoção de comportamentos livremente assumidos e com menores probabilidades de riscos e danos, as ações da escola são realizadas por meio de três focos: A estrutura da escola; ações implícitas; ações explícitas. (ALBERTANI, 2011).

Estrutura da escola

Estudos revelam que a forma como a escola se organiza pode favorecer a diminuição da vulnerabilidade das crianças e adolescentes para o uso de drogas (KRAUS, 2000).

Entre as características da escola facilitadoras do desenvolvimento de posturas mais autônomas e responsáveis pelos alunos, e que ajudam a prevenir o uso de drogas, estão:

- Clima acolhedor e afetivo – ambiente em que os alunos se sentem reconhecidos como pessoas e no qual os vínculos são favorecidos;
- Participação, envolvimento e responsabilidade dos alunos nas tarefas e decisões da escola;
- Parâmetros de comportamento claros e consistentes – regras definidas, preferencialmente com a participação de todos, e cobradas com coerência;
- Altas expectativas pelos educadores – valorização dos alunos e de sua cultura e crença nas suas possibilidades de crescimento e superação de dificuldades;
- Desenvolvimento de uma educação de qualidade, tanto do ponto de vista dos conteúdos de ensino como da formação pessoal e social dos estudantes.

Ações implícitas

O desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais para manejar situações e desafios cotidianos é um fator importante no desenvolvimento de pessoas autônomas que possam fazer escolhas responsáveis em qualquer âmbito da vida. Neste foco de ação não se está falando no uso de drogas, mas favorecendo o fortalecimento de comportamentos conscientes e a possibilidade de que eles sejam assumidos livremente.

Entre estas habilidades e posturas, que podem ser trabalhadas pelo conjunto dos educadores, podemos citar:

- Desenvolvimento e manutenção de vínculos interpessoais;
- Fortalecimento da autoestima;
- Capacidade de manejar emoções;
- Desenvolvimento da capacidade de reflexão;
- Desenvolvimento de uma visão crítica da realidade;
- Capacidade de tomar decisões;
- Habilidade de resolver problemas;
- Construção de um projeto de vida.

Ações explícitas

Para que os estudantes tomem decisões livres e responsáveis sobre o uso de drogas, em qualquer momento de suas vidas, é necessário que tenham dados de avaliação suficientes para compreender as consequências possíveis de suas ações. Para isso são necessárias habilidades e informações específicas sobre as drogas, seus efeitos e riscos, fundamentados em conhecimentos científicos, atualizados e sem preconceitos.

Este terceiro foco do trabalho preventivo pode incluir:

- Reflexão sobre as diferentes possibilidades de relação com as drogas;
- Desmistificação do uso e dos usuários de drogas;
- Informações sobre os tipos de drogas e seus efeitos;
- Divulgação de padrões de consumo baseada em dados estatísticos atualizados e confiáveis;
- Reflexão sobre formas de reduzir riscos e danos associados ao consumo de drogas;
- Conhecimento da legislação e das políticas sobre drogas no país e no mundo;
- Reflexão sobre as relações entre a sexualidade e o uso de drogas;
- Pesquisa sobre os recursos da comunidade relacionados à prevenção, tratamento e inserção social;
- Informações sobre como agir nas emergências relacionadas ao uso ou abuso de drogas.

O trabalho de prevenção na escola terá mais possibilidades de eficácia se for construído e realizado de forma coletiva, inserido no currículo e desenvolvido ao longo da escolaridade, não apenas de forma pontual em momentos específicos.

Com a integração dos três focos de prevenção, a metodologia deve ter como fundamentos: a participação ativa dos educandos, a promoção da reflexão e do diálogo, a facilitação do autoconhecimento e a construção de conhecimentos e de posturas favoráveis a uma vida autônoma e responsável.

O trabalho de prevenção baseado na perspectiva de redução de riscos e danos é uma consequência natural e legítima de um processo

educacional lúcido e competente do qual se beneficiam alunos, professores, funcionários, famílias e escolas, na construção de uma sociedade mais crítica, saudável, responsável e feliz.

Referências

- ALBERTANI, H. M. B. Prevenção na escola: um novo olhar, uma nova prática. In Silva, E.A. e De Micheli, D. (Orgs.) **Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: FapUnifesp, 2011.
- CARLINI, E. A., NOTO, A. R., SANCHEZ, Z. V. M., CARLINI, C. M. A. ,et al.. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras - 2010**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, SENAD, 2010.
- GORGULHO, M.. A influência da mídia na realidade brasileira do fenômeno das substâncias psicoativas. In: Silveira, D.X. e Moreira, F.G. **Panorama atual das drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- KRAUS, D. **Best practices in substance abuse prevention**. New Orleans: Xerox, 2000.
- SCHINKE, S; BOTVIN, G.J.; ORLANDI, M.A.. **Substance abuse in children and adolescents - evaluation and intervention**. Newbury Park: SAGE, 1991.
- SODELLI, M. **Uso de Drogas e Prevenção**. São Paulo: Iglu, 2010.



9 A escola como uma comunidade educativa e protetiva: a experiência do Prodequi/UnB na prevenção do uso abusivo de drogas¹

*Maria Lizabete Pinheiro de Souza
Maria Inês Gandolfo Conceição
Maria Fátima Olivier Sudbrack*

O objetivo deste capítulo é destacar a função da escola como lócus da prevenção ao uso abusivo de drogas e enquanto contexto de socialização. Trata-se do novo paradigma sistêmico da educação para a saúde, que propõe atuação da própria escola na identificação de fatores de risco e de proteção no contexto de vida do educando. Esta perspectiva constituiu a fundamentação teórico-metodológica da proposta pedagógica do *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas*, importante investimento na formação continuada de educadores, na matriz formativa do PSE/MEC (2009) e de programas da Senad/MJ, desenvolvida e executada pelo Prodequi- Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas/PCL/IP/UnB. A proposta se amplia e atualiza com a introdução do conceito de “clima escolar”.

¹Texto publicado originalmente no livro: SUDBRACK, M.F.O.; CONCEIÇÃO, M.I.G.; ADORNO, R. **Drogas e transição de paradigmas: compartilhando saberes e construindo fazeres**. Brasília: DF: Technopolitik, 2018.

Introdução

A função da escola, como espaço de socialização e lócus da prevenção, não pode ser negligenciada. No entanto, ainda há muito o que realizar nesse sentido, sobretudo no que se refere à prevenção do uso abusivo de drogas. A pesquisa PeNSE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2015) revela que o contato das crianças com as drogas inicia-se muito cedo. Essa pesquisa informou que cerca 9% dos estudantes, na faixa etária de 13 a 15 anos, experimentaram drogas ilícitas. Já entre os escolares de 16 a 17 anos, o nível é de aproximadamente 17%. O consumo de drogas ilícitas aumentava com a idade, sendo de 7,2% entre os escolares de 16 a 17 anos de idade, tendo em vista que um quarto dos escolares alegaram ter amigos usuários. Dentre os estudantes que já haviam experimentado bebidas alcóolicas, 73% estavam na faixa etária de 16 a 17 anos, destes pouco mais de 21% iniciaram o uso com menos de 14 anos de idade, e cerca de 60% tinham amigos usuários. O consumo de álcool cresceu 56,5%, sendo 24%, aproximadamente, na faixa etária de 13 a 15 anos, e de 38,0% entre 16 a 17 anos. “Em torno de 37% dos escolares de 16 a 17 anos de idade já sofreram com episódios de embriaguez e aproximadamente 12,0% deles tiveram problemas, com família ou amigos, porque haviam bebido” (IBGE, 2015, p. 90).

O papel da escola na prevenção do uso abusivo de drogas

Prevenir, segundo a Carta de Ottawa de 1986, implica saber acolher e possibilitar a construção identitária de educadores e alunos, o desenvolvimento das potencialidades humanas e a inserção na cultura. Consiste em permitir a subjetivação, ou seja, possibilitar ao estudante tornar-se pessoa, pertencer a um espaço próprio e construir um projeto de vida.

A ação preventiva visa à formação, capacitação e conscientização sobre determinada situação de risco e deve ser realizada em três níveis: primário, secundário e terciário. A prevenção primária acontece quando o uso de drogas não está ainda instalado; na prevenção secundária, é possível identificar um nível moderado de uso de drogas; na prevenção terciária, por sua vez, o problema já está instalado e requer tratamento especializado.

Os programas de prevenção são efetivados quando integram várias abordagens, setores e instituições. Portanto, o cuidado com a vida deve ser partilhado entre os poderes públicos, privados e comunitários, e as intervenções preventivas devem ser feitas com planejamento, avaliação e transparência, em comunidades pequenas e específicas (SOUZA; SUDBRACK; CONCEIÇÃO, 2015).

O espaço escolar, como já foi dito, é potencialmente capaz de proteger crianças e jovens de situações que envolvam risco social. Proteger, segundo Schenker e Minayo (2005), significa oferecer condições de crescimento, de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação.

Os fatores de proteção e de risco

Os fatores de proteção referem-se às condições que contribuem

para diminuir a probabilidade de envolvimento com drogas e outros comportamentos de risco, bem como o aparecimento de novos casos quando há fatores de risco, como os conflitos de ordem familiar e social. Referem-se às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos, evitando que os indivíduos expostos às situações de risco tenham seu desenvolvimento prejudicado. Os fatores de risco são circunstâncias presentes no indivíduo, na família, na escola, no grupo de pares e na comunidade que, de forma isolada ou conjunta, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas de ordem física, emocional, social. O risco, na área da saúde, envolve o conhecimento e a experiência acumulada sobre o perigo de alguém ou de a coletividade ser acometida por doenças e agravos. A exposição ao perigo potencializa os riscos de diversas formas e em vários contextos, exacerbando, por exemplo, fatores individuais, educação infantil insatisfatória, fracassos escolares, relações sociais problemáticas entre os pares ou com desorganização da comunidade.

O produto final da interação entre fatores de risco e de proteção associa-se diretamente com os processos de resiliência (LIBÓRIO, 2009), entendida como a capacidade de suportar as condições adversas e crescer apesar delas, como, por exemplo, em precárias condições socioeconômicas da família e da comunidade. Para Yaria (2005), a escola desenvolve o capital social e é território social que privilegia os valores humanos. O desafio dessa instituição é suplantar a “atomização dos vínculos” e a “consequente atomização dos seres humanos” (YARIA, 2005, p. 77). A escolarização, portanto, contribui para a promoção da resiliência. A conclusão dos ciclos de estudos, ainda que em situações adversas, são fatores de imunização e de proteção.

Entre os estudiosos desse assunto, Conceição e Sudbrack (2004)

apresentaram os fatores de risco e proteção no Paradigma Sistêmico da Educação para a Saúde em diferentes domínios da vida: o individual, o de pares, o familiar, o comunitário e o escolar.

O quadro 1 apresenta alguns desses fatores de risco e proteção relacionados ao uso de álcool e outras drogas presentes no contexto familiar, segundo Sudbrack, Almeida e Santos (2016):

Quadro 1 – Fatores de Risco e Proteção na Família

Fatores de Proteção	Fatores de Risco
Sentimento do adolescente de pertencimento e integração ao sistema familiar	Presença do uso ou abuso de drogas lícitas e ilícitas no ambiente familiar
Relações harmoniosas com a família	Relações conflituosas na família
Presença de diálogo como estratégia para lidar com conflitos	Presença de violência como estratégia para lidar com conflitos
Presença de referência de autoridade e limites definidos e respeitados	Ausência de referência de autoridade e de limites definidos e respeitados
Flexibilidade na negociação de regras familiares	Rigidez ou permissividade na negociação de regras familiares
Boas expectativas e investimento familiar em relação ao futuro projeto de vida do adolescente	Baixas expectativas e baixo investimento familiar em relação ao futuro e ao projeto de vida
Boas expectativas e alto nível de confiança do adolescente em relação ao sistema familiar	Baixas expectativas e baixo nível de confiança do adolescente em relação ao sistema familiar

Fonte: Sudbrack, Almeida e Santos (2016)

A observação das interações de grupos de jovens no contexto das amizades também pode fornecer informações fundamentais sobre risco e proteção:

Quadro 2 – Fatores de Risco e Proteção no Grupo de Pares

	Fatores de Proteção	Fatores de Risco
PERTENCIMENTO A GRUPO DE AMIGOS	O adolescente se sentir pertencente a um grupo de amigos	O adolescente não conseguir pertencer a nenhum grupo de amigos
	O adolescente ser pertencente a grupos com hábitos saudáveis	O adolescente só pertencer a grupos com predominância de hábitos não saudáveis
CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS DE AMIGOS	O grupo que dá espaço ao adolescente para se manifestar, ser protagonista	Grupo com regras muito rígidas e papéis hierarquizados
	Grupo que não precisa recorrer à violência para solucionar problemas	Grupo violento
VEICULAÇÃO DA DROGA NO CONTEXTO DAS AMIZADES	Grupo com ambientes de lazer saudáveis, sem uso de drogas	Grupos cujos ambientes de lazer envolvem uso de drogas
		Grupo envolvido com tráfico de drogas

Fonte: Sudbrack, Almeida e Santos (2016)

É necessário, ainda, observar fatores de risco e fatores de proteção relacionados ao pertencimento comunitário:

Quadro 3 – Fatores de Risco e Proteção na Comunidade

Fatores de Proteção	Fatores de Risco
Acesso a espaços de lazer, convívio, circulação	Fácil acesso a drogas e violência na comunidade
Acesso a bens e serviços	Comunidade com forte apelo de consumo

Fonte: Sudbrack, Almeida e Santos (2016)

No domínio da escola, os seguintes fatores foram apresentados por Sudbrack e Dalbosco (2005):

Quadro 4 – Fatores de Risco e Proteção na Escola

Fatores de Proteção	Fatores de Risco
Definição, comunicação e negociação de normas, regras e limites	Indefinição ou falta de comunicação e negociação de normas, regras e limites
Coerência e congruência entre agentes educativos na aplicação de normas e regras escolares	Incoerência e incongruência entre os agentes educativos na prática de normas
Relação de respeito mútuo, compromisso e cooperação entre os agentes educativos	Relação desrespeitosa e falta de responsabilidade e compromisso entre os agentes educativos
Relações amistosas e de cooperação entre a família e a escola	Ausência da relação entre família e escola
Verbalização das expectativas positivas com relação ao desempenho dos alunos	Ausência de expectativas positivas em relação ao desempenho dos alunos

Promoção de práticas criativas e estimulantes, com atividades escolares e extraescolares que concorram para a criação de vínculos entre o aluno e a escola, os pais e a comunidade	Ausência de atividades criativas e estimulantes que ajudem na criação de vínculos entre o aluno e a escola
Fortes vínculos afetivos e de confiança entre alunos e professores e dentro do ambiente escolar	Ausência de afetividade e confiança na relação professor-aluno e no ambiente escolar
Relações professor-aluno baseadas no respeito mútuo	Relações professor-aluno baseadas no autoritarismo ou no excesso de permissividade
Presença e afetividade e confiança no ambiente escolar	Ausência de afetividade e confiança na relação professor-aluno e no ambiente escolar
Estímulo e exercício dos princípios da cooperação e da solidariedade	Falta de estímulo às práticas educativas de cooperação e solidariedade
Controle da presença de drogas	Falta de controle quanto à presença de drogas na escola
Postura repressora e reflexiva quanto ao uso de drogas pelos jovens	Tolerância em relação ao cigarro, álcool e outras drogas

Fonte: Sudbrack e Dalbosco (2005, p. 10).

Justino, Lima e Sudbrack (2015), em pesquisas realizadas junto aos tutores que participaram da sexta edição do *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas*, destacaram os seguintes fatores de proteção: “o pertencimento e valorização do educando; a relação respeitosa entre educando e educador; a cooperação entre família e escola; e o ambiente escolar seguro e protetor” (p. 278).

Para Schenker e Minayo (2005), os fatores de risco são circunstâncias que, de forma isolada ou conjunta, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas de ordem física, emocional, social; implicam a manifestação ou permanência de algum comportamento de risco – uso frequente e abusivo de drogas, atos de violência e delinqüenciais, práticas sexuais não protegidas etc. No âmbito educacional, existem fatores específicos que predisõem os adolescentes ao uso de drogas, como: (a) falta de motivação para os estudos, absenteísmo e mal desempenho escolar; (b) insuficiência no aproveitamento e falta de compromisso com o sentido da educação; (c) intensa vontade de ser independente, combinada com pouco interesse de investir na realização pessoal; (d) busca de novidade a qualquer preço e baixa oposição a situações perigosas, rebeldia constante associada à dependência a recompensas (p. 710). Para Justino et al. (2015), dentre os fatores de risco da escola, destacam-se: “a presença do uso ou abuso de drogas lícitas e ilícitas no ambiente familiar; relações conflituosas na família; ausência de referência de autoridade e limites; ausência de cooperação entre família e escola, proximidade de distribuição de drogas na escola” (pp. 278-279).

O Paradigma sistêmico da educação para a saúde

A partir do entendimento de que prevenir é impedir que algo de mal aconteça, e dentro do paradigma da promoção da saúde, o Prodequi/UnB, por meio do *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas*, apresentou estratégias e abordagens interdisciplinares e intersetoriais, propondo a integração de órgãos e de profissionais (da saúde, da assistência social, da educação, entre outros) que compõem as

redes sociais do sujeito, redes essas que integram elementos econômicos, sociais e culturais e operam mudanças macro e microssociais. Desse modo, destaca-se a abordagem sistêmica de educação para a saúde, proposta por Sudbrack (2014b), que utiliza o conceito de redes sociais de Sluzki (1997), que concebe uma teia relacional entre pessoas e grupos sociais, propondo como estratégia o reforço dos vínculos sociais, baseado na confiança, permitindo, assim, “[...] a circulação das informações necessárias, troca de experiências, aprendizados recíprocos e construção de soluções coletivas” (p. 174).

Tratando-se de prevenção, existem duas visões: a tradicional e a sistêmica. Dentro da visão tradicional, o usuário é percebido como delinquente ou doente, submisso ao controle da família, o que dificulta a sua relação no contexto familiar e social. Na visão sistêmica, proposta por Sudbrack, Conceição e Costa (2014a), o usuário é percebido como sujeito de direitos, agente de mudança, com autonomia para tomar decisões e negociar regras, o que facilita a sua relação com a família e a sociedade. A perspectiva sistêmica, defendida pelo Prodequi/UnB, possibilita ter uma compreensão do contexto vivencial do sujeito levando em conta os fatores internos e externos que atuam na sua formação. Assim sendo, as relações escolares podem se constituir em um fator de proteção que fortalece a autoestima do estudante, contribuindo para que tenha um estilo de vida saudável. Desse modo, as práticas educativas devem romper com a cultura do medo (que não diferencia os diferentes usos) e adotar a visão sistêmica que propõe “o fortalecimento do sujeito em busca de autonomia, exercitada no protagonismo social para uma vivência plena de cidadania” (BOTTECHIA et al., 2015, p. 131).

A visão comparativa dos dois enfoques descritos por Sudbrack (2000) é apresentada em uma das primeiras publicações contrapondo-se

ao paradigma da guerra às drogas no contexto da política nacional sobre drogas, em texto sobre o trabalho comunitário e prática das redes sociais na prevenção do uso de drogas, do *Curso de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: Diga SIM à Vida* (1999, 2000).

Quadro 5 – Comparativo entre dois enfoques sobre prevenção do uso de drogas

Enfoque do medo	Enfoque sistêmico
Controle da oferta: preocupação em controlar a oferta de drogas ilícitas, com pretensão de acabar com as drogas.	Redução da demanda: preocupação em reduzir a procura por drogas, com limites para crianças e jovens no acesso às drogas lícitas e ilícitas.
Controle externo: criminalização do usuário de drogas, com abordagem policial centrada nas drogas ilícitas.	Autonomia: conscientização da população sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas.
Ampliação da violência que gera insegurança e paralisia: ênfase no medo e nas ameaças, promovendo impotência e inércia.	Ampliação do conhecimento e competência para ação: ênfase na autoestima e na autoconfiança, promovendo iniciativas para soluções criativas.
Abordagem isolada: problema reduzido à questão do produto, atribuindo poder à substância sem considerar o sujeito.	Abordagem integrada: problema definido a partir do encontro de uma pessoa com um produto em um contexto sociocultural.
Repressão: prevenção centrada na fuga do problema, usando um discurso estereotipado e amedrontador, impondo posturas e decisões autoritárias.	Educação: prevenção centrada no conhecimento da realidade, quebrando tabus, reconhecendo situações de risco, promovendo a opção pela saúde e pela vida.

Questão individual: envolvimento com drogas visto como um problema pessoal, tratado como um processo psicológico individual.	Questão relacional: envolvimento com drogas visto como um problema de relações tratado como processo de mudanças no contexto familiar.
Soluções hierarquizadas e parciais: isolamento dos usuários do convívio social, transferindo o problema para especialistas.	Soluções participativas e contextualizadas: Mobilização dos recursos comunitários, construindo vínculos afetivos e redes sociais e integrando os diferentes saberes.

Fonte: Sudbrack , et al. (2000, p. 25,26).

A partir dessa perspectiva sistêmica, as formas de intervenções pedagógicas devem mudar a visão sobre o jovem, por vezes considerado negativo e destrutivo, que “passa a ser o protagonista das mudanças necessárias à evolução e à melhora nas relações da família ou dos demais sistemas nos quais interage” (SUDBRACK, 2014a, p. 164). Desse modo, de acordo com Souza, Sudbrack, et al. (2015), os educadores, enquanto mediadores do desenvolvimento da personalidade do educando, devem desconstruir visões preconceituosas em relação ao uso e ao usuário, e promover uma nova compreensão da relação professor-aluno-comunidade e da prática pedagógica na escola. Assim sendo, poderão desenvolver ações contínuas e integradas que possibilitam que o estudante se sinta integrado e valorizado, fortalecendo as relações escolares e construindo redes de proteção intra e extraescolares.

O curso de Prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas

O Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas – Prodequi/UnB, dedicou-se, nos últimos dez anos, à formação de educadores de escolas públicas no Curso de Prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas, em parceria com o Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) do Ministério da Justiça.

O curso se baseia no modelo sistêmico de educação para a saúde. A primeira publicação sobre esse modelo foi apresentada por Sudbrack (1996). Tal modelo, que contrapõe o modelo do medo, integrou o conteúdo pedagógico de diversos cursos, dentre eles o de *Prevenção ao uso de indevido de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua* e o *Diga Sim à Vida* (COSTA; SEIDL; SUDBRACK,1999). O novo modelo proposto voltado para a educação, para a saúde e valorização da participação da comunidade, fez parte da base teórica do *Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas* (SUDBRACK et al., 2014a). “O desafio da mudança paradigmática do modelo do medo para o modelo sistêmico da educação para a saúde foi amplamente explorado em diversas publicações (SUDBRACK, 1996, 1999, 2004a, 2006, 2014a, 2014b, 2014c; SUDBRACK; CONCEIÇÃO; COSTA, 2008, 2010)” (SOUZA, 2017, p. 18).

O curso apresenta-se em formato de Educação a Distância (EaD), possui 180 horas/aula, foi realizado de 2004 a 2014, e resultou de uma parceria entre a Universidade de Brasília (UnB), o Ministério da Educação (MEC) e a Secretaria de Políticas Nacionais sobre Drogas (Senad) – vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública. Foram oferecidas

mais de 195.000 mil vagas para cursistas em todo o Brasil, em seis edições, durante dez anos de vigência do curso. Em 2012, o curso foi ofertado para todo o Brasil como a principal ação preventiva no eixo de prevenção do programa Federal “*Crack é Possível Vencer!*” (BRASIL, 2011). O curso objetivou contribuir no fortalecimento das redes de proteção da escola, propondo a integração de órgãos e profissionais da saúde, da assistência social, da segurança pública e da justiça, além de representantes da comunidade (SOUZA, 2017).

A Tabela 1, a seguir, apresenta os dados das cinco últimas edições (a primeira foi uma edição-piloto ofertada a 5.000 cursistas do país), destacando o número de selecionados, de educadores certificados, de escolas atendidas e de projetos desenvolvidos. Nos dez anos de vigência do curso, foram certificados 94.072 cursistas, participaram 33.040 escolas, que apresentaram 19.354 projetos de prevenção.

Tabela 1 – Panorama da oferta e da Certificação no Curso de Prevenção

Edição	Selecionados	Certificados	Escolas	Projetos
2ª (2006-2007)	20.097	13.432	2.289	1.756
3ª (2008-2009)	24.583	14.601	6.419	4.304
4ª (2010-2011)	23.297	10.170	3.357	2.201
5ª (2012-2013)	70.951	33.306	9.201	5.612
6ª (2014)	61.603	24.563	11.774	5.481
Somatório das edições do “Plano <i>crack</i> ”	132.554	55.975	20.975	11.093
Somatório “10 anos”	200.53	194.072	33.040	19.345

Fonte: Rodrigues e Bias, 2015, p. 95.

Durante a vigência do curso, instrumentos diagnósticos foram desenvolvidos em várias pesquisas de mestrado e doutorado: (a) entrevista de acolhimento do adolescente em situação de risco (PEREIRA; SUDBRACK; ALMEIDA, 2015); (b) termômetro de fatores de risco e de proteção da escola (BORGES, 2006); (c) o mapa da rede social da escola (SUDBRACK; VASCONCELOS, 2014). O banco de dados do Prodequi/UNB também serviu de base empírica para várias pesquisas de mestrado e doutorado. As teses realizadas foram de:

(a) Souza (2017) sobre os fatores de risco e proteção da escola e a sua relação com o clima escolar;

(b) Dalbosco (2012), que trata das representações sociais dos educadores sobre as situações-problema relativas uso de álcool e drogas no contexto escolar, e Pereira (2009) sobre as redes sociais dos adolescentes em situação de vulnerabilidade e o risco do envolvimento com o tráfico de drogas.

As dissertações realizadas foram de:

a - Marques (2011), que pesquisou as narrativas dos educadores sobre as situações-problema relativas ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar da região Centro-Oeste;

b - Sobrinho (2014), sobre o papel do policial como parceiro da escola na prevenção do uso de drogas;

c - Silva (2011), que pesquisou sobre a questão das drogas e da violência na escola sob a ótica dos educadores sociais da segurança pública;

d - Vasconcelos (2008), que destacou a avaliação da rede social da escola como forma de prevenção.

Importa ressaltar, também, que no biênio de 2013-2014 foram realizadas pesquisas: uma pesquisa geral sobre o impacto do curso,

desenvolvidas por Polonia et al. (2015), e oito dos polos regionais do curso, desenvolvidas por Asinelli-Luz e Wisniewki (2015), Borloti et al. (2015), Noto et al. (2015), Souza, Alencar, et al. (2015), Sudbrack, Millão, Vione, Santos e Almeida Junior (2015), Teixeira e Nascimento (2015), Viana e Vianna (2015). É importante ressaltar que, no decorrer das quatro últimas edições, foram feitas avaliações externas sistemáticas, sendo que, na última delas, Pereira (2015) pesquisou o impacto das 5ª e 6ª edições em todo Brasil.

O papel do educador na prevenção do uso de drogas não é fácil. Muitos professores abraçam a causa e o aluno, mas estão muito sobrecarregados e adoecidos. Destacam a necessidade de envolver o aluno na prevenção, inclusive nos cursos oferecidos sobre a temática. Para o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef, 2002), os estudantes podem e devem manifestar suas opiniões e interferir nas políticas e programas educativos, porém, no protagonismo juvenil preconizado pelas Diretrizes e Bases da Educação Brasileira em 1996, a participação juvenil ainda é tratada como despolitizada e conformista. Muitos não se identificam com a escola, quando o contexto escolar não se constitui um espaço público e democrático que acolhe as culturas juvenis e oferece condições para o aluno se socializar e construir o seu projeto de não se subjuguar às ingerências políticas, socioeconômicas e pedagógicas (SOUZA, 2017, p. 157).

O clima escolar como fator de proteção na escola

Na pesquisa realizada por Souza (2017) com educadores que concluíram a 5ª e a 6ª edições do curso, foram destacados fatores de proteção ao uso de drogas em escolas do DF e a sua relação com o clima

escolar, definido como: “construto relativo à qualidade dos relacionamentos e da prática pedagógica produzidos no âmbito escolar; inclui valores, atitudes, sentimentos e sensações partilhados entre os atores escolares (alunos, educadores, gestores e funcionários da educação) e as famílias e a comunidade” (p. 171). Os fatores destacados pelos participantes da pesquisa foram:

(a) o respeito, o compromisso e a cooperação, entre os agentes educativos;

(b) a afetividade e confiança no ambiente escolar;

(c) a presença de normas claras e consistentes;

(d) a prática escolar com atividades diversificadas, inclusivas, criativas voltadas para o desenvolvimento de habilidades sociais;

(e) atitudes positivas e valorativas para com as famílias, promovendo a cooperação entre família/escola, alunos esforçados e interessados;

(f) estabelecimento de parceria com a rede social da escola, a participação ativa da comunidade no ambiente escolar;

(g) gestores capazes de dialogar e agregar valor à comunidade escolar.

O acolhimento do aluno e de sua família foram considerados os fatores mais protetores. A “confiança coletiva” gera “sentimentos de pertencimento e ligação entre os atores escolares, aumenta o senso de bem-estar e a probabilidade de resultados positivos”. Conforme a proposição de Hoy (2012), pode-se dizer que a confiança coletiva (confiança nos alunos, educadores e funcionários, gestores, pais e comunidade) se constitui numa amálgama relacional que propicia a saúde nas relações escolares.

Foram apontados pelos participantes da pesquisa os seguintes fatores de risco:

(a) a localização da escola em áreas de risco social e proximidade da rede de distribuição de drogas;

(b) a qualidade das relações escolares, sobretudo as relações da escola com a família e com a comunidade, em que se observa a falta de interação. Outros fatores importantes que comprometem as relações interpessoais na escola são;

(c) a ausência de projetos e práticas que envolvam toda a comunidade escolar apostando no protagonismo do aluno;

(d) a ausência de interação positiva mestre-aprendiz, permeada por preconceitos, cobranças e dúvidas, leva;

(e) os educadores a trabalharem de forma isolada, sujeitos a uma prática escolar fragmentada, que pode concorrer para a invisibilidade de fatores de risco próprios da escola e visualização do clima escolar positivo como o principal fator de prevenção do uso de drogas (SOUZA, 2017).

Há uma tendência em responsabilizar a família e a comunidade (o entorno escolar) pelas mazelas existentes no interior da escola (o envolvimento dos alunos com as drogas, por exemplo), bem como em responsabilizar os alunos por não terem um bom desempenho escolar. A relação professor-aluno com atitudes excludentes e punitivas, por vezes permeadas de agressividade, também vem sendo questionada. Foram apontadas também questões cruciais, como a falta de um espaço de escuta dos alunos e o receio da equipe gestora em tratar de questões difíceis, tais como a das drogas e da dificuldade na gestão. Também foram apontadas a falta de articulação entre os professores, a ausência de trabalho coletivo e a dificuldade de articulação com a própria secretaria e com os demais parceiros (SOUZA, 2017).

O clima escolar promove a dinâmica relacional da instituição e incrementa as ações propostas no Projeto Político-Pedagógico (PPP) das

escolas, marca identitária e única de cada escola, que resulta da parceria entre todos os representantes da comunidade escolar (diretores, coordenadores, orientadores, psicólogos e membros do Conselho Escolar, professores, funcionários da escola, alunos e seus pais e familiares), para dar sentido e qualificação ao ensino e à educação. O educador é mediador do processo de conhecimento, que reconhece, inscreve, institui o sujeito (estudantes) na rede de relações humanas, assim sendo, precisa também ser formado, reconhecido e instituído no universo simbólico e relacional da escola. Vale lembrar que, para Souza (2017),

o papel do professor se torna sólido quando confirmado por uma equipe consolidada, reflexiva, legitimada e comprometida com a construção do sujeito que está por traz do aluno. Desse modo, o professor deve ser cooptado pela escola, para que possa crescer nesse espaço institucional e relacional. (p. 171).

Cabe aos educadores conquistar “a confiança das famílias e das pessoas que compõem o entorno escolar, abrindo espaço para um diálogo permanente que compartilhe os valores comuns que sedimentam o clima escolar e oferece aos alunos a proteção que eles requerem” (p. 171). Recomenda-se, portanto, “que os dirigentes das unidades escolares e das diversas instâncias do sistema escolar avaliem o clima escolar das escolas, utilizando métodos multivariados aplicados aos diferentes atores que compõem a instituição escolar” (p. 171).

Uma boa relação professor-aluno, conforme Blaya (2002), deve conter os seguintes elementos:

- (a) comunicação clara e honesta;
- (b) atividades extracurriculares;
- (c) disciplina justa e coerente;
- (d) oportunidades para os alunos desenvolverem a autoestima e o

sentimento de pertencimento;

(e) incentivo à participação, à colaboração, ao desenvolvimento de lideranças e desenvolvimento de uma cultura compartilhada.

Para Sudbrack, Conceição e Ramos (2014), a mobilização da rede interna e externa da escola oferece as condições para o pertencimento e o desenvolvimento de projetos de prevenção articulados de promoção da saúde na escola. A criação de um clima interpessoal escolar positivo pode favorecer o funcionamento escolar e o desenvolvimento socioemocional dos professores (COHEN, 2006; COHEN et al., 2009; MCGIBONEY, 2016) e dos estudantes (HOY, 2012). Portanto, o acolhimento do aluno e de sua família, o investimento no aluno como um agente de prevenção, no professor como mediador do conhecimento, e nas relações interpessoais é essencial para a criação de um clima de “confiança coletiva” (HOY, 2012, p. 76). A participação efetiva e constante da rede interna, com os seus diferentes atores (gestores, professores, alunos, funcionários) e as instâncias educacionais (conselho escolar, grêmio, associação de pais e mestres, etc.), e a rede externa (parceiros e comunidade) concorrem para a proteção da escola. Essa instituição, ao se constituir em um agente catalisador e mobilizar a rede interna e externa, fortalece a si própria e à comunidade na qual está inserida, conquistando os insumos disponibilizados pelas políticas públicas e adequando-os ao seu trabalho protetivo e preventivo (SOUZA, 2017).

Considerações Finais

A escola se torna protetora quando estende sua ação educativa à comunidade e inscreve-se simbolicamente como um espaço de acolhida e de pertencimento, bem como quando aproveita o potencial de cada

parceiro para oferecer cursos e atividades que visem à formação do cidadão. Importa lembrar que as escolas criam civilizações, projetos de vida, assim, na formulação e no desenvolvimento do Projeto Político-Pedagógico a participação dos estudantes, dos familiares e da comunidade é imprescindível.

O contexto escolar liga cognição, afeto e aprendizagem, e seu clima pode se constituir um lugar de proteção e concorrer para a diminuição de riscos quando os educadores recebem o suporte acadêmico e emocional para desenvolver a sua tarefa pedagógica. Portanto, a política educacional deve ter por direcionamento a medição detalhada e constante dessa importante variável que, por si só, é o fator de proteção mais importante para a prevenção de comportamentos de risco como, por exemplo, o uso de drogas.

Referências

- ASINELLI-LUZ, A., & WISNIEWSKI, M. Formação para a prevenção do uso de drogas dos educadores do estado do Paraná – pesquisas em escolas públicas de Curitiba e região metropolitana: a prevenção é o princípio. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo- experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp. 165-179). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.
- BLAYA, C. Clima escolar e violência nos sistemas de Ensino Secundário da França e da Inglaterra. In E. Debarbieux, & C. Blaya (Eds.). **Violência nas escolas e políticas públicas**. Brasília: Edições

Unesco, 2002.

BORGES, S. J. S. **Redes sociais e fatores de risco e proteção para o envolvimento com drogas na adolescência: abordagem no contexto da escola** (dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

BORLOTI, E. B. et al. Impacto da formação continuada dos educadores nas escolas do Espírito Santo. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi /PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp. 141-164). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.

BOTTECHIA, J. A. et al. A prevenção e a política sobre drogas em escolas públicas do Distrito Federal, **Argumentum**, 7(1), 126-137, 2015.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Crack é possível vencer: oficinas de alinhamento conceitual. Texto orientador**. Brasília-DF, 2011. COHEN, J. Social, emotional, ethical and academic education: creating a climate for learning: participation in democracy, and well-being. **Harvard Education Review**. 76(2), 201-237, 2006.

COHEN, J., MCCABE, E. M., MICHELLI, N. M., & PICKERAL, T. School Climate: Research, Policy, Practice, and Teacher Education. **Teachers College Record**, 11(1), 180-213, 2009.

CONCEIÇÃO, M. I. G.; SUDBRACK, M. F. O. Fatores de risco e de proteção no envolvimento de adolescentes com drogas. In M. F. O. Sudbrack (Ed.), **Debate: adolescentes e drogas no contexto da escola** (pp. 24-32). Brasília: Ministério da Educação, 2004.

- COSTA, L. F.; SEIDL, E. M. F.; SUDBRACK, F. M. O. As Drogas na Atualidade. In L. F. Costa, E. Seidl, & M. F. Sudbrack (Eds.). **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas. Diga sim à vida** (vol. 1, pp. 16-21). Brasília: CEAD/UNB, 1999.
- DALBOSCO, C. **Representações sociais de educadores de escolas públicas sobre situações-problema relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.** (Tese de doutorado, não publicada). Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, 2012.
- HOY, W. School characteristics that make a difference for the achievement of all students: A 40-year odyssey. **Journal of Educational Administration**, 50(1), 76-97, 2012.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar 2015 – PenSE** (p. 132). Rio de Janeiro: Autor, 2015.
- JUSTINO, I. C., LIMA, A. M. A; SUDBRACK, M. F. O. Estudo do potencial de implementação dos projetos da sexta edição do curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi /PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp. 268-283). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.
- LIBÓRIO, R. M. C. Escola: risco, proteção e processo de resiliência durante a adolescência. **Reunião da Associação Nacional de Pesquisa em Educação** (Anped), 32. Caxambu, MG, 2009.
- MARQUES, R. H. DE B. **Situações-problema relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar: narrativas de educadores**

do ensino público da região centro-oeste. (Dissertação de mestrado, não publicada). Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, 2011.

MCGIBONEY, G. W. **The Psychology of School Climate.** Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing, 2016.

NOTO, A. R., et al. Impacto da formação dos educadores em escolas do estado de São Paulo. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp. 125-140). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.

PEREIRA, A. L. D. Evidências da efetividade da proposta pedagógica junto aos diferentes atores: principais resultados da avaliação externa da quinta e sexta edições do curso. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp. 56-65). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.

PEREIRA, S. E. F. N. **Redes sociais de adolescentes em contexto de vulnerabilidade social e sua relação com os riscos de envolvimento com as drogas** (Tese de doutorado, não publicada). Universidade de Brasília, 2009.

PEREIRA, S. E. F. N.; SUDBRACK, M. F. O.; ALMEIDA, M. M. Acolhimento para os adolescentes em situação de risco. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede**

para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014) (pp. 347-365). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.

POLONIA, A. DAC., NEIVA, E. R., JUSTINO, I. C., TOTUGUI, M. L., & SUDBRACK, M. F. O. Pesquisa do Impacto do Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas: quinta edição (2012-2013). In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp. 109-124). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.

RODRIGUES, D. R. S DA R., & BIAS, E. DE S. Abrangência e capilaridade nos territórios – estudos cartográficos e do acompanhamento do curso – dez anos e programa “*Crack, é possível vencer*”. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp.93-108). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.

SCHENKER, M.;MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o abuso de drogas na adolescência. **Ciências & Saúde Coletiva**, 10(3), 707-717, 2015.

SILVA, F. L. da S. **Violência e drogas na escola e imediações: ótica de educadores sociais da segurança pública** (Dissertação de

- mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, 2011.
- SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SOBRINHO, W. R. **O papel do policial como parceiro da escola na prevenção do uso de drogas: análise de intervenções junto a adolescentes envolvidos com uso e tráfico de drogas**. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- SOUZA, M. L. P. **Fatores de risco e proteção do uso de drogas em escolas e sua relação com o clima escolar: o que pensam os educadores do DF** (Tese de doutorado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- SOUZA, M. L. P., et al. Construindo redes e fortalecendo escolas: uma experiência de pesquisa-ação em escolas públicas do Distrito Federal com educadores partícipes do Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas do Prodequi/UnB. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp. 55-64). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.
- SOUZA, M. L. P.; SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A prevenção do uso de drogas na escola. In M. I. G. Conceição, M. I. Tafuri, & D. S. Chaterlat (Eds.), **Psicologia Clínica e Cultura 2** (pp. 243-262). Brasília: Technopolitik, 2015.
- SUDBRACK, M.F.O.; ALMEIDA, M.M.; SANTOS, J.B.; **Situações de Risco e Situações de Proteção nas Redes Sociais de Adolescentes**. In:

Portal Aberta - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2016. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095112-001.pdf>

SUDBRACK, A.W., et al. Impacto da formação continuada em educadores das escolas da região sul – Polo Sul: Porto Alegre e região metropolitana. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp. 179-192). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.

SUDBRACK, M. F. O. Construindo redes sociais: metodologia de prevenção à drogradição e à marginalização de adolescentes de famílias de baixa renda. In R. M. Macedo (Ed.), **Família e Comunidade** (pp. 84-113). São Paulo: Associação Nacional de Pesquisa em Pós-graduação, 1996.

SUDBRACK, M. F. O. Abordagem comunitária e redes sociais: um novo paradigma na prevenção da drogradição. In D. B. B. de Carvalho, & M. T. da Silva (Eds.), **Cadernos do Prodequi** (vol. 1, pp. 162-175). Brasília, DF: Ministério da Saúde, UNDCP, 1999.

SUDBRACK, M. F. O. Drogas e complexidade: do caos a transformação. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, & L. Costa (Eds.), **Curso de prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas** (pp. 162-166). Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2014.

SUDBRACK, M. F. O. O trabalho comunitário e a construção de redes sociais. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, & L. Costa (Eds.), **Curso de**

prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas (pp. 187-195). Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2014b.

SUDBRACK, M. F. O. Acolhendo adolescentes em situação de risco pelo envolvimento com drogas no contexto de vulnerabilidade social e pobreza. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, & L. Costa (Eds.), **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas/Secretaria Nacional de sobre Drogas, Ministério da Educação** (5ª ed., pp. 184-187). Brasília: Ministério da Justiça, 2014c.

SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; COSTA, L. **Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas** (2ª ed., reedição revisada). Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, Ministério da Educação, 2008.

SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; COSTA, L. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas** (4ª ed., p. 286). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010a.

SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; COSTA, L. **Caderno de Tarefas do curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas** (vol. 1, pp. 8-13). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010b.

SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; COSTA, L. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas** (5ª ed., p. 272). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2012.

SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; COSTA, L. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas / Secretaria**

Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Educação (6ª ed.). Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

SUDBRACK, M.F.O.; CONCEIÇÃO, M.I.G.; RAMOS, M.E.C. Escola em rede: políticas públicas integradas na prevenção do uso de drogas para crianças e adolescentes. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, & L. Costa (Eds.), **Curso de prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas** (pp. 75-82). Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2014.

SUDBRACK, M.F.O.; DALBOSCO, C. Escola como contexto de proteção: refletindo sobre o papel do educador na prevenção ao uso indevido de drogas. **Simpósio Internacional do Adolescente**, São Paulo, 2005, maio.

SUDBRACK, M.F.O. O Trabalho Comunitário e a Construção de Redes Sociais: uma nova forma de pensar e de prevenir o uso indevido de drogas. In Sudbrack, et al. (org.) **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: Diga Sim à Vida**: CEAD, UNB; SENAD/SGI/PR, volume 2, Unidade 8, livro 3, pp. 25-26. Brasília, 2000. ISBN 85-86290-20-

SUDBRACK, M.F.O.; VASCONCELOS, M.L. Mapa da rede da escola: mobilização da escola em rede para a prevenção do uso de drogas. In E. M. F. Seidl, L. de F. Leite, M. F. O. Sudbrack, M. L. de S. Póvoa, & R. L. S. Pedroza (Eds.), **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas: construindo o projeto de prevenção do uso de drogas da escola**. Brasília: Ed. Brasília, 2014.

TEIXEIRA, C.M.F.S.; NASCIMENTO, S.R. Impacto da formação dos educadores em escolas do estado de Goiás: criando conversações e possibilidades de ações colaborativas na escola. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A**

escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014) (pp. 217-230). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.

UNICEF. **Relatório da situação da adolescência brasileira**. Brasília: Autor. Vasconcelos, M. L. (2008). **Avaliação das sociais da escolar – uma estratégia de prevenção do uso de drogas** (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

VIANA, S.M.R.; VIANNA, V.M.R. O impacto da formação continuada de educadores da região norte. In M. F. O. Sudbrack, M. I. G. Conceição, E. M. F. Seidl, & M. A. Gussi (Eds.), **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi/PCL/IP/UNB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp. 245-268). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.

YARIA, J. A. **Drogas, escuela, familia y prevención**. Buenos Aires: Editorial Bonum, 2005.



10

Representações sociais de educadores sobre situações problema relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar¹

Carla Dalbosco

Este capítulo apresenta resultados de uma pesquisa de doutorado desenvolvida sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Fátima Olivier Sudbrack no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília – UnB. O estudo foi realizado com educadores de escolas públicas de todo o Brasil, e teve por objetivo identificar diferentes situações-problema vinculadas ao uso de substâncias psicoativas identificadas no cotidiano escolar. A proposta foi conhecer como os educadores concebem e enfrentam esses desafios.

¹Texto publicado originalmente no livro: SUDBRACK, M.F.O.; CONCEIÇÃO, M.I.G.; SEIDL, E.M.F.; GUSSI, M.A.(Org.). **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo-experiência e pesquisa do Prodequi /PCL/IP/UnB nos dez anos de formação de educadores de escolas públicas para a prevenção do uso de drogas (2004-2014)** (pp. 285-298). Campinas: Armazém do Ipê, 2015.

Introdução

É consenso que o uso de drogas representa um grave problema de saúde pública em nível global e, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), este fato demanda a formulação de políticas governamentais de saúde e bem-estar associadas a outras políticas sociais, tendo em vista que o consumo afeta não apenas os usuários, mas suas famílias, amigos e comunidade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Nesse cenário desafiador, destaca-se a crescente preocupação social com o uso de álcool e outras drogas por adolescentes e jovens. O último levantamento sobre o consumo de drogas entre estudantes de escolas públicas e privadas das 27 capitais do país, realizado em 2010, aponta que 42,4% dos estudantes fizeram uso de álcool no último ano. Nesse mesmo período, excetuando-se álcool e tabaco, 9,9% dos estudantes das escolas públicas utilizaram algum tipo de droga, enquanto na rede particular esse número foi de 13,6% (Senad, 2010). Agrega-se a esses dados o fato do cotidiano de alguns grupos de adolescentes e jovens ser atingido pela banalização da violência, vulnerabilidades sociais e envolvimento com o tráfico de drogas.

Essa realidade reforça a necessidade de disseminar estratégias eficazes de prevenção do consumo voltadas a diferentes contextos (BRASIL, 2005) com destaque para a escola, uma vez que os educadores têm papel fundamental na formação integral de seus educandos. A interface cada vez mais próxima entre saúde e educação mostra que a escola deve incluir o tema drogas em seu projeto político pedagógico, preparando-se para lidar com as situações-problema que se apresentam. Para tal, conhecer a visão dos educadores em relação às diferentes

substâncias e seus usuários é um ponto de partida para acessar as representações sociais (MOSCOVICI, 2003) que podem vir a influenciar as práticas educativas.

A partir desse foco, foi realizada uma pesquisa com o objetivo de conhecer as concepções de educadores de escolas públicas sobre o enfrentamento de circunstâncias envolvendo álcool e outras drogas em escolas públicas do Brasil, seja pela presença do consumo ou pelo tráfico de substâncias ilícitas. Os educadores foram acessados a partir de um curso a distância realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad/MJ) em parceria com o Ministério da Educação (MEC), e executado pelo Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (Prodequi/UnB).

O fenômeno do uso de drogas é multifacetado e complexo por natureza e, para compreender a construção de seu significado cultural foi utilizado como referencial teórico de base a teoria das representações sociais (MOSCOVICI, 2003; JODELET, 2001), entendida como um conhecimento socialmente construído e partilhado por um conjunto social. A partir dele, procurou-se entender as construções e a produção de sentidos evocadas ao redor do núcleo figurativo *drogas e escola*, que resultaram na tese de doutorado da autora.

A escolha pelo termo situação-problema apoiou-se no argumento apresentado por Marques (2011), de que estas situações são vivências relacionadas ao uso e/ou tráfico de drogas no cotidiano escolar, nas quais o educador foi protagonista, testemunha ou atuou diretamente. As representações aparecem ao se refletir sobre esses incidentes e tentar compreendê-los, pois a pessoa constrói uma narração subjetiva sobre uma história real vivida a partir de sua experiência (FLICK, 2011).

Para Santos, Sudbrack e Almeida (2010), alguns fatores presentes no ambiente escolar podem aumentar o risco da ocorrência de situações-problema: falta de normas, regras e limites claros; relações desrespeitosas; falta de responsabilidade dos agentes educativos (professores, diretores, servidores); ausência de relação entre a família e a escola; ausência de expectativas positivas em relação ao desempenho dos alunos; falta de atividades que estimulem a participação juvenil; relações preconceituosas para com os alunos; falta de afetividade nas relações; autoritarismo ou permissividade; entre outros. É preciso destacar também, a questão da acessibilidade a drogas lícitas na escola e nas redondezas, como o álcool e o tabaco.

Além disso, enquanto o professor apresentar sentimentos negativos em relação à abordagem do tema drogas, será quase impossível que consiga se comprometer com o trabalho preventivo. Qualquer representação social será ajustada ao sistema de valores e referências já existente, dependendo do contexto social e histórico ao qual pertence. A forma como o educador representa a temática pode provocar medo e o afastar de qualquer tentativa de tratar do assunto (RIBEIRO, 2008).

Método

Foram sujeitos desta pesquisa 2.288 educadores de escolas públicas das cinco regiões brasileiras, participantes da quarta edição do curso de extensão universitária *Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas*. Essa capacitação, com duração de 180 horas, foi ofertada na modalidade a distância para 25 mil profissionais dos 26 estados do país e Distrito Federal.

A amostra foi por adesão e os educadores participantes

preencheram um questionário disponibilizado na plataforma de aprendizagem do curso. Esse instrumento original desenvolvido por Marques (2011), continha perguntas abertas e fechadas para identificação das situações-problema relacionadas ao uso de álcool e outras drogas na escola, bem como o conhecimento de estratégias utilizadas para enfrentamento da questão.

Em relação ao perfil sociodemográfico, os participantes eram predominantemente do sexo feminino (84%), faixa etária entre 30 e 49 anos (72%), e escolaridade em nível de especialização (48%). A maioria dos participantes atua como professor em sala de aula, mas também houve a participação de profissionais que exercem outras funções, tais como direção, coordenação, trabalhos administrativos e de secretaria, orientação educacional, entre outros.

Para análise dos dados, optou-se por uma abordagem de cunho teórico-metodológico qualitativo, com vistas a dar visibilidade e identificar representações sociais existentes no discurso dos educadores. Para Bauer e Aarts (2010), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações.

Para auxiliar nessa tarefa, foi utilizado o *software* Alceste, que, numa livre tradução, significa "Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto". Desenvolvido na França, por Max Reinert, em 1983, consiste em um programa para análise quantitativa de dados textuais, muito utilizado na compreensão de representações sociais (CAMARGO, 2005).

Gaskell (2010) diz que a utilização de programas de computador facilita a ligação entre os enfoques qualitativos e quantitativo. Porém, é preciso lembrar que os *softwares* não substituem as habilidades do

pesquisador: “os computadores não farão nunca o trabalho intuitivo e criativo que é parte essencial da análise qualitativa” (p. 88). Por isso, após a identificação das classes formuladas pelo ALCESTE, optou-se por estabelecer um segundo eixo de análise sobre os principais temas, a partir do qual foram construídos indicadores qualitativos utilizando o modelo construtivo-interpretativo (GONZÁLEZ REY, 2002; 2005). Banchs (2002) percebe convergência entre o enfoque da subjetividade proposto por González Rey e a teoria das representações sociais, desenvolvida por Moscovici. Em ambas as teorias o ser humano é definido como ativo, construtivo, dinâmico e em permanente conflito e mudança.

Resultados

Os resultados obtidos com a utilização do Alceste demonstraram que, na visão dos educadores, nenhum contexto está livre de riscos: a situação-problema pode ocorrer na família ou comunidade em que o adolescente vive, nos arredores da escola, no interior da **escola** ou mesmo dentro da **sala de aula**. A análise das Unidades de Contexto Elementares (UCEs) sobre a natureza das situações-problema enfrentadas permitiu identificar sete classes e suas correlações, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Eixos e classes relacionadas à situação-problema

Eixo	Classe
Eixo 1 – Oferta de drogas e identificação do uso nas dependências da escola	Classe 1 - Consumo de drogas ilícitas no ambiente escolar: situações-problema identificadas por diversos atores (alunos, educadores, funcionários). Articulação com a rede externa (polícia, conselho tutelar).
	Classe 5 - Consumo de álcool no ambiente escolar: situações-problema relacionadas ao uso de álcool dentro da escola. Acionamento da direção da escola e família.
	Classe 6 – Rede de apoio à escola: acionamento da rede familiar, conselho tutelar, rede de saúde, segurança pública e assistência social.
Eixo 2 – Associação drogas e violência dentro da sala de aula e fora da escola: tráfico e situações de risco	Classe 2 - Conflitos e violência dentro da sala de aula em decorrência do consumo de álcool e outras drogas.
	Classe 4 – Consumo e manipulação de drogas dentro da sala de aula.
	Classe 3 - Situações de risco fora do ambiente escolar que refletem na escola: violência, tráfico e uso de drogas na família.
	Classe 7 - Contexto do medo: ameaças e situações de risco aos educadores e à escola.

Como primeiro achado, a partir das classes geradas (eixo 2), encontra-se a representação de que **drogas e violência se misturam**, pois, na visão dos educadores, esses dois elementos aparecem correlacionados. A violência é parte do cotidiano de educadores e educandos, expostos a fatores de risco dentro da escola e até da própria sala de aula.

É possível verificar também que há diferentes abordagens e encaminhamentos propostos para as situações-problema enfrentadas (eixo 1). Quando as situações envolvem o consumo de drogas lícitas, há uma visão mais tolerante. O álcool é visto como uma droga menos prejudicial, talvez por sua inserção em hábitos culturais. Situações-problema que envolvem o consumo de álcool são resolvidas, na maioria das vezes, com ativação de recursos da rede interna: o próprio educador, a direção e, no máximo, familiares do adolescente.

Quando se trata do consumo de **drogas ilícitas**, há uma preocupação maior do educador com a saúde do adolescente e possíveis alterações de comportamento. Outro ponto importante é a associação direta com a violência em suas diversas interfaces, a marginalidade e os riscos associados ao contexto do tráfico de drogas, como assassinatos, por exemplo. Nesses casos, o educador recorre a equipamentos da rede externa, com destaque para a rede de segurança pública.

Em outros níveis de análise, destaca-se também a ambiguidade sobre o que é considerada uma “**boa resolução**” da situação-problema. Alguns educadores veem a exclusão/expulsão do aluno como uma solução, já outros, percebem como um fracasso da escola. Por isso, a visão de mundo do educador e dos gestores da escola será determinante para a escolha do tipo de encaminhamento do caso:

O maior desafio é encarar o problema e tentar ajudar, porém, é muito mais prático excluir o aluno. Deveria haver uma lei e projetos que impedissem as escolas tomarem essas atitudes. (UCE)

As resoluções propostas para a situação-problema vão desde encaminhamentos arbitrários e excludentes (que culminam com a expulsão do aluno), relações causais lineares entre drogas e violência até a busca por resoluções que tracem caminhos a médio prazo, com vistas à reinserção do usuário e sua inclusão na escola. Assim, lidar com a situação-problema é uma oportunidade de compreender o papel da escola enquanto matriz formadora social.

Entre os indicadores relacionados à **visão da escola**, destaca-se que “a escola não é atrativa” para os alunos. A seguinte unidade de contexto exemplifica essa posição:

O maior desafio para os educadores é tornar significativas as atividades propostas na escola, pois, se fossemos atraentes do ponto de vista cognitivo de descoberta do conhecimento, se a escola fosse um espaço de vivências, de conflitos, provavelmente ele buscaria compreender seus desejos e resolvê-los de outra forma(...).(UCE)²

Percebe-se a referência dos educadores a uma escola e um modelo de educação que não dá conta de despertar o interesse de seus alunos, de formá-los para a cidadania, o que acaba refletindo na dificuldade que a instituição tem de lidar com o tema drogas.

Morin (2000) diz que a supremacia do conhecimento fragmentado em disciplinas “impede o estabelecimento de vínculos entre as partes e a

²Cada Unidade de Contexto Elementar (UCE) refere-se a um fragmento temático representativo das concepções dos educadores sobre o tema.

totalidade e deve ser substituído por um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto” (p. 14). Para esse autor, é necessária uma reforma do pensamento que dê conta, não apenas de articular e organizar os conhecimentos, mas também conhecer os problemas do mundo. Essa posição evidencia que a escola deve estar atenta em suas práticas para não reproduzir o discurso fragmentado dominante, repensando como trata os desafios impostos para a juventude deste início de milênio (drogas, violência). Em muitas unidades de contexto da pesquisa, encontra-se: “a escola está entregue à própria sorte”; “a escola abandona o jovem”; “repassa responsabilidades”. O que se vê não é a formação de parcerias para o enfrentamento de situações-problema relacionadas a drogas, mas o repasse de responsabilidades. Isso gera descompromisso por parte da instituição e dos profissionais que a compõem: medicalizam, judicializam, policializam.

As situações enfrentadas tornam-se problemas a serem resolvidos, mas que paralisam ainda mais a instituição. Nesse sentido, alguns educadores referem estar “de mãos atadas”, afinal, “tudo na escola é tão escondido”. Ou seja, mesmo no enfrentamento de situações-problema muito concretas, alguns conflitos não podem ser explicitados, pois, trazem à tona problemas sobre os quais a escola não quer falar. A sensação de medo generalizado gerada por essas situações foi bastante evidenciada em muitas narrativas, porém, para esses educadores, “a escola age como se nada estivesse acontecendo”.

Os resultados mostram que as escolas sentem-se desprotegidas. Há consumo nas imediações, dentro do muro da escola e até mesmo em sala de aula. Na visão dos educadores, a escola falha na proteção ao aluno e é mais um espaço “destruído pela droga”. A situação de risco é maior que a própria instituição e que qualquer ação proposta. A escola sozinha não dá

conta e precisa contar com as diversas redes, pois, é necessário que “a escola saia do casulo”.

Mas, para além dessa paralisia, também foram encontradas representações mais inclusivas, de aproximação com as famílias e com outras instituições para o fortalecimento de ações conjuntas. Esse é um caminho positivo para que a escola torne-se um ambiente atrativo em vários níveis. A função das instituições escolares precisa ser resgatada, juntamente com as garantias asseguradas pelas políticas públicas voltadas à juventude e suas famílias: proteção à infância, melhoria da qualidade de vida, educação para a saúde, prevenção, garantia de direitos.

Em relação aos indicadores relacionados ao papel dos próprios **educadores**, o mais evidente é que o educador percebe-se como tendo que ser o “salvador”. Porém, os resultados mostram que esse profissional também está exposto à violência que vem do tráfico, dos próprios alunos, da família, da falta de apoio da instituição. Sente-se sozinho e despreparado, por vezes, desacreditado:

Na situação não houve desafio, houve tristeza por me achar impotente diante da situação; porque o mais difícil era fazer os alunos usuários entenderem que precisavam de ajuda. (UCE)

Constata-se que o papel ativo do professor é fundamental para que qualquer ação no contexto escolar tenha sucesso, seja a capacidade de dialogar, o conhecimento, a articulação com a rede, entre outras:

Primeiro, buscar ajuda imediata para salvar aquela vida; segundo, ter a certeza da responsabilidade que tenho, enquanto professora, na formação de uma consciência crítica, questionadora, firme, determinada, capaz de saber reconhecer os malefícios do uso de drogas e ser capaz de resistir aos muitos

apelos. Podemos contribuir positivamente, nesse caminhar dos nossos(as) jovens. (UCE)

O mais desafiador é "despir-se" dos preconceitos, dos julgamentos e assumir a postura de educador (no sentido mais amplo da palavra) e não "simplesmente" de professor (conteúdo, currículo...). Assumir a postura do colega que acolhe, entende e procura ajudar. (UCE)

Para atingir esses objetivos, conforme constatado, o educador deve desenvolver competências para abordar o tema. Entre essas competências, destaca-se a necessidade de acesso a conteúdo técnico sobre drogas e também sobre outros temas correlatos. Por esse motivo, há uma representação social presente de que a participação em cursos de aperfeiçoamento é fundamental para a compreensão do tema drogas. Por isso, o curso de prevenção do uso de drogas para educadores é referido em muitas narrativas como sendo uma importante ferramenta para subsidiar o educador a melhorar a sua atuação:

Saber como sensibilizar o conteúdo, trabalhar com pessoas que já estão no problema ou nesta situação não é muito fácil, e eu tenho resistência, por isso estou no curso, para quebrar isto. (UCE)

Na visão de Meira (2007), alunos e professores estão pouco preparados para lidar com fenômenos a partir de uma visão complexa do mundo. Entre os achados, encontram-se educadores conscientes a respeito da necessidade de criação de novas formas de aprendizagem que valorizem a produção de sentidos. Isso depende, em parte, da revisão dos

parâmetros curriculares e de ensino-aprendizagem atuais. Essa posição fica clara quando os educadores relatam a necessidade de um melhor preparo para as ações de educação para a saúde, por exemplo, e de “formação para a vida”. A experiência de vida, a maturidade para lidar com as situações-problema enfrentadas também despontam como competência necessária a um bom encaminhamento da questão e para ajudar a “formar os jovens para a vida”.

Porém, existem posições opostas a essas, que revelam um desejo de livrar-se rapidamente do problema ou mesmo ignorá-lo: “sabemos que existe (o consumo de drogas), mas não queremos ver”. Algumas expressões escritas desses educadores mostram uma contradição intrínseca: ao mesmo tempo em que querem valorizar as ações preventivas e um olhar acolhedor sobre o usuário de drogas, apresentam comportamentos preconceituosos, excludentes dos alunos usuários, colocando-os como bodes expiatórios do “mal que atinge a escola”, que devem ser afastados sem segunda chance.

Uma das categorias que pode ser construída a partir de conteúdos que emergiram é que, muitas vezes, a escola busca um **sentido adaptacionista** do aluno, sua adequação à expectativa social. O “bom aluno” é aquele que não questiona, não “dá problemas”, é docilizado e corresponde às expectativas do educador. Por isso, o julgamento realizado pelo educador a respeito do que seja uma boa resolução para a situação-problema variou de acordo com a representação social que tem sobre o tema. Afastar o “aluno-problema” pode ser encarado como uma boa resolução, pois, sua ausência passa a ser confortável para quem fica, por afastar os outros adolescentes da má influência causada.

Por outro lado, apesar da sensação de alívio, o afastamento do aluno pode gerar um incômodo no educador, que fica com a sensação de

que houve falha em algum ponto: seja dele, individualmente como profissional, ou da escola como instituição. Entende-se que o esperado deveria ser a construção do caminho inverso, que lograsse trazer o aluno para perto da escola, ajudando-o na construção de seu projeto de vida e na promoção de uma vida saudável.

Uma das razões que leva ao insucesso das ações de prevenção é focar os problemas associados ao uso de drogas a partir de uma única perspectiva, sem levar em conta a dinâmica complexa que os envolve. Por isso, todo o cuidado é pouco na abordagem da questão, e a disponibilização de informações qualificadas sobre o tema poderá contribuir para “enfrentar o preconceito sobre usuários e a falta de conhecimento específico sobre as drogas”. Assim, o educador estará mais seguro para implementar ações preventivas.

Considerações Finais

Os desafios para a construção de políticas de prevenção são muitos. A escola não se sente preparada para lidar com o fato da socialização de uma parcela da juventude brasileira passar pela experimentação, ou mesmo pelo abuso de álcool e outras drogas. Esse fato gera a paralisação dos educadores, que não sabem como agir frente a essa problemática, principalmente quando as situações-problema estão presentes no próprio contexto escolar.

Para Jodelet (2001), “criamos as representações sociais para tornar *familiar o não familiar*”. (p. 108). Esse movimento vem a serviço do bem-estar, pois tendemos a rejeitar o diferente, negar as novas informações e percepções que trazem desconforto. As representações identificadas nesta pesquisa revelaram, de forma impactante, a diversidade de questões com

as quais o educador deve estar preparado para lidar: situações de violência, consumo de drogas na escola e na sala de aula, falta de apoio da rede de serviços, falta de apoio interno, medo, presença do tráfico de drogas, ameaças, dificuldade de aproximação com os adolescentes, falta de articulação com a rede familiar, falta de figuras de autoridade, entre tantas outras vislumbradas em suas narrativas.

A presença de situações-problema relacionadas a drogas na escola permite compreender a rede de significações ensejada pelo tema na realidade de contextos escolares específicos de nosso país. O primeiro passo para uma política de prevenção bem-sucedida é que ela responda às demandas do contexto social no qual será implementada. Por isso, dar visibilidade às representações sociais dos educadores sobre o enfrentamento dessas situações é essencial para nortear ações futuras que ofereçam respostas coerentes aos problemas enfrentados.

As demandas emergentes vão muito além da prevenção em nível universal, ou seja, àquelas voltadas para a população em geral, que não está exposta a riscos diretos. As situações-problema relatadas, ao indicarem a existência do consumo de drogas por alunos, dão um indicativo da necessidade de preparar a escola para ações preventivas no nível seletivo, uma vez que os fatores de risco relacionados ao consumo e ao tráfico já se encontram instalados no ambiente escolar.

É preciso, também, desconstruir a análise simplista da relação drogas e violência. Muitas vezes, é disseminada uma visão dúbia em relação ao jovem, que fica no “entrelugar”, ora como vítima de uma ordem social, ora como gerador da desordem social. No caso do adolescente vulnerável pelo consumo de drogas ou envolvimento com o tráfico, este passa a ocupar um “não-lugar” e, assim, deixa de existir como sujeito e cidadão e passa a ser um problema social. Muitas vezes, por seu

despreparo em lidar com o adolescente, o educador, ao invés de aproximá-lo da escola, o exclui ainda mais.

A prevenção deve ser pensada a partir da formação do educador, da mudança de paradigma e de suas representações estereotipadas sobre o adolescente, para avançar em busca de novas possibilidades. Da mesma forma, as ações propostas devem ser realistas e construídas a partir da experiência e da prática dos educadores. Neste estudo, os educadores parecem estar pedindo mais preparo que conteúdo. Ou seja, a complexidade envolvida na abordagem da temática drogas exige respostas integradas para além do conhecimento técnico.

Espera-se que os resultados aqui alcançados possam ajudar a avançar em outros níveis de trabalho educacional e de ações preventivas, que deem conta da diversidade do país. Educação para a saúde, educadores capacitados, famílias participativas, alunos com projeto de vida, escola protegida, apoio das redes da justiça, saúde e segurança pública: estes parecem ser os elementos que ajudarão a escola no enfrentamento da questão. É imprescindível a continuidade de pesquisas na área, pois as políticas públicas só farão sentido se puderem ser trazidas para a realidade cotidiana.

Referências

BANCHS, M. A. Representaciones sociales y subjetividad. Em O. Furtado & F. L. González Rey (Orgs.). **Por Uma Epistemologia da Subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais.** (pp. 43-64). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

- BAUER, M. W.; AARTS, B. A. Construção do *Corpus*: um princípio para a coleta de dados qualitativos. Em M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático** (8a ed.). (pp. 39-63) (P. A. Guareschi, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.
- CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Em A. Moreira, S. Paredes, J. Correia & B. V. Camargo (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. (pp. 511-539). João Pessoa: Ed. Universitária, UFPB, 2005.
- FLICK, U. Entrevista Episódica. Em: M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático** (8a ed.). (pp. 114-136) (P. A. Guareschi, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- GASKELL, G. *Entrevistas Individuais e Grupais*. Em: M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático** (8a ed.). (P. A. Guareschi, Trad., pp. 64-89). Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- GONZÁLEZ REY, F. L. La subjetividad: su significación para La Ciência Psicológica. Em: O. Furtado & F. L. González Rey (Orgs.). **Por Uma Epistemologia da Subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais**. (pp.19-42). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. (M. A. F. Silva, trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

- JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. Em: D. Jodelet (Org.). **As Representações Sociais**. (L. Ulup, trad., pp. 17-44). Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001.
- MARQUES, R. H. B. **Situações-problema relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar: narrativas de educadores do ensino público da Região Centro-Oeste**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011.
- MEIRA, L. Psicologia e a Cultura do Complexo na Escola. Em: M. A. T. Ribeiro, J. S. Bernardes & C. E. Lang (Orgs.). **A Produção na Diversidade: compromissos éticos e políticos em psicologia**. (pp. 75-86). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- MORIN, E. **Os Sete Saberes necessários à educação do futuro**. (2a ed.). São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- RIBEIRO, F. R. M. **Drogas e Alunos Usuários de Drogas na Escola: estudo de representações sociais de professores do ensino médio da rede estadual de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP, 2008.
- SANTOS, J. B.; SUDBRACK, M. F. O.; ALMEIDA, M. M. Situações de Risco e Situações de Proteção nas Redes Sociais de Adolescentes. Em: Brasil, Presidência da República. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
- SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas**

Públicas. Brasília: Universidade de Brasília/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, (2010).

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** São Paulo: CEBRID; Brasília: SENAD, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World Drug Report 2015.* Recuperado em 03 setembro, 2015 de http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Status Report: alcohol policy.* Recuperado em 25 novembro, 2010, de http://www.who.int/substance_abuse/publications/em/Alcohol%20Policy%20Report.pdf, 2004.



11

Fortalecendo a escola na comunidade

*Eroy Aparecida da Silva
Denise De Micheli*

Este capítulo discutirá a importância do fortalecimento da escola como agente de prevenção na comunidade, focalizando a educação preventiva, cuja base está na prática de promoção à saúde de um modo geral, e não apenas na questão do consumo de substâncias isoladamente. Trabalharemos, ainda, o conceito de promoção de saúde a partir de uma perspectiva ampla de ações, a saber: políticas públicas, programas que enfatizam a qualidade de vida em diferentes esferas (cuja finalidade é aumentar a saúde e o bem-estar geral), ações voltadas para o coletivo e para o ambiente onde as pessoas estão inseridas em suas diferentes fases do ciclo de vida (DIEHL; GOMES, 2014).

Introdução

O uso nocivo de drogas é um tema que traz desafios às várias áreas do conhecimento, tanto no mundo como no Brasil. Neste sentido, a prevenção apresenta um amplo espectro de intervenções, desde a prevenção para toda comunidade, denominada pela OMS de *Universal*, passando pela prevenção *Seletiva* (incluindo os usuários com consumo abusivo), até a prevenção *Indicada*, ou seja, voltada ao tratamento (WHO, 2004).

A prevenção no âmbito escolar e comunitário está relacionada a uma maneira de lidar com a questão sob a perspectiva da educação preventiva, cujo foco é a identificação das situações vulnerabilizantes, seja no interior da escola, da família ou externamente, envolvendo a comunidade; dentre elas, o uso problemático ou nocivo de substâncias.

Atualmente, a construção de programas voltados para a promoção de saúde priorizam a importância de fortalecer parcerias nos ambientes comunitários, tais como escolas, locais de trabalho, organizações não governamentais de credibilidade junto à comunidade e as organizações de saúde, como por exemplo, a Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Todavia, de modo geral, estas intervenções preventivas, quando ocorrem, são pontuais e realizadas de forma isolada. A escola, na maioria das vezes, não oferece aos seus professores e funcionários programas voltados para a qualidade de vida, no sentido de melhorar a autoestima e a motivação do grupo de educadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Neste sentido, a escola é um importante agente na comunidade, pois tem um papel significativo, não apenas no processo de aprendizagem de crianças e adolescentes, mas também na socialização, na formação e

consolidação da ética e exercício da cidadania, elementos importantes para a vida em comunidade (CODY; SIQUEIRA, 1997; DIEHL; GOMES, 2014; SILVA; DE MICHELI, 2015).

As propostas para a inclusão das escolas nos projetos preventivos denominados de escolas promotoras de saúde surgiram no Brasil no final da década de 1980, enfatizando a importância da promoção de saúde no âmbito coletivo e envolvendo todo o espaço geopolítico ao redor da escola. A escola passou, então, a ser o local privilegiado para prevenção baseada em educação preventiva em saúde que, no sentido mais amplo, está relacionada ao processo de educação para vida, uma vez que, juntamente com a família, é corresponsável pela formação de pessoas. Muitos educadores, entretanto, ainda consideram que a educação em saúde está restrita a hábitos de higiene corporal. No entanto, esta questão é muito mais abrangente, e está vinculada ao exercício de aprendizagem e instrumentalização para enfrentar e lidar com a vida, de forma autônoma e cidadã, em um mundo repleto de incertezas (DIEHL; FIGLIE, 2014).

De modo geral, a promoção em saúde no ambiente escolar baseada na educação preventiva está composta por alguns elementos básicos: criação e manutenção de ambientação relacional, física e psicossocial adequada; desenvolvimento de habilidades para lidar com a vida; oferta de serviços de saúde, lazer e cultura. Por isso, após o sistema de cuidados familiares, a escola é um dos principais pilares a ser fortalecido nas comunidades, pois é neste ambiente que a prevenção assume seu papel de responsabilidade coletiva (RONZANI; SILVA, 2014).

As intervenções preventivas seguem dois caminhos básicos que, invariavelmente, caminham juntos: a) identificação de fatores protetivos e de risco, existentes tanto na pessoa, como na família, na escola e comunidade; b) fortalecimento dos fatores protetivos e diminuição dos de riscos.

Concepções gerais de fatores protetivos e de e riscos envolvendo o ambiente escolar, família e comunidade: ação integrada de esforços

Um desafio importante na área de prevenção é a identificação sistêmica dos fatores de risco e protetivos para reduzir o início do uso nocivo de substâncias, principalmente entre adolescentes, cotidianamente expostos à presença do consumo desmedido de álcool e outras substâncias lícitas. Estas drogas seduzem seus imaginários, seja pelas propagandas glamourosas associadas ao sucesso, prazer e diversão, seja pela falta de controle social em relação ao consumo, pressão de pertencimentos aos grupos sociais, ou ainda, pelo aprendizado de convivência com cuidadores/pais já dependentes.

Fatores de risco são situações que predisõem as pessoas a maiores vulnerabilidades, tanto em relação à experimentação quanto ao abuso de drogas; enquanto que os fatores protetivos estão relacionados com a redução do potencial de abuso, aumentando a capacidade de resistência a esta experimentação (DIEHL; FIGLIE, 2014, NASCIMENTO; DE MICHELI, 2015). Embora vários estudos apontem situações individuais que predisõem as pessoas tanto a riscos, como proteção para o consumo nocivo de substâncias, estas singularidades não podem ser consideradas de forma isolada. As situações de risco e proteção estão presentes em muitos contextos e fases dos ciclos vitais (SILVA; DE MICHELI, 2015). Neste capítulo focalizaremos especialmente estas três ambientações: na escola, na família e na comunidade.

	Fatores de Proteção	Fatores de Risco
Família	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento dos pais nas atividades relacionadas à escola; • Regras claras, firmes e consistentes; • Equilíbrio na dinâmica familiar; • Capacidade de escuta e negociação; • Habilidade no acolhimento familiar. • Comunicação clara • Cuidado e Monitoramento dos cuidadores em relação às atividades dos filhos 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de envolvimento dos pais na vida dos filhos; • Uso nocivo de substâncias pelos pais; • Altas exigências desempenho filhos; • Desinteresse ou negligência em relação ao cuidado dos filhos; • Grau baixo de supervisão e ou regras; • Prejuízo cognitivo dos pais.
Escola	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais das escolas capacitados para estimular as crianças e adolescentes a tornar o ambiente escolar motivador. • Adolescentes envolvidos através da escola em atividades comunitárias. • Ambientação escolar apoiador. • Projetos de prevenção no espaço da escola. • Interesse da direção e dos educadores pelos alunos • Inclusão das famílias nas atividades da escola. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de trabalho preventivo no ambiente escolar. • Baixo interesse e comprometimento para com a escola. • Escolas não promotoras de consciência comunitária e colaboração. • Comunidade escolar sem capacitação adequada para lidar com as crianças e adolescentes. • Julgamento e estigmas da equipe escolar. • Disponibilidade de substâncias psicotrópicas ao redor da escola.

Comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Suporte Social• Participação da família, nos espaços da escola, centros ou associações comunitárias• Ações concretas e fiscalização para reduzir a compra de bebidas alcoólicas por adolescentes.• Taxação alta de impostos de drogas licitas, como bebidas alcólicas, tabaco;• Envolvimento da comunidade na construção de programas de conscientização sobre beber e dirigir.• Parceria entre órgãos de saúde pública e comunidade para redução dos pontos de venda de álcool.	<ul style="list-style-type: none">• Baixo suporte social• Facilidade e disponibilidade de acesso às substâncias lícitas e ilícitas.• Baixa relação com a vida comunitária.• Exclusão dos adolescentes em programas da comunidade• Disponibilidade e fácil acesso as substâncias na comunidade.• Não inclusão dos adolescentes na vida comunitária.• Oportunidades reduzidas ou inexistente de inclusão dos adolescentes em atividades culturais, sociais e comunitárias.• Redes sociais permissivas e estimulantes do consumo.
-------------------	---	---

Fonte: Adaptação de Pereira et al. (2010).

É muito importante a compreensão destes fatores, não como deterministas ou oponentes, mas como integrativos, tanto para as situações de risco como para proteção. Uma criança ou adolescente pode apresentar alguns fatores de risco na família e encontrar na escola ou na comunidade vários fatores de proteção, propiciadores do seu desenvolvimento inclusivo. Além disso, estes fatores são importantes de serem identificados e compreendidos quando se pretende trabalhar com prevenção, pois

auxiliam as equipes a não fazerem julgamentos prévios causais e deterministas. Em outras palavras, é fundamental que as pessoas que desenvolvem trabalhos com prevenção se mantenham atualizadas e desprovidas de visões morais e valorativas. Daí a importância de capacitação das equipes nas escolas para lidar com educação preventiva baseada na promoção de saúde, exercício para cidadania, além das propostas voltadas para as ações redutoras de vulnerabilidades (SODELLI, 2015).

Devido à importância do papel intrínseco da escola, esta se torna a grande ponte de união entre a família e a comunidade, evidenciando o papel significativo da educação preventiva em seus espaços, abordando temas transversais relacionados a saúde-educação, dentre eles, o uso de substâncias psicoativas.

Embora exista um consenso entre vários autores sobre a importância da escola na prevenção ao uso de substâncias junto à população de adolescentes (NASCIMENTO; DE MICHELI, 2015; DIEHL; FIGLIE, 2014), o que a realidade nos aponta sobre esse tema no espaço escolar, é que ainda são escassos projetos adequadamente delineados e organizados neste sentido. Isso tem reflexão direta nas práticas dos educadores, que ainda apresentam visões estigmatizadoras baseadas ora no medo, ora no julgamento, ora no senso comum moralizante sobre o tema, dificultando as ações preventivas baseadas nos estudos atuais, que apontam a escola como um espaço propício e favorecedor de prevenção (ARALDI et al., 2012; DALBOSCO, 2011; PLACCO, 2011).

Importância da Interação Escola e Comunidade na Prevenção

Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais¹ (Brasil, PCNs 1998: p. 32), para que aconteça a interação entre a escola e a comunidade, é preciso buscar formas para que a escola esteja mais presente no dia-a-dia da comunidade e também o inverso. A escola não é uma ilha isolada do restante da comunidade, as crianças, educadores, famílias, funcionários das escolas fazem parte dela. Neste sentido, é fundamental que possam estar envolvidos em atividades voltadas para o bem-estar dessa população, de modo que todos os integrantes da escola possam se envolver em atividades voltadas para sua comunidade juntamente com as famílias. A comunidade intra-escola necessita estabelecer trocas com a comunidade extra-escola, a começar por conhecer o entorno e a história de onde está localizada. Muitas vezes, as crianças e adolescentes desconhecem a história da própria comunidade onde vivem. A aproximação dos pais ou cuidadores entre si e com a escola, para além de chamá-los para as reuniões pedagógicas, ou ainda para notificá-los sobre os “possíveis problemas” que seus filhos estão apresentando, é necessária dentro de uma visão ampla da escola promotora e mantenedora de saúde.

Quando as escolas se abrem para a comunidade, muitas situações podem ser enfrentadas conjuntamente. Por exemplo, definir quais as necessidades das crianças e adolescentes não estão sendo atendidas e negociá-las com as várias outras áreas de comércio, equipamentos de saúde, assistência social (roupas, alimentos, cuidados com as crianças, atividades culturais e ou de lazer, vacinação, visitas rotineiras a médicos,

¹Esses parâmetros curriculares são diretrizes que foram estabelecidas pelo Ministério da Educação visando aprimorar o currículo e orientar os educadores quanto a sua atuação. O tema passou por diversas atualizações na linha do tempo. Caso tenha interesse em conhecer mais sobre este tema, sobre as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica e o Plano Nacional de Educação, acesse: portal.mec.gov.br

cuidados dentários) na colaboração e construção de parcerias (COLEMAN; HOFFER, 1987; ETZIONI, 1993; KUMPFER et al., 1989).

A escola pode contar, ainda, com a parceria das famílias e da comunidade nas benfeitorias e melhoras do espaço para suas crianças e adolescentes, que de modo geral, se motivam mais em estar no ambiente escolar quando este é agradável, acolhedor e cooperativo, onde a relação com o conhecimento ocorra de maneira curiosa e atrativa. Muitos adolescentes evadem das suas escolas porque estas se tornam desinteressantes, conteudistas e, sobretudo, desconectadas da realidade destes jovens.

A relação entre escola e comunidade é de suma importância porque a primeira, além de existir no interior das comunidades, permite que a criança faça a passagem entre a vida familiar e a relação com seus professores e outras crianças, contribuindo para a ampliação e exercício do modelo de socialização. Por outro lado, é na comunidade que estão os serviços que podem subsidiar a escola nas suas tarefas, tanto de aprendizagem quanto de contexto socializador. Assim, família, escola e comunidade são sistemas que, se interconectados, podem somar potencialidades e aumentar o acesso a recursos disponíveis para aumentar as situações protetivas e diminuir aquelas de risco, equilibrando assim, as disparidades entre elas com práticas de ações redutoras das vulnerabilidades (SODELLI, 2015).

Estudos apontam que existe uma relação significativa entre a aprendizagem das crianças e adolescente e o contexto da comunidade. Assim, locais que apresentam mais oportunidades predispõem estas a uma variedade nas suas experiências cotidianas (HANSON et al., 2011; DOCKETT; PERRY, 2015). Fortalecer a escola na comunidade é uma tarefa de responsabilidade social de toda sociedade. A construção de uma escola

engajada e voltada para a promoção de saúde é o princípio básico para o desenvolvimento de projetos de prevenção, incluindo a questão do uso de álcool e outras drogas, que devem levar em consideração alguns aspectos importantes:

- Toda a escola deve estar diretamente envolvida no processo;
- As famílias devem estar envolvidas;
- Escola e família devem ter um canal de comunicação direto;
- Os programas educativos destinam-se a que todos (educadores e famílias) possam desenvolver suas habilidades para melhorar as suas competências no sentido de que crianças e adolescentes aprendam tanto a ter êxito, como lidar com seus sentimentos de frustrações, raivas, temores;
- A escola deve ter disposição de ser uma parceira na comunidade em defesa das crianças e adolescentes;

Para que isso ocorra, é necessário que a escola esteja disposta a se autoincluir na comunidade de maneira decisiva para aumentar, inclusive, suas possibilidades de acesso a recursos. Conforme já exposto, a escola voltada para a comunidade se preocupa em realizar um mapeamento geopolítico amplo, de tudo que existe no território e arredores onde está inserida, priorizando o desenvolvimento de aprendizagens de valores humanos e sociais. O fortalecimento do papel da escola na comunidade é muito oportuno para que sejam desenvolvidas, em seu ambiente, pesquisas internas sobre a experimentação e o consumo de drogas entre os estudantes, principalmente no tocante às substâncias lícitas. A partir destes estudos, a comunidade escolar poderá traçar ações preventivas específicas e adequadas à realidade de seu próprio contexto.

Adolescência e a experimentação precoce do consumo de drogas

Vários estudos nos Brasil apontam a precocidade do consumo de drogas entre estudantes. Estudos do Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid, 2010), subsidiados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, indicaram que o início da experimentação do uso do álcool pode ocorrer antes dos dez anos de idade. O contato precoce com o tabaco e álcool pode ser um potencial risco de futuro problemas tanto físicos como psíquicos (BERTONI; ADORNI, 2010; MORENO et al., 2010). Em se tratando de prevenção na escola é importante considerar o uso significativo de drogas lícitas entre as crianças e adolescentes, especialmente no Brasil, sendo isso muitas vezes negligenciado no ambiente escolar.

Desde 1990, a Organização Mundial de Saúde considera o uso do tabaco (tabagismo) como uma doença pediátrica, exatamente devido ao início precoce do contato com o cigarro, tanto no mundo como no Brasil. Diariamente, cerca de 100 mil adolescentes iniciam o uso do cigarro no mundo (INCA, 2007). O início do uso do tabaco se dá em média aos 15 anos e 90% dos fumantes iniciam o consumo antes dos 19 anos (MORENO et al, 2010).

Sá (2001), em seu estudo sobre consumo de drogas entre 225 crianças e adolescentes entre 8 e 12 anos, estudantes de escolas municipais na cidade de Santos, apontou que, 96% destas afirmaram que conheciam algum tipo de droga, sendo que 55,5% conheciam tanto drogas lícitas quanto ilícitas. A maconha foi reconhecida por 73,8% dos estudantes, o álcool por 13,8%, a cola de sapateiro por 13,8%, enquanto o tabaco por 54,9%, a cocaína por 56,9% e o *crack* por 18,3%. A maioria ouviu falar de drogas ilícitas através da televisão, mas 80% deles não souberam

descrever corretamente seus efeitos, formas de consumo etc. Esta autora chamou atenção sobre a desinformação sobre a temática entre os estudantes e a importância deste tema ser incluído transversalmente nos programas preventivos na escola.

Abramovay (2005), em um amplo estudo sobre drogas na escola sob patrocínio da Unesco, tendo como objeto de estudo crianças e jovens do Ensino Fundamental e Médio em 14 capitais brasileiras, mostrou que 23% dos estudantes entrevistados haviam presenciado o uso de substâncias psicoativas dentro da escola. Este índice subia para 33,5% quando afirmavam ter presenciado o uso ao redor do ambiente escolar.

Estudo de Araldi et al (2012) sobre a representação social de professores sobre uso de drogas em escolas públicas e particulares, apontou uma visão estigmatizante e preconceituosa em relação à adolescência e ao consumo de álcool e outras drogas. Muitos deles têm visões negativas sobre adolescência, demonstrando sentimento de descrença em relação aos jovens, corroborando dados de outros autores brasileiros (MOREIRA et al., 2015; ESPÍNDULA, SANTOS, 2004; MINAYO et al., 2004).

Outro estudo de Moreira et al. (2015), sobre prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador, mostrou, igualmente ao estudo de Araldi et al (2012), uma representação negativa dos educadores sobre o dependente de drogas, advinda do modelo proibicionista, que propõe como meta uma sociedade “livre de drogas”. Nesse modelo, o usuário e o dependente representam simbolicamente uma ameaça à harmonia social.

Estes estudos brasileiros apontam a necessidade urgente de investir, ainda mais, na capacitação dos educadores para lidar com a questão o uso, abuso e dependência de drogas no ambiente da escola; assim

como promover acesso a informações atualizadas e menos julgadoras e/ou estigmatizantes em relação ao tema. Desta forma, será possível contribuir para validar estratégias de prevenção ao uso e abuso de drogas sob a perspectiva de uma escola baseada em promoção de saúde e socialização de pessoas para exercício da cidadania, solidariedade e colaboração. Este é o desafio da escola do futuro, e esta tarefa não será concretizada sem o fortalecimento do papel da escola na comunidade.

Referências

- ABRAMOVAY, M; CASTRO, M.G.; **Drogas nas escolas: versão resumida.** Brasília: UNESCO: Rede Pitágoras, 2005.
- ARALDI, J. C.; NJAINE, K.; OLIVEIRA, M.C.; GHIZONI, A.C.; Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. Interface comum. **Saúde educ**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 135-148, 2012.
- BERTONI, L.M, ADORNI, D.S. A prevenção às drogas como garantia do direito à vida e à saúde: uma interface com a educação. **Cad Cedes**. 2010 Maio/Ago;30(81):209-17, 2010.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais** / Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília : MEC/SEF, 436 p.; 1998.
- CODY, F; SIQUEIRA, S. **Escola e Comunidade: Uma parceria necessária.** São Paulo: IBIS, 1997.
- COLEMAN, J.; HOFFER, T. **Public and Private High Schools: The Impact of Communities.** New York: Basic Books, 1987.

- DALBOSCO, C.; **Representações sociais de educadores de escolas públicas sobre situações-problema relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.** Tese de doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011.
- DIEHL, A.; GOMES, L. Promoção da Saúde. Em Diehl, Alessandra ;Figlie, Neliana Buzzi (Orgs). **Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas: O que cada um de nós pode e deve fazer? Um guia para pais, professores e profissionais que buscam um desenvolvimento saudável para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, pp.139-149, 2014.
- DIEHL, A.; FIGLIE, N.B.; **Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas: O que cada um de nós pode e deve fazer? Um guia para pais, professores e profissionais que buscam um desenvolvimento saudável para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2014. p.372.
- DOCKETT, S.; PERRY, B. Transition to school: Times of opportunity, expectation, aspiration and entitlement. In: Parnell W, O'rio J, eds. **Rethinking readiness in early childhood education: Implications for policy and practice.** New York: Palgrave Macmillan; 2015:123-140, 2015.
- ESPÍNDULA, D.H.P.; SANTOS, M.F.S. Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. **Psicol. Estud.**, v.9, n.3, p.357-67, 2004.
- ETZIONI R, KADANE, J.B. Optimal experimental design for another's analysis. I. **Am. Stat. Assoc.** 88:1404-11, 1993.
- HANSON, M.J, MILLER, A.D, DIAMOND K, ODOM S, LIEBER J, BUTERA G, HORN E, PALMER S, & FLEMING, K. Neighbourhood community risk influences on preschool children's development and school

readiness. **Infants & Young Children** 2011;24(1):87-100.

Instituto Nacional de Câncer (BR). **Tabagismo**: um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro: Inca; 2007. [Acesso 16 agosto 2019]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf.

KUMPFER, K. L., DEMARSH, J. P., CHILD, W. **Strengthening Families Program**: Children's skills training curriculum manual. Prevention services to children of substance-abusing parents. Salt Lake City, UT: Social Research Institute, University of Utah, 1989.

MINAYO, M.C.S.; NJAINE, K.; ASSIS, S.G. **Cuidar cuidando dos rumos: conversa com educadores sobre avaliação de programas sociais**. Rio de Janeiro: Claves/Ensp/Fiocruz, 2004.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Prevenção ao uso de drogas**: implantação e avaliação de programas no Brasil / Ministério da Saúde; Universidade Federal de São Paulo. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 278 p.

MORENO, R.S.; VENTURA, R.N.; SILVA BRÊTAS, J.R.; O uso de álcool e tabaco por adolescentes do município de Embu, São Paulo, Brasil, **Rev Esc Enferm USP** 44(4):969-77, 2010.

MOREIRA, A.; VÓVIO, C.L.; DE MICHELI, D.; Prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 119-135, jan./mar. 2015.

NASCIMENTO, M. O., DE MICHELI, D.; Evaluation of different school-based preventive interventions for reducing the use of psychotropic

substances among students: a randomized study. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(8), 2499-2510, 2015.

PEREIRA, C.A.; CAMPOS, G.M.; BORDIN S.; FIGLIE, N.B. Prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. In: Figlie N.B.; Bordin, S.; Laranjeira. R.; Orgs. **Aconselhamento em dependência química**. 2ª.ed. São Paulo: Roca; 2010.

PLACCO, V. M. N.S.; Modelos de prevenção do uso de drogas para adolescentes: concepções e ações de professores. Em: SILVA, Eroy Aparecida da; MICHELI, Denise De (Orgs.) **Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: FAP-Unifesp, 2011. p. 657 - 678.

SÁ, F.F.M.F. **Conhecimento sobre drogas de abuso entre alunos de 3ª e 4ª séries do ensino fundamental, das escolas municipais de Santos/SP**. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001. 97 p.

SILVA, M.C.A.; O papel da escola nas ações preventivas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas por alunos do Ensino Fundamental I. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. jan.-mar. 2016; 12(1):30-39 DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v12i1p30-39

SILVA, E.A.; RONZANI, T.; Prevenção Como Responsabilidade Coletiva: A Importância de Políticas Públicas e a Redução de Danos. In Diehl, A.; Figlie, N.B. Orgs. **Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas: O que cada um de nós pode e deve fazer? Um guia para pais, professores e profissionais que buscam um desenvolvimento saudável para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, pp.150-166, 2014.

SILVA, E.A.; DE MICHELI, D. **Adolescência Uso e Abuso de Drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: FAP-Unifesp, p. 599, 2015.

SODELLI, M. A abordagem de redução de danos libertadora da prevenção: ações redutoras de vulnerabilidade. In: Silva , Eroy, Aparecida da; Micheli, Denise de (Orgs.). **Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: FAP-Unifesp, p. 599 – 616, 2015.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – SENAD (BR). **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 capitais brasileiras – 2010**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid da Unifesp/Brasília: SENAD; 2010. 503 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2004). **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice** (Summary report). Geneve: Author.



12 **Prevenção sobre drogas nas escolas: o que pensam os especialistas?**

*Elaine Lucas dos Santos
Emérita Sátiro Opaleye
Ana Regina Noto*

Este capítulo tem como objetivo analisar e discutir as percepções de especialistas sobre o desenvolvimento de intervenções em ambientes educacionais para o uso de substâncias na adolescência. Os dados contidos neste capítulo fazem parte da pesquisa de doutorado da primeira autora, concluída em 2018, no Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) na Universidade Federal de São Paulo.

Introdução

Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a técnica de entrevistas individuais com oito especialistas na área de uso de drogas com experiência em prevenção em escolas. Foram entrevistados quatro psicólogos pesquisadores da área, um gestor educacional responsável pela implementação de programas de prevenção e outros três profissionais da área de educação, saúde e social. Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora e foram gravadas e transcritas na sua totalidade. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise de conteúdo com o auxílio do *software* NVivo e discutidos em encontros periódicos com a equipe de pesquisadoras. O estudo seguiu todos os critérios éticos e garantiu o anonimato de todos os participantes, sendo aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo por meio do parecer número 674630.

Em relação aos conteúdos que emergiram das entrevistas com especialistas em pesquisa e/ou implementação de programas de prevenção na área de álcool e outras drogas, referente ao objetivo de analisar as percepções de especialistas na área de uso de substâncias sobre aspectos relacionados ao desenvolvimento de uma intervenção para o uso de álcool na adolescência, foi possível identificar quatro eixos centrais de categorias de análise, que atingiram a saturação teórica: 1- Percepções sobre a meta da intervenção; 2- Percepções sobre como deve ser feita uma intervenção; 3- Percepções sobre a participação da família na intervenção; e 4- Abordagem dos casos de uso identificados entre os adolescentes.

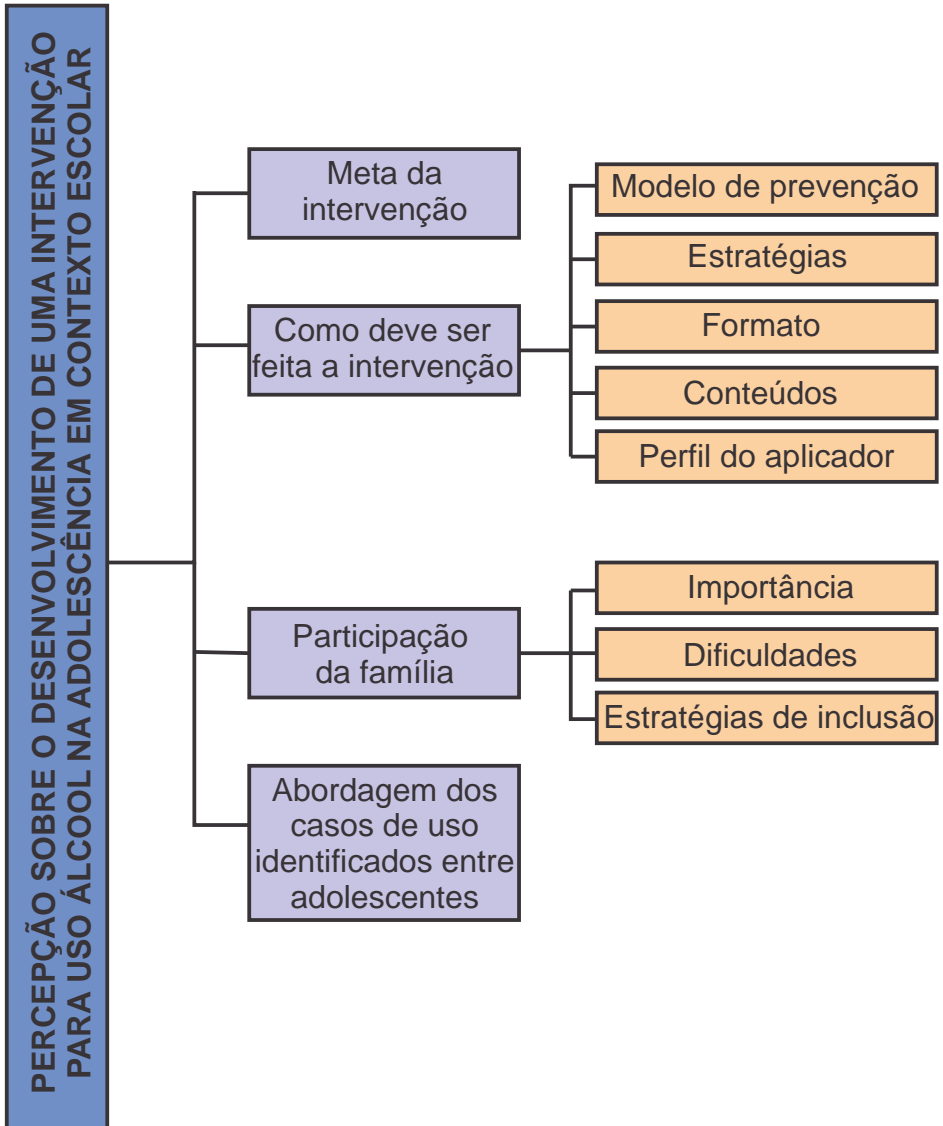


Figura 1: Organograma das categorias de análise das percepções dos especialistas sobre o desenvolvimento de uma intervenção para o uso de álcool na adolescência em contexto educacional.

Percepções sobre a meta da intervenção

Segundo os entrevistados o foco principal das intervenções não deveria ser a droga, mas as relações humanas. Para os especialistas, o consumo de substâncias deveria ser “*um plano de fundo*” das ações. Quando pensadas intervenções em ambientes educacionais, antes de pensar no que fazer, é preciso conhecer, de fato, como é esta escola. Compreender as inter-relações que acontecem entre os diferentes atores da comunidade escolar e do contexto em que a instituição está inserida. Para os entrevistados, a escola seria um local privilegiado pelas possibilidades de “*socialização e de trocas*”, que deveriam ser favorecidas em um ambiente saudável.

Quando a gente trata de prevenção do uso de drogas a gente está falando de coisas que tratam tudo, menos o tema da droga, a droga é um plano de fundo [...] eu vejo a promoção de saúde pensando principalmente em melhorar o clima escolar, que está diretamente associado aos fatores de risco e proteção né? Aprimorar o clima escolar, e sendo bem reducionista, mas sem problema algum em ser, significa trabalhar as relações. As relações humanas, não só as relações entre professor e aluno, como as relações entre professores e a direção da escola, entre escola e família, a relação entre alunos [...] a gente tem que estar muito atenta também ao contexto onde a gente está fazendo essa prevenção [...] tudo isso tem que estar sendo contemplado.
(Especialista 3)

Além disso, na visão dos especialistas, as instituições de ensino deveriam focar também em reduzir os fatores de risco que podem contribuir para o uso de substâncias. Adicionalmente, estando em ambiente mais seguro, com relações sociais saudáveis, os especialistas

acreditam que possam ser desenvolvidas ações que promovam o desenvolvimento e a capacidade do adolescente em fazer escolhas seguras, sem agir impulsivamente.

Evitar o risco é impossível! Porque a vida é um risco né! Mas, a gente pode diminuir os riscos. Então seria a linha de redução de danos e riscos. Só que a meta educacional não é a redução de riscos e danos, é formar a capacidade de escolher, dar subsídios internos e informações, no sentido de conhecimento não de informação pura assim, que está ali escrito no livro. É a informação e a reflexão sobre esta informação, que é o conhecimento. É quando eu incorporo aquela informação na minha vida. (Especialista 2)

Percepções sobre como deve ser feita uma intervenção

Modelos de prevenção

Como descrito, os especialistas relataram que as metas deveriam preconizar o ser humano e suas relações e segundo eles, a melhor abordagem para atingir tais objetivos seria seguir o modelo de promoção de saúde e redução de riscos e danos.

[...] pensar em fazer alguma atividade de prevenção em uma escola abordando pontualmente a questão da droga nunca foi algo que se preconiza, que se pensa como sendo um programa que venha a ter algum alcance, alguma efetividade. [...] eu acho que é trabalhar na vertente de promoção da saúde, acho que isso, vamos dizer, é o antagonista dos espaços onde o uso de drogas, o uso problemático acaba se instalando quando não existe outra proposta que não concorra com ele. (Especialista 3)

Foram levantadas várias críticas às intervenções baseadas em modelos de abstinência, principalmente devido aos objetivos desta abordagem, definidos pelos especialistas como utópicos e por não respeitar o direito de escolha de outro ser humano.

Eu acho que a meta é a redução de risco! Eu não acho que deve ser abstinência porque para mim isto é inviável pensar em adolescente ou criança que nunca vai experimentar, nunca vai ter nenhum contato. Eu acho que isto é utópico e então pensar numa questão de redução de risco, de cuidados, de usar conscientemente. Então, se você vai fazer uso você tomar este cuidado de beber água, de ter amigos por perto, de saber a proveniência da droga, como é que isto funciona. Assim, ter uma educação em relação à droga e não simplesmente falar que é ruim e trabalhar a abstinência total. (Especialista 1)

Estratégias

Sobre quais estratégias deveriam ser utilizadas em uma intervenção para o uso de álcool com adolescentes. O diálogo capaz de promover a reflexão foi o principal método apontado para acessar o adolescente. Segundo os entrevistados, não bastaria colocá-los em roda e exigir que eles falassem, seria preciso estimulá-los por meio de brincadeiras, atividades lúdicas e discussões com temas que façam sentido de acordo com a realidade que eles vivem. Foi destacado que atualmente, por conta de toda revolução tecnológica que vivemos nos últimos anos, o acesso rápido e dinâmico às informações, mídia, internet e redes sociais, faz com que muitas vezes o adolescente reproduza conteúdos e comportamentos sem reflexão ou senso crítico do que aquilo de fato, representa. Ademais, o uso de recursos digitais, caso estivesse acessível às

escolas, merece ser melhor explorado na área de intervenções, segundo os entrevistados, principalmente devido à proximidade com os jovens.

Talvez fazer alguns experimentos, tentar mostrar alguma coisa lúdica. (Especialista 1)

Com o adolescente gradativamente você vai introduzindo, por exemplo: Do meu ponto de vista quando você faz um Programa de Prevenção, quem vai fazer tem que entrar numa Instituição e fazer um acordo com a direção da Instituição e fazer com que essa direção eleja pessoas de diferentes áreas que não precisam ser de biologia, de educação física como normalmente se pensa. Pessoas que tenham um bom trânsito com os alunos e um bom trânsito com a direção. A direção é fundamental. É preciso que a gente aprenda a seduzir um pouco a direção para aderir ao programa. (Especialista 5)

Os entrevistados destacaram a necessidade em sensibilizar e incluir a maior parcela possível da comunidade escolar para o trabalho colaborativo nas questões relacionadas à promoção de bem-estar institucional. Segundo eles, deveria ser desenvolvida uma cultura de prevenção que envolvesse toda a comunidade interna e externa. Assim, os educadores teriam com quem contar dentro e fora da escola. O primeiro passo nessa direção seria, portanto, mapear a rede social da escola e a partir daí, articular parcerias, encaminhamentos e trabalhos em conjunto, coisas que segundo eles, iniciativas como a “Escola da Família” teriam um papel fundamental no cenário atual.

E eu acho que deveriam ser vários professores de diferentes disciplinas, porque os professores que mais se envolvem são das disciplinas de ciências que tem alguma noção já. E aí eu acho ruim porque você perde a qualidade dos outros professores que

também tem algo interessante para colocar ali no processo, a visão social, política, econômica, por exemplo. (Especialista 8)

A gente pode aproveitar muito nestas Escolas da família e eles estão loucos para isto. Estão muito a fim de que a gente aproveite. Às vezes que eu fui às escolas, numa Escola de Família, saíram conversas deliciosas. Mas infelizmente não tem a aderência e apoio da própria coordenação. (Especialista 5)

Acho que precisa se ter muita roda de conversa com adolescente, para ele poder falar também, né? Acho que precisa associar um pouco a situação da droga com outras coisas, não é? Com a música que ele canta, com o movimento corporal que ele faz, para ele ter uma liberdade. Primeiro eu acho o seguinte, é preciso ouvir o adolescente e na escola não tem esta liberdade de ouvir. (Especialista 4)

Formato

Os entrevistados referiram programas preventivos “muito engessados”, com aulas muito formatadas que precisam ser seguidas à risca não se aplicariam muito à realidade das escolas públicas brasileiras. Relataram ainda que a preocupação em seguir o cronograma acaba fazendo com que se perca a oportunidade de explorar temas emergentes que podem surgir dos próprios adolescentes. Por isso, destacaram que ter um roteiro ou material de apoio, que pode se moldar conforme as necessidades do contexto, parece uma alternativa mais atrativa e que faz mais sentido.

A pessoa tem que ter uma ideia, não algo fechado, mas algo maleável. Por exemplo, tenho que saber que um programa tem que incluir um acesso aos pais, alunos e professores. Não pode

ser constituído só de palestra. Tem que ter um norte. Eu que sou a técnica, tenho que saber basicamente o que eu acho que precisa ter. Porque se a escola me pedir: 'olha, a senhora vai fazer só ginástica aqui.' 'Não! Eu não vou fazer só ginástica. Eu preciso fazer x, y, z, posso incluir a ginástica para atender a demanda da escola e as demandas realmente aparecem, mas eu não posso perder meu norte para atendê-las. (Especialista 5)

Além disso, segundo os especialistas, uma das críticas aos “programas prontos e roteirizados” é que o professor receberia um treinamento para aplicar a intervenção, mas não seria integrado do por que daquilo, não lhe é passado o conhecimento que fundamenta e faz cada atividade estar ali. E isso seria, segundo uma das entrevistadas, “perverso” e tiraria o “lugar da pessoa que está ali simplesmente reproduzindo conteúdo automaticamente”.

Quando a gente está falando em prevenção esse lugar nosso de experts da área é para que a gente faça, crie esse campo de uma forma que um dia a gente seja prescindível para que isso aconteça de baixo para cima e não eu ir lá e fazer eles pensarem. Se a gente não apropriar eles deste conhecimento que está por trás da engrenagem, eles serão eternos dependentes da minha intervenção. (Especialista 3)

Conteúdos

O principal objetivo das intervenções, de acordo com os entrevistados, foi a redução de riscos, consequentemente, muitos dos conteúdos que eles apontaram como indispensáveis para a intervenção deveriam ser relacionados a comportamentos problemáticos relacionados ao uso de álcool como, comportamentos sexuais de risco, violência, efeitos

da bebida alcoólica no organismo, desconstrução de mitos, dentre outros.

Eu acho que discutir sobre os tipos de drogas porque eles têm bastante curiosidades e querem saber, falar um pouquinho dos danos associados, se está todo mundo usando ou não, os principais efeitos, com criança mais nova não, mas no caso dos adolescentes você já pode apresentar esses temas e deixar claro que esta é a proposta, mas aí vai expandindo e ampliando para mostrar que as outras questões sociais como ter uma atividade de lazer; a relação com a família, com os amigos, com o namorado. (Especialista 1)

Tem que saber o aspecto legal então tem que usar algumas coisas jurídicas, criminalísticas para falar, quando você está falando de drogas ou discutindo a questão. A saúde eu acho que é o maior auxiliar da prevenção né? Mas a linguagem tem que ser educacional, interdisciplinar e integrativa. (Especialista 2)

Além disso, foram destacados outros conteúdos que não têm relação direta com o uso de bebidas, mas são fatores que quando bem desenvolvidos, atuam como protetores e por isso, devem estar constantemente sendo trabalhados. Fatores como, desenvolvimento da autonomia e da autoestima, fortalecimento de vínculos sociais, afeto, autocuidado, respeito ao próximo, valorização do patrimônio público, trabalhos sobre projeto de vida, cultura e estímulo a hábitos saudáveis, incluindo alimentação e práticas de exercícios, por exemplo.

Tem tanta coisa que você pode trabalhar sem necessariamente entrar no tema drogas e que tem um resultado super positivo, às vezes até mais efeito do que se você falar da droga em si. Você pode desenvolver autonomia, valorizar a autoestima, tem tanta

gente com depressão, cometendo suicídio por baixa autoestima. Trabalhar a amizade, o vínculo e o bullying, ajudar os jovens a se ajudarem, não a se odiarem. (Especialista 7)

Perfil do aplicador

Com relação à aplicação das intervenções em ambiente educacional, todos os especialistas que participaram deste estudo relataram que o ideal seria que um educador ou profissional da instituição fosse o responsável. Na percepção deles, uma pessoa que faça parte do contexto e convive com o público-alvo, como os professores, teria mais tempo e conhecimento para desenvolver ações mais personalizadas e com maior chance de serem continuadas, principalmente quando vários professores fazem parte da ação.

Prevenção não é focar numa droga ou em várias ou em todas num momento e depois 'até logo'. A prevenção é formação e tem que acompanhar toda a escolaridade. (Especialista 2)

Acho que é o professor. É quem está ali no dia a dia com a pessoa, é quem tem autoridade para falar alguma coisa, ele que tem, ou deveria ter um vínculo, né? Mas, eu concordo que tem pessoa que não tem a menor habilidade para falar desse assunto porque entra mesmo nesse discurso maniqueísta de certo ou errado, de pode e de não pode. E às vezes isso acaba tirando ele de legitimar em um lugar para falar de assunto que precisa de honestidade, transparência, né? (Especialista 3)

A crítica dos participantes não está ligada à inclusão de profissionais da escola, mas sim à terceirização que os participantes do estudo perceberam ao longo de sua vivência com relação a alguns

professores que se eximem da responsabilidade em trabalhar questões relevantes com os alunos “*porque já tem alguém de fora que o faça*”.

Entrevistado 3: O que tenho visto na minha experiência trabalhando com os educadores é que toda vez que vem alguém de fora e faz o trabalho o professor se isenta, com toda a propriedade, que aquele não é um trabalho da escola. É o trabalho de alguém que foi lá e faz!

Entrevistador: E não se empodera ou se sente parte daquilo?

Entrevistado 3: Exatamente. Ele não precisa, porque alguém já foi lá e fez. (Especialista 3)

Ademais, os entrevistados fizeram ressalvas sobre quem seria a pessoa chamada para falar sobre drogas com os adolescentes e fizeram várias ressalvas sobre as ações que envolvem a participação de policiais que assumem esse papel em escolas por todo o Brasil. Segundo os especialistas, o papel de um policial falando sobre drogas seria muito distante do que é preciso em um diálogo sobre o tema, principalmente porque ele “*não tem liberdade para isso*”.

É muito complicado porque eu acho que no mínimo é para colocar a criança em uma injunção paradoxal. Falar sobre drogas exige uma abertura que a polícia não tem. Quando eu digo injunção paradoxal é porque você está dando duas mensagens: 'eu aqui dentro sou bacana, estou falando de um negócio legal, mas fora daqui não é bem assim'. (Especialista 3)

Uma questão levantada por vários participantes foi que muitas vezes, os educadores não se comprometeriam em trabalhar com o tema por se sentirem muito desmotivados ou pouco capacitados. Como forma de lidar com tais questões, o estabelecimento de parceria e cursos de

formação para estes profissionais foram indicados pelos especialistas.

Muitos professores, ainda mais da educação pública, estão muito desmotivados. Então, se é para alguém muito desmotivado tentar passar este tipo de informação para os alunos eu não sei se tem um bom efeito! Uma qualidade em si quando a gente pensa realmente em conseguir resultados para o futuro. Então, eu fico pensando se não poderia haver uma parceria talvez. Ou um profissional de fora ou um profissional de uma área voltada mais para saúde e o professor, fazerem juntos para que um ajude o outro ou para que um fortaleça aonde o outro tem maior dificuldade. (Especialista 4)

Os entrevistados reportaram que independente do formato da intervenção, algumas questões precisam primordialmente ser trabalhadas com os educadores, como o estigma com o usuário de substâncias, as crenças em mitos que precisam ser desconstruídas, o conhecimento adequado sobre as drogas e as consequências, dentre outros. Os especialistas referiram que esta ação por si só, sem que exista um programa a ser desenvolvido, já é uma intervenção no contexto escolar que indiretamente beneficiará o aluno.

Eu acho que seria primeiro trabalhar a questão de valores e preconceitos deles, a questão do estigma. Eles já têm uma série de preconceitos e de valores errados em relação à droga de que vai matar, de que é ruim, de que nunca mais vai terminar a escola; de que vai ser muito difícil; de que o tráfico vai ser opressor. Então talvez trabalhar estes aspectos nos professores primeiro e trazer um equilíbrio para depois eles poderem fazer isto. (Especialista 1)

Percepções sobre a participação da família na intervenção

Importância

A participação da família foi outra questão unânime entre os participantes. Todos destacaram o quanto uma relação familiar saudável protege os adolescentes de se colocarem em maior risco, por isso a relação familiar deveria ser trabalhada sempre. Adicionalmente, os especialistas relataram que os pais também precisam ser acolhidos e necessitam de informações.

É preciso que eles [os pais] estejam junto dos filhos, participando de um programa para eles aproveitarem, para se entrosarem com os filhos, com a escola. Para receberem informações que muitas vezes não têm acesso. (Especialista 4)

Dificuldades

Apesar da reconhecida importância da participação da família no desenvolvimento dos filhos e do quanto a relação familiar deveria ser abordada e fortalecida em ações preventivas, os entrevistados destacaram a dificuldade que as escolas têm em fazer com que os pais comparecessem às reuniões e tivessem mais participação na vida escolar dos filhos. De acordo com os entrevistados, o próprio desenvolvimento da autonomia com a chegada da adolescência, promoveria um afastamento natural dos pais.

Essa questão da proximidade família e escola, ela acontece, mas ela tem prazo de validade sabe? Até uma determinada idade as

famílias vão, comparecem às reuniões, mas depois de certa idade você não encontra mais. É justamente quando a criança entra na adolescência e a família meio que se desincumbi e é por outros processos de autonomia que o próprio adolescente já não curte muito que a família fique adentrando os espaços dele. Ele dá conta. (Especialista 3)

Segundo uma das entrevistadas a escola deveria ter horários mais acessíveis para as reuniões com os pais, assim como serem mais objetivos nestas ocasiões e evitar utilizar esse espaço para responsabilizá-los o tempo todo sobre os comportamentos dos filhos. Segundo os entrevistados, muitas mães simplesmente deixariam de ir às reuniões por estarem cansadas de serem acusadas de “*não cumprirem com o seu papel com relação à educação dos filhos*”.

A primeira coisa: jamais num programa de segunda à sexta das 8 às 17 horas. Qualquer programa que vise falar para família de segunda a sexta das 8 às 17 horas está fadado a dar errado. (Especialista 5)

Tem dificuldade que é responsabilidade da escola, né? Marca a reunião de pais às 3 da tarde porque é a hora que os professores podem. Os pais estão trabalhando, ou então estão desempregados, procurando emprego ou então estão em casa bebendo, né? Acontece. Mas assim, por exemplo, a escola onde os meus netos estudam, a minha filha marca reunião às 7 da noite que é um horário fora do padrão. Só que para uma mãe poder ir nesta reunião, ela tem que ter uma babá ou uma avó para ficar cuidando das crianças. Porque ela não pode levar as crianças junto para a escola. Nas reuniões de escolas públicas muitas vezes eles levam os filhos junto, porque não tem com quem deixar! Então, eu acho que os pais, com certeza tem que participar, né? Mas em escolas mais centrais e particulares é muito mais fácil se atrair, porque existe uma estrutura, uma

logística, um horário compatível com reuniões mais curtas e objetivas. (Especialista 2)

Uma das entrevistadas destacou que em sua experiência de anos em trabalhos de prevenção em escolas, muitas vezes quando eram incluídos pais na intervenção, apenas mães apareciam. Além disso, o encontro costumava ser cheios de dificuldades, ora porque comumente eram chamadas às escolas para ouvirem reclamações dos filhos e por isso já apareciam cheias de resistências ou porque se o trabalho a ser desenvolvido fosse sobre drogas, geralmente as mães traziam um discurso queixoso. Quando isso acontecia, a entrevistada relatou que era preciso cuidado para continuar com os objetivos da ação, de forma que a queixa da mãe fosse acolhida, mas não passasse a ser o foco do encontro.

Estratégias de inclusão

Justamente por causa da dificuldade em acessar os pais, os entrevistados relataram que no caso de um programa, seria interessante pensar em encontros pontuais que incluíssem pais e filhos, nos quais fossem trabalhados principalmente o vínculo e a comunicação entre eles, mas que também fosse dada informação de qualidade ou alternativas de onde buscar conhecimento e principalmente, ajuda.

Você tem que respeitar o conhecimento desse pai, dessa mãe. Você convida, ele vai, você precisa valorizar o momento dele. Ser objetivo, claro. Se você ficar apontando as dificuldades, os pais embarcam e você não consegue sair disso. Você precisa ter foco e valorizar a relação pai e filho e ajudar esse pai a valorizar também. Proporcionar momentos que eles possam trocar, se fortalecer e se aproximar enquanto família. Mas você precisa ter

todo um cuidado para promover isso de forma natural, promovendo autonomia, sabe? Pai e filho precisam manter esse bom relacionamento mesmo quando não houver mediador e também é muito mais do que oferecer ajuda pontual. É ensinar a buscar ajuda, onde buscar, quando buscar, entende? (Especialista 7)

Abordagem dos casos de uso identificados entre adolescentes

Com frequência acontece em intervenções relacionadas ao uso de substâncias de emergirem situações em que o caso de algum aluno que tenha feito uso é identificado. Os participantes do estudo relataram que é preciso muita cautela para não expor publicamente o aluno. Segundo eles, uma das maiores dificuldades em lidar com tais situações é porque existiria além do julgamento moral, uma carência de recursos e políticas de como a escola deve conduzir tais situações. Por isso, cada escola agiria de uma forma. E na percepção dos entrevistados, a expulsão seria a abordagem mais utilizada.

Eu tenho uma prática de muitos anos trabalhando com instituições e adolescentes em situação de risco. O que eu sei é que as instituições não têm uma posição sobre como agir nestes casos. Então quando eu sou chamado para discutir algum caso, eu tenho uma boa conversa com a coordenação em seguida uma boa conversa com os professores. Isso é fundamental, então eu raramente chego olho no olho da molecada. E quando eu trabalho com os professores, marcamos uma série de encontros para gente ir avaliando o que está acontecendo. E porque eu essas ações são importantes? Porque na imensa maioria expulsa o menino do lugar e acabou o problema [...] é absolutamente lógica da laranja podre, contaminando o todo [...] eu sou educador social, não trabalho com laranjas, eu trabalho com meninos e muito mais importante do que expulsá-lo, é como a

gente consegue integrar esse menino que está tendo vivências emocionais precoces. (Especialista 5)

[...] o aluno muitas vezes está dizendo alguma coisa da sua existência com esse sintoma que é o uso problemático e inclusive para ele chegar a fazer esse uso de uma coisa proibida nesse contexto ele está gritando por socorro mesmo, ele não está se escondendo, está mostrando por uma via que é inclusive a via que não passa despercebida né? Então, se ele está exibindo esse comportamento a ponto de o professor catar, é porque ele está querendo passar esse recado para o próprio professor, cuida de mim né? Me enxerga, me ajuda. E às vezes o professor qual é a atitude? 'Eu não sei mexer com isso, manda internar, né? Chama a polícia!', então são atitudes extremas levadas de preconceito e julgamento moral e que afasta e pior, as vezes estigmatiza ainda mais, empurra mais esse adolescente para o consumo. (Especialista 3)

Outra questão levantada seria a capacitação, ferramentas e recursos da escola para identificar tais casos ou fazer diagnósticos sobre o padrão de uso.

Então, existem instrumentos para eles [educadores] poderem enxergar a realidade dos espaços deles. Então, com isso a gente pode fazer desde um conhecimento micro sobre cada um dos seus alunos, um termômetro dos riscos e proteção da escola, da sala de aula [...] e não é só o diagnóstico, o próprio instrumento é interventivo né? E em relação a essa questão muitas vezes o professor já identificou, já tem esse mapeamento feito e o instrumento muitas vezes aproxima e ajuda a aproximar e criar essa possibilidade de prevenção pontual. (Especialista 3)

Eu acho que tinha que ter uma parceria... eu acho que o papel da escola poderia ser também conversar com aquela família ou

com aquele adolescente para não expor, não fazer uma coisa muito aberta e tentar entender mesmo o que está acontecendo por trás. Se é um problema do adolescente, se é da família, se é algo que vem enfim, em conjunto e atrapalhou o processo. (Especialista 1)

Uma das entrevistadas levantou a possibilidade de capacitar profissionais da escola para trabalhar com entrevista motivacional na primeira abordagem para conversar com o aluno, desde que eles tivessem clareza do papel e limitações dessas ferramentas.

Eu acho que o uso de Entrevista Motivacional seria bem legal. Mas quando a gente oferece as ferramentas, então um instrumento de triagem, entrevista motivacional, intervenção breve, eles não usam porque ficam com medo. Ou eles usam de uma forma indevida, começam a aplicar em todo mundo e se torna algo estigmatizante. Então, eu acho que isto tem que ser muito bem esclarecido assim, qual que é de fato a proposta, que eles estão aprendendo aquilo para ser algo pontual, uma ferramenta, uma ponte para que o indivíduo realmente procure um tratamento específico. (Especialista 1)

Adicionalmente, os especialistas ressaltaram novamente a importância de uma rede de apoio que em casos de necessidade, pudessem encaminhar o aluno para serviços de saúde e assistência, por exemplo. Saber como orientar a família e dar alternativas sobre onde buscar ajuda nesses casos também fortalece a necessidade de conhecer e estar articulado com a rede.

Eu acho que tem que dar uma atenção para estes casos, só que eu acho que tem que ter um equilíbrio. Não acredito que a escola tem que ir lá e fazer tudo porque ela não vai ter pernas para

atender, dar o suporte para as famílias ou para o adolescente.”
(Especialista 1)

Então tinha que encontrar um meio de realmente atender, conversar e não tratar porque eu acho que não cabe à escola tratar o problema de fato, mas fazer uma parceria ou indicar para um serviço. (Especialista 1)

Discussão

As entrevistas realizadas com os especialistas deste estudo sugerem que em ambiente educacional, uma intervenção para o uso de substâncias deveria acontecer por meio de uma abordagem de promoção de saúde e redução de riscos e danos. Ter como meta um ambiente saudável, com a diminuição de fatores de risco e a participação coletiva e integrativa da comunidade interna e externa, também é exemplo de como as intervenções devem ocorrer, incluindo a promoção de reflexão e diálogo horizontalizado com o adolescente e com sua família.

Os especialistas relataram acreditar que a meta de uma intervenção em ambiente educacional voltada para adolescentes deveria focar nas relações que compõem um ambiente saudável, por meio de uma abordagem de promoção de saúde e redução de riscos. A visão dos entrevistados está de acordo com o que sugere a literatura com relação à abordagem mais adequada para se tratar o tema para esta faixa-etária (UNODC, 2013; FACCIO et al., 2017). Adicionalmente, a visão de quem pesquisa e atua na área da prevenção vai ao encontro dos achados científicos com relação ao desenvolvimento de ações pautadas em uma linguagem franca e horizontalizada que valoriza a autonomia do adolescente ter maior receptividade e a escola ser um espaço privilegiado

de troca (CUIJPERS, 2002; MCBRIDE et al., 2004; FACCIO et al., 2017).

Os participantes deste estudo ressaltaram que a escola tem um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo e a criação de intervenções precisa integrar toda a comunidade. Relataram que as ações não deveriam ser centralizadas em pessoas específicas, mas deveriam integrar vários professores e principalmente, contar com o apoio da instituição. Um estudo realizado com educadores de São Paulo sobre o desenvolvimento de um projeto de prevenção na área de drogas mostrou que em escolas em que houve a inclusão da coordenação nos projetos, eles tiveram muito mais chances de serem executados (NOTO et al., 2015).

Com relação às estratégias utilizadas para as intervenções com os adolescentes, os especialistas foram unânimes quanto à indicação de diálogo e atividades que promovem reflexão por meio da redução de riscos e promoção de saúde. Estudos científicos mostram que ações que seguem tal abordagem têm ganhado espaço no campo da prevenção seletiva e indicada nos últimos anos (SOARES; JACOBI, 2000; MOREIRA et al., 2006) apresentando melhores resultados do que as ações com foco na abstinência (SODELLI, 2010; UNODC, 2013; FACCIO et al., 2017).

Segundo os especialistas, as intervenções precisariam ser desenvolvidas e aplicadas por alguém próximo dos adolescentes, assim o educador seria a pessoa mais indicada dentro do cenário escolar. Dados da literatura mostram que atividades realizadas por pessoas que conhecem o público-alvo, têm maior receptividade e participação dos alunos. Quando se conhece o grupo de alunos, o educador consegue usar exemplos que se aplicam aos estudantes, além disso, ele consegue ter uma ideia sobre os pontos que precisam ser trabalhados com mais profundidade, podendo personalizar a intervenção (FACCIO et al., 2017).

Adicionalmente, a opinião dos entrevistados corrobora com as

indicações da literatura quanto à importância do estabelecimento de parcerias com a comunidade interna e o entorno escolar. Os dados mostram que apesar de serem comuns atividades envolvendo ex-usuários de substâncias ou especialistas para conversar com os alunos, elas não são relacionadas a bons resultados (SODELLI, 2011). Nos primeiros casos, devido ao distanciamento entre a realidade dos adolescentes e aquela vivenciada pelos ex-usuários, o que não gera identificação. E no segundo, devido à falta de ações que deem continuidade à fala dos especialistas. Existem muitas críticas ao modelo de ações que envolvem apenas palestras, com repasse de informações, sem a participação ativa dos estudantes (FACCIO et al., 2017).

Estudos mostram que as dinâmicas desenvolvidas e aplicadas por atores externos tendem a ter maior relevância, quando desenvolvidas em parceria com a escola e fazem parte de um projeto que inclui várias atividades. Para isso, é importante, assim como referido pelos entrevistados, conhecer e articular a rede social que envolve a instituição e pensar ações inclusivas em parceria, podendo contar para suprir dificuldades que a escola não dá conta sozinha, seja com relação ao conteúdo, recursos humanos ou para os encaminhamentos dos casos que merecem atenção específica, como tratamento, que não é função da escola. (COLAÇO; BARROS, 2015; RODRIGUES; CRUVINEL, 2017). Dentre as parcerias relatadas, todos os entrevistados ressaltaram a importância da inclusão da família nas intervenções, fator que, segundo a literatura, aumenta os potenciais preventivos e promove resiliência (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Um estudo realizado na Grande São Paulo para professores que passaram por uma capacitação em prevenção ao uso de drogas para escolas mostrou que, apesar de terem adquirido conhecimento sobre formas

amplas e inclusivas de prevenção, a maioria apresentou dificuldades em implantar estratégias que fugissem do antigo modelo proibicionista (NOTO et al., 2015). Este estudo sugere que a mudança de atitudes com relação ao uso de substâncias parece ser um processo longo e complexo. Assim, além da capacitação de professores, é preciso investir esforços em várias áreas da sociedade, sobretudo na desconstrução do modelo “diga não às drogas”, frequentemente utilizado pela mídia (SODELLI, 2011).

Como perspectiva futura, seria importante propor espaços de interlocução entre educadores e literatura. Seguindo as percepções dos especialistas, seria importante que fossem realizadas, primeiramente, rodas de conversa com educadores e gestores a fim de compreender em que baseiam suas crenças. E, posteriormente, desenvolver formações continuadas que abordem temas como promoção de saúde e redução de riscos relacionados ao uso de álcool em ambientes educacionais, autonomia, protagonismo do adolescente, aproximação com a família e estratégias de identificação e articulação de uma rede de apoio que contemple e integre todos os atores.

Referências

- COLAÇO, V. D. F. R.; BARROS, J. P. P. Drogas na escola: análise das vozes sociais em jogo. **Educação & Realidade**, 2015. ISSN 0100-3143.
- CUIJPERS, P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. **Addiction Behavior**, v. 27, n. 6, p. 1009-23, Nov-Dec 2002. ISSN 0306-4603 (Print)0306-4603 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12369469> >.

- FACCIO, E. et al. What Works for Promoting Health at School: Improving Programs against the Substance Abuse. **Front Psychol**, v. 8, p. 1743, 2017. ISSN 1664-1078 (Print) 1664-1078 (Linking). Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29075214>>.
- MCBRIDE, N. et al. Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). **Addiction**, v. 99, n. 3, p. 278-291, 2004. ISSN 1360-0443.
- MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X. D.; ANDREOLI, S. B. Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 810-7, 2006.
- NOTO, A. R. et al. Impacto da formação dos educadores em escolas do estado de São Paulo. In: Sudbrack, M. F. O.; Conceição, M. I. G. C., et al (Ed.). **A escola em rede para a prevenção do uso de drogas no território educativo**. Campinas-SP: Editora Autores Associados, v.01, 2015. cap. 09, p.125-139. ISBN 978-85-62019-16-6.
- RODRIGUES, R. K.; CRUVINEL, J. J. V. 06) As Políticas Públicas Educacionais que Contribuem na Prevenção do Uso de Drogas e Comportamentos de Risco no Contexto Escolar. **Revista Brasileira de Educação e Cultura** | RBEC | issn 2237-3098, n. 15, p. 92-113, 2017. ISSN 2237-3098.
- SCHENKER, M.; DE SOUZA MINAYO, M. C. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005. ISSN 1413-8123.
- SOARES, C. B.; JACOBI, P. R. Adolescentes, drogas e Aids: avaliação de um programa de prevenção escolar. **Caderno de Pesquisa**, v. 109, p. 213-37, 2000.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 637-644, 2010. ISSN 1413-8123.

SODELLI, M. **Uso de drogas e prevenção**: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. São Paulo: Iglu, 2011.

UNODC, E. D. N. U. S. D. E. C. **Normas Internacionais sobre prevenção do uso de drogas**. 2013.



Parte 3
Desafios da prevenção
na contemporaneidade:
o papel dos diferentes atores



13

Adolescência e comportamentos de risco

Evelise Birck Rodrigues

Este capítulo tem como objetivo apresentar alguns comportamentos de risco que podem estar presentes na fase adolescência e podem afetar o desenvolvimento saudável do jovem. Entre os temas abordados, a partir de um recorte de raça/cor e gênero, destacam-se: comportamento alimentar, vulnerabilidades presentes no contexto doméstico e escolar, comportamento sexual, entre outros.

O que é um adolescente?

A palavra adolescência vem do latim e literalmente quer dizer *começar a crescer*. Adolescência, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o período que se estende dos 10 aos 19 anos de idade.

É um período da vida marcada por inúmeras mudanças biológicas, cognitivas e sociais, que acontecem de forma simultânea e contribuem para construção da personalidade, sendo um processo importante do desenvolvimento humano.

Do ponto de vista cultural, deve-se destacar que tradicionalmente a adolescência sempre foi um momento chave para a maioria das civilizações. Em muitos povos, o adolescente demonstrava suas qualidades masculinas através de algum ritual de iniciação e, se fosse uma menina, deveria se submeter a algumas provas para demonstrar sua feminilidade ou seu papel social diante da comunidade. A cultura da adolescência está presente na vestimenta e na moda, mas também na música e nos valores.

É um processo cheio de transformações, com repercussões para a vida em sociedade, além de um período de vulnerabilidade física, psicológica e social. Por isso, torna-se indispensável atenção especial dos pais, amigos, professores e profissionais da saúde. Da mesma forma, é um período crítico, onde vários hábitos e comportamentos são estabelecidos. Esse estilo de vida, entendido como comportamentos adotados no dia a dia, pode gerar problemas e agravos à saúde ainda nesta fase ou, posteriormente, na idade adulta, como também desencadear doenças crônicas. O adolescente pode ter o que na psicologia denomina-se de pensamento mágico, onde ele acredita que nenhum mal vai lhe acontecer (sensação de ser imbatível, invencível, mais esperto, mais forte e ou mais sortudo).

O PENSAMENTO MÁGICO

Termo usado para descrever um raciocínio causal que procura correlações entre ações e determinados eventos.

No caso da religião e da superstição, a correlação é entre a realização de certos rituais e a obtenção de alguma recompensa. Esses rituais incluem, por exemplo, oração, sacrifício, observância a tabus e comportamentos considerados protetores ou agourentos.

*Em psicologia clínica, o pensamento mágico é uma condição que faz com que o paciente experimente medo irracional (ou coragem irracional) de realizar certos atos ou ter certos pensamentos, porque ele assume uma relação entre suas ações e as consequências. **Os comportamentos de risco podem ser compreendidos como atividades que podem colocar em risco a sua saúde e sua vida.***

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Pensamento_m%C3%A1gico

2. Comportamentos de risco típicos na juventude:

- ❖ Consumo de bebidas alcoólicas (principalmente destiladas)
- ❖ Tabagismo (tabaco, maconha, narguilés)
- ❖ Alimentação inadequada (super processados, refrigerantes) que pode levar ao sobrepeso e obesidade
- ❖ Inatividade física (dependência da “tela”, PCs, celulares, videogames)
- ❖ Sexo desprotegido
- ❖ Direção imprudente
- ❖ Agressões, *bullying* e brigas
- ❖ Atividades ilegais, como pequenos furtos.

Essa forma de entender, agir e se posicionar frente à realidade é



influenciada pelo contexto familiar e social, como escola, comunidade, amigos e a mídia. Existem diferenças importantes conforme o perfil de cada pessoa. Em um grande estudo realizado no município de Florianópolis, Faria Júnior e Lopes (2004), descreveram os resultados apresentados a seguir.

Diferenças de Gênero

Rapazes apresentam maior prevalência de comportamentos de risco à saúde para alimentação inadequada, consumo de bebida alcoólica e fumo, enquanto moças têm maior prevalência de sedentarismo, consumo excessivo de doces e refrigerantes. Meninos sofrem mais pressão do grupo de iguais para terem comportamento de corajosos. Acabam correndo riscos para provar que são “machos”, se ferem e são feridos com maior frequência. As meninas sofrem pressão social sobre sua imagem corporal e beleza ideal (magreza, cabelos lisos, pele perfeita etc.). Acabam sendo as maiores vítimas de bulimia, anorexia, depressão e ansiedade.

Diferenças de Turnos de Estudo e de Faixa Etária

Escolares do turno diurno têm maior prevalência de sedentarismo e consumo excessivo de frituras, doces e refrigerantes. Adolescentes do turno noturno consomem mais bebida alcoólica e fumo. No recorte por faixa etária, observa-se que os mais velhos (17 a 19 anos) apresentam maior consumo de bebida alcoólica e fumo (e representam a quase totalidade de estudantes noturnos). Entre os mais novos (14 a 16 anos), os comportamentos mais prevalentes foram sedentarismo, consumo excessivo de frituras, doces e refrigerantes.

O Pannel de indicadores do Brasil sobre a saúde da população negra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) traz dados ainda mais impressionantes sobre desigualdades dos nossos jovens.

Diferenças de Raça e Cor

O *bullying* nas escolas: a prevalência de adolescentes que se sentiram humilhados pelas provocações de colegas “quase sempre” ou “sempre” na população total foi de 7%; ao separarmos os grupos por raça/cor, a ocorrência foi 16% maior em pretos e 9% maior em pardos quando comparados aos brancos. A violência: quanto ao envolvimento em lutas físicas, a prevalência média foi de 20,7%, sendo 18% maior em pretos e 9% maior em pardos em relação aos brancos. Para violência familiar, a prevalência de adolescentes que referiram sofrer agressão física por adulto da família, quase sempre ou sempre, na média foi de 10,6%, sendo 21% maior em pretos e 6% maior em pardos em comparação aos brancos. Sofrer discriminação, *bullying* e piadas repetidamente por causa da cor da sua pele ser escura ou seu cabelo ser crespo afeta muito profundamente a autoestima do(a) jovem, podendo levar à depressão e comportamentos auto-destrutivos. O racismo mascarado de piadas leva a população de estudantes negros a terem maior risco de abandono escolar, em especial as meninas negras.

Como nós estamos cuidando

Das Nossas Meninas?

O padrão social de beleza imposto pela mídia (“Seja magra, para



ser mais feliz!”, “Tenha cabelos com o liso perfeito!”, “Atinja as medidas perfeitas!”) é cruel com as mulheres, especialmente com as mais novas. Hoje, já existem pesquisas que trazem a informação de meninas de quatro anos insatisfeitas com seu próprio corpo, por se acharem feias ou gordas.

A cobrança familiar, o comportamento social esperado para uma menina é uma espécie de mordada invisível (“Senta direito!”, “Fecha as pernas!”, “Come como uma moça!”, “Ri mais baixo!”, “Comendo desse jeito não vai arrumar namorado!”). Os níveis de ansiedade de depressão subindo se tornam portas para comportamentos perigosos.

As tarefas domésticas mais penosas e desgastantes usualmente são exercidas pelas mulheres da casa (cuidar da limpeza, criar irmãos mais novos etc). A desvalorização do corpo feminino começa cedo na cultura machista em que vivemos. Uma mulher que cresce sentindo que vale pouco é uma mulher que no futuro aceitará relacionamentos abusivos e violência domiciliar.

A cobrança sobre os relacionamentos também pesa sobre os ombros das meninas. É preciso “desencalhar” logo, para não correr o risco de ficar “para titia”. Ainda hoje, existe o julgamento negativo sobre mulheres que vão solteiras a eventos, que bebem, que usam roupas curtas, classificadas como mulheres para “apenas de uma noite”, para transar. Não são consideradas as tão sonhadas “mulheres para namorar e casar”. Novamente o machismo ensina que se deve “prender as cabras porque os bodes estão soltos”.

Neste contexto, a gravidez pode surgir como libertação, onde a adolescente consegue largar um ambiente familiar repressor e com excesso de tarefas para cuidar da “sua nova família”. Obviamente um casal adolescente não dispõe de maturidade emocional, nem experiência de vida para cuidar de um recém nascido, mas o estado emocional das meninas é,

muitas vezes, desesperado. Sendo assim, a única saída que vêem para suas vidas é engravidar.

Dos Nossos Meninos?

O padrão social de “macho” vem demonstrando seus efeitos nocivos no crescimento de rapazes. Escuta-se a vida inteira: “homem não chora”, “não expressa sentimentos”, “homem de verdade é bruto”, “não pode cuidar da aparência”. Quantas vezes rapazes se sentem presos em ideais impostos para se sentir mais homem? E se ele for franzino? E se ele for homossexual?

Confort (2011), em seu brilhante texto disponível na internet, nos traz alguns conceitos importantes:

“Masculinidade tóxica é uma descrição estreita e repressiva da masculinidade que a designa como definida por violência, sexo, status e agressão, é o ideal cultural da masculinidade, onde a força é tudo, enquanto as emoções são uma fraqueza; sexo e brutalidade são padrões pelos quais os homens são avaliados, enquanto traços supostamente 'femininos' – que podem variar de vulnerabilidade emocional a simplesmente não serem hipersexuais – são os meios pelos quais seu status como 'homem' pode ser removido. Alguns dos efeitos da masculinidade tóxica são a supressão de sentimentos, encorajamento da violência, falta de incentivo em procurar ajuda, até coisas ainda mais graves, como encorajamento de estupro, homofobia, misoginia e racismo”.

Fonte: <https://www.geledes.org.br/voce-sabe-o-que-e-masculinidade-toxica/>

Essa masculinidade tóxica não é extremamente nociva apenas para as pessoas ao redor, como também para os próprios homens que sofrem com ela. Ela pode matar por forçar a exercer um comportamento de risco.



Comportamentos de Risco Dentro de Casa

Segundo dados divulgados em 2019 pelo *Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos*, com base nas denúncias recebidas pelo Disque 100: 70% dos casos de abusos são cometidos por pessoas que moram na casa da vítima (padrastos, pais, tios, avôs). A tendência mais comum entre as famílias e vítimas é o silêncio. As consequências mais comuns são sofrimento psicológico, tentativas de suicídio, fugas e mortes. Casais violentos entre si costumam replicar este comportamento com seus filhos. Famílias com integrantes alcoolistas e/ou usuários de qualquer tipo de droga, tendem a naturalizar e banalizar este hábito, tornando-o, portanto, comum ao adolescente que mora ali.

Comportamento de Risco no Sexo Desprotegido

Rapazes podem ter dificuldade de usar preservativo por medo de “brochar” (“Parece papel com bala!”), ou medo de ser julgado pelos pares (“Macho vai na pele e na coragem”; “Ela que tome pílula!”). Essa responsabilidade de ser livre de doenças e de não engravidar é empurrada para as mulheres. Mas, ser pai significa ser adulto, macho e viril, ou seja, denota que aquela mulher “é dele”, demarcar seu território.

Moças podem ter vergonha de exigir preservativo por medo de serem preteridas em função de outras meninas mais liberais. Funciona como uma prova de confiança ao rapaz. Ainda, há quem siga métodos populares “milagrosos” (mitos) para não engravidar (chás, ervas, urinar depois de manter relações sexuais, ficar de pé). Novamente, aqui, observa-se o pensamento mágico atuando. Caso aconteça a gravidez, ser mãe

significa ser reprodutiva, ser mulher crescida, provar-se jovem. Também pode significar livrar-se de um ambiente familiar sufocante e demarcar o próprio território.

Na ocorrência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), podem ocorrer brigas e agressões entre o casal (quem passou pra quem?), fuga do serviço de saúde (tratamentos dolorosos com injeções em várias doses, por exemplo). Como o assunto é, muitas vezes, tabu familiar e social, a ajuda só é procurada quando a doença já está em estágio avançado.

Comportamentos de Risco na Alimentação

Bulimia: vomitar após as refeições, para evitar engordar.

Anorexia: não realizar refeições, longos jejuns.

Compulsão por comida: tentar reverter episódios de abandono, tristeza, ansiedade com comida. Alimentação excessiva e inadequada implica em excesso de peso, pressão alta, diabetes, entre outros. A obesidade pode levar a problemas osteomusculares e articulares, além de gerar problemas de autoestima.

Em todos estes casos, as maiores vítimas são as meninas, como já discutido aqui. Tanto a bulimia quanto a anorexia podem levar a níveis de anemia, desnutrição, perda de massa muscular e até a morte. A intervenção psicológica precisa ser precoce e sensível. Na compulsão alimentar e na obesidade, a evolução natural pode ser o sofrimento com *bullying*, quadros de depressão, tentativas repetidas de dietas milagrosas e frustrantes, além de abuso de medicações para controle do apetite sem sucesso. A cada fracasso, aumenta o isolamento social e a compensação de sentimentos ruins com a ingestão de mais comida. O estímulo a uma mudança de estilo de vida deve ocorrer de forma positiva e com participação do maior

número de pessoas da família possível. Afinal, nenhum jovem vai querer *jantar sopa de legumes, se seus pais estão comendo pizza.*

Concluindo

A família, os amigos e os profissionais de saúde, diante da gravidade dos comportamentos aqui apresentados, precisam ter atitude proativa para sair em resgate dos seus jovens. Se afirmarmos que o uso de drogas pode ser a porta de entrada para comportamentos de risco, para transtornos mentais e para o isolamento social, então o contrário também é verdadeiro: crianças que crescem em ambientes violentos, permissivos, negligentes e opressores encontram-se a um passo de entrar no uso/abuso de drogas. É como uma roda girando, onde ninguém sabe o que veio primeiro e é impossível definir uma relação causal direta. Estabelecer vínculos verdadeiros de confiança e desprovidos de julgamentos com nossos jovens é o melhor que podemos fazer. Onde houver um espaço seguro de fala, é ali que ele irá solucionar suas dúvidas para apoiar suas decisões. A família deve ser instrumentalizada para ser este espaço de escuta e afeto e os ambientes de ensino e saúde podem oferecer o mesmo.

Referências

- Editorial Conceitos. **Adolescência - Conceito, o que é, Significado.** São Paulo, Brasil, 2016. Disponível em <https://conceitos.com/adolescencia/>. Acessado em 01/08/2019.
- BARBOSA F.N.M. et al. Comportamento de risco à saúde de adolescentes escolares. **Rev Texto Contexto Enfermagem**, 2016.

BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

Balanco – Disque 100. Brasília, 2019. Disponível em <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/balanco-disque-100>. Acessado em 23/09/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS**, vol 10. , 2016.

CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Youth risk behavior surveillance-** United States, 2001 [Internet]. MMWR 2002 [cited 2013 Oct 20]; 51: 1-64. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5104a1.htm> Acessado em 20/07/2019.

CONFORT, M. **Manual do Homem Moderno.** Disponível em <https://manualdohomemmoderno.com.br/video/comportamento/voce-sabe-oque-e-masculinidade-toxica>. Acessado em 01/08/2019.

DAVIM, R.M.B.; GERMANO, R.M.; MENEZES, R.M.V, CARLOS, DJD. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev Rene.** 2009; 10(2):131-40.

FARIA JUNIOR J.C., LOPES A.S. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. **Rev Bras Ci e Mov.** 2004; 12(1):7-12.

FEIJÓ, R.B.; OLIVEIRA E.A. Comportamento de risco na adolescência. **J Pediatr (RJ)** [Internet]. 2001 [cited 2013 Oct 20]. 77(Supl 2):S125-34. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54698/000386001.pdf>. Acessado em 20/07/2019.

HEIDEMANN M. **Adolescência e saúde – uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação.** Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health** [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2010 [cited 2012 Oct 20]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979-eng.pdf> 3.



14 Drogas e tráfico: o desafio da escola na construção de redes de proteção ao adolescente¹

*Sandra Eni Fernandes Nunes Pereira
Maria Fátima Olivier Sudbrack*

O presente capítulo apresenta resultados de uma pesquisa de doutorado² realizada com adolescentes de uma escola pública do Distrito Federal – DF. O objetivo foi compreender o processo de construção das relações do adolescente nos seus espaços de socialização (família, escola, grupo de pares) e suas implicações no envolvimento com as drogas, o tráfico e a violência. Neste texto, fizemos um recorte da pesquisa e discutiremos os resultados por meio de um dos contextos de socialização do adolescente: a escola.

¹Texto publicado originalmente no livro: SUDBRACK, M.F.O.; DALBOSCO, C.; PEREIRA, S.E.F.N. Adolescentes e Drogas, Lei e Justiça: construções teórico-metodológicas para uma clínica da complexidade na socioeducação. Brasília: Link Comunicação e Design, 2015.

²PEREIRA, Sandra Eni Fernandes Nunes. Redes sociais de adolescentes em contexto de vulnerabilidade e sua relação como os riscos de envolvimento com o tráfico de drogas. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

Introdução

Neste estudo, foram construídos três eixos de análise a partir do contexto escolar: autoridade “líquida” na escola; fragilização dos vínculos de autoridade como fator de risco ao envolvimento com as drogas e o tráfico; e a escola como referência de autoridade na proteção ao adolescente. Os resultados mostram que apesar da fragilização dos vínculos de autoridade, os adolescentes buscam proteção e autoridade na sua relação com os educadores, pois ainda percebem a escola como espaço de pertencimento, construção de limites, estímulo à autonomia e ao comprometimento mútuo.

Antes de tratarmos os resultados propriamente ditos, serão apresentados alguns conceitos importantes que nortearam o estudo: os conceitos de adolescência, transgressão e sua relação com o uso de drogas nesta etapa da vida; e vulnerabilidade social e seus processos de exclusão como fatores de risco para o envolvimento com as drogas e o tráfico. Por fim, analisaremos a presença de figuras de autoridade de referência para o adolescente como aspecto protetor para o envolvimento com drogas, tráfico e violência, à luz da Teoria Sistêmica e da Psicossociologia.

Referencial teórico

Adolescência, transgressão e envolvimento com drogas

A adolescência está vinculada a um processo de formação de identidade, autoafirmação, desenvolvimento, crescimento, novas experiências e condutas. É caracterizada pela passagem da dependência infantil à autonomia adulta, a qual não consiste em um período único e

inerente ao ser humano, mas em um processo, vivido em um momento dado, determinado na existência do sistema sociofamiliar (COLLE, 2001). Nesta perspectiva, o adolescente é compreendido a partir das relações interpessoais que percebe como significativas em sua vida: na família, na escola, entre amigos, no trabalho, ou na comunidade, ou seja, é compreendido a partir das relações que compõem sua rede social (SLUZKI, 1997).

Assim, compreender o contexto das relações e as funções que as redes de pertencimento exercem na vida dos adolescentes nos permite conhecê-los e também os contextos de risco e proteção a que estão expostos. Desse modo, quando o adolescente passa a se comunicar através de um sintoma (como o envolvimento com drogas, por exemplo), ele ao mesmo tempo afeta e é afetado negativamente pelo seu sistema relacional.

Estamos adotando aqui a abordagem sistêmica para a qual o sintoma é compreendido como um fenômeno relacional, que tem uma função, no e para o sistema (MIERMONT et al., 1994). Isto significa dizer que o sintoma regula o sistema, mas também denuncia suas dificuldades em enfrentar crises específicas (PENSO, 2003). Seu surgimento leva a uma ruptura ou estagnação no desenvolvimento do ciclo de vida de uma família ou de um grupo natural.

Na adolescência, ocorre a busca pela autonomia e a redistribuição de poderes por meio de novas negociações e desafios às normas e leis, sendo comum o adolescente se colocar “à margem” como forma de se afirmar, ser autêntico e se diferenciar dos demais, só saindo desta posição quando consegue lidar com a angústia face à sua problemática identitária, redefinindo novas fronteiras, descobrindo os significados simbólicos da troca, negociando novas relações com as normas, os poderes, o interdito até, por fim, conseguir internalizá-los. A transgressão, nesse sentido, está

ligada à curiosidade da exploração, sendo compreendida como natural neste momento de sua vida (SELOSSE, 1997).

No entanto, quando não consegue lidar com a angústia, quando as leis passam a não ser mais negociadas, e sim, negadas, o adolescente rompe com as normas através de “condutas desviantes”, que negam toda troca e reciprocidade. O adolescente passa por um processo de recusa à participação social, buscando a gratificação pela exploração e destruição do outro e de si mesmo (SELOSSE, 1997). Pode ser citada como exemplo de conduta desviante a cultura da violência internalizada por adolescentes usuários de drogas e envolvidos com o tráfico.

Deste modo, é importante entender que o envolvimento com drogas aponta para um conjunto de relações estabelecidas no contexto e não simplesmente para o comportamento individual ou para o estado provocado pela droga. A atenção apenas ao usuário e à droga oculta “dependências relacionais” (COLLE, 2001), como (1) a dependência dos efeitos das drogas; (2) as dependências relacionais afetivas (caracterizadas principalmente pelas relações familiares); (3) a dependência dos fornecedores (de pessoas implicadas no sistema de distribuição da droga); (4) a dependência dos provedores (de pessoas que lhe asseguram a possibilidade de adquirir a droga, do ponto de vista financeiro); (5) a dependência dos pares (de parceiros envolvidos no intercâmbio de informações e de endereços, no compartilhamento do uso, nas eventuais ajudas, na cultura da droga); e, por fim, (6) a dependência das crenças (que se refere à crença comum de que as drogas vão restabelecer o indivíduo em suas dificuldades pessoais e relacionais).

A forma como estes níveis de dependência relacional vão se construindo, ou seja, o nível de envolvimento dos adolescentes nessa trama (em relação às drogas, à família, aos pares, provedores e

fornecedores) é que define o tipo de conduta de que eles se apropriam: se transgressiva (no sentido de se colocar à margem) ou desviante. Somam-se a isso, ainda, as precárias condições de vida em que muitos destes jovens se encontram. Portanto, é um processo complexo em que vulnerabilidade social, margem, desvio, exclusão e dependência relacional passam a ser compreendidos como processos interdependentes, de dinâmica circular, que se influenciam mutuamente.

Vulnerabilidade social, processos de exclusão e riscos de envolvimento com as drogas e o tráfico

As desigualdades sociais não são mais suficientes para explicar a exclusão social, nem tampouco as condutas de risco que propiciam a marginalização. Torna-se necessário compreender os fenômenos de vulnerabilidade, ruptura e crise identitária pelos quais a sociedade passa. É preciso atentar-se para o enfraquecimento das redes, a destruição dos valores integrativos tradicionais e, portanto, a um forte sentimento de solidão, de não-pertença e impotência, o que se constitui num fenômeno fundamental ao desencadeamento das condutas desviantes (SAWAIA, 1999; SELOSSE, 1997; WANDERLEY, 1999).

Sawaia (1999) afirma que este processo de desenraizamento, de ruptura de vínculos sociais pressupõe a construção de novos vínculos em um processo dialético de inclusão/exclusão que se relaciona a subjetividades específicas (que vão desde o sentir-se incluído ao sentir-se discriminado e revoltado), que não podem ser explicadas unicamente pelo fator econômico, mas por formas diferenciadas de legitimação social e individual, manifestando-se como “identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência” (p.9). Wanderley (1999) também se refere à

questão do não reconhecimento social, à guisa dos preceitos culturais. Assim, a sociedade exclui para incluir, o que é condição da nossa ordem social desigual.

Por isso, a exclusão pressupõe a inclusão, pois todos estão inseridos de algum modo, mesmo quando não por uma forma decente e digna, ou seja, mesmo que por uma inserção social perversa. Como exemplo, observamos que o processo de exclusão dos mercados econômicos e simbólicos formais da sociedade favorece a consequente atração e inclusão dos adolescentes nos grupos do tráfico. Estes passam a exercer forte influência sobre os jovens, pois aparecem como grupos aos quais pertencer que, além de lhes oferecer reconhecimento e formas de participação na sociedade de consumo - sendo a melhor opção de trabalho e forma de conquistar visibilidade social - também se tornam local de busca de funções inexistentes ou fragilizadas nos contextos tradicionais de socialização, como as de autoridade e proteção (fundamentais para o desenvolvimento saudável do adolescente).

Autoridade e sua relação com drogas, violência e tráfico

Para que o adolescente se desenvolva de modo a viver o autorrespeito e o respeito pelo outro, para que tenha responsabilidade social, é preciso que alguém exerça a função de autoridade em sua vida (SLUZKI, 1997). As primeiras relações afetivas que o ser humano desenvolve ao longo da vida (seja na família ou na escola) são responsáveis pelo seu processo educativo, efetivado no exercício desta função.

O processo educativo é necessário ao ser humano e compreende uma infinidade de ações que compõem o processo de formação da pessoa.

Educar significa participar de forma efetiva do processo de construção da subjetividade (valores, crenças, sentimentos, escolhas) do ser humano, despertando potencialidades; estimulando a reflexão e a crítica acerca da realidade; possibilitando a ação, a criação, a construção da consciência e da autonomia; promovendo mudanças nas relações sociais. Os educadores não são aqueles que transferem conhecimentos, mas todos aqueles que criam as possibilidades para a sua própria produção ou construção (FREIRE, 1996).

A educação na adolescência articula-se à noção de limite. Isso porque o adolescente sente-se mais seguro e protegido quando - no processo educativo - há a internalização de limites. São os limites, as normas sociais que permitem ao adolescente exprimir e dominar sua agressividade natural; adquirir autoconfiança; assumir valores morais e responsabilidades; desenvolver o sentido do dever e das obrigações em relação ao outro (BOLLE DE BAL, 2001).

Como “educar” é um processo diretamente relacionado à noção de limite e ao mesmo tempo de criatividade e espontaneidade, as figuras de autoridade responsáveis pelo processo educativo infanto-juvenil (como os pais e professores) representam, não apenas a função de controle e regulação social, mas também segurança e proteção, possibilitando ao adolescente identificar e compreender o seu poder e potencial criativo para assumir responsabilidades diante deles, aprendendo a organizá-los subjetivamente.

A presença de referências sólidas, que possibilitem a articulação entre os limites e o potencial criativo do adolescente, permite que os momentos de dificuldades e decisões importantes se tornem mais fáceis de serem enfrentados. Por isso, é comum a busca do adolescente por figuras de autoridade e modelos a serem seguidos (PENSO, 2003). Ao contrário, a

ausência de referências sólidas na vida do adolescente pode resultar em dificuldades no enfrentamento a situações conflituosas, assim como nos seus processos de filiação e afiliação (no sentido da vinculação, da inserção) social e, conseqüentemente, na implicação do tráfico de drogas na sua rede.

Método

Utilizamos a pesquisa qualitativa (GONZÁLEZ REY, 2005) como proposta metodológica de apreensão da realidade e, dentro desta perspectiva, a pesquisa-intervenção (LÉVY, 2001) como estratégia de intervenção para a construção das informações durante o trabalho de campo, propiciando simultaneidade entre a intervenção e a pesquisa.

A pesquisa-intervenção parte do pressuposto de que o conhecimento é construído a partir do envolvimento do pesquisador com a realidade estudada; da sua implicação no trabalho que desenvolve; e de que a intervenção é uma construção conjunta (colaboração entre pesquisadores e pesquisados), o que possibilita efetivamente a construção do vínculo e abordagem do tema em questão. É uma metodologia que compreende a psique e o social como intrinsecamente imbricados. Amplia, portanto, o escopo de “clínica”, ultrapassando a ideia de “ao pé do leito”, contida na etimologia da palavra (BARBIER, 2004; LÉVY, 2001).

Participantes e contexto da pesquisa

Participaram desta pesquisa 22 adolescentes de uma escola pública do DF, sendo metade de cada gênero, com idades variando entre 14 e 18 anos. Tratou-se de uma amostra de conveniência. Os adolescentes

manifestaram seu interesse em participar da pesquisa após as atividades realizadas durante o processo de aproximação ao campo (oficinas com adolescentes e educadores sobre prevenção ao uso de drogas, relações interpessoais e experiências sobre temas como sexualidade, drogas e suas repercussões na rede social do adolescente), com aproximadamente 100 adolescentes.

Procedimentos e instrumentos da pesquisa

Inicialmente, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com nove adolescentes (cinco homens e quatro mulheres) que aceitaram o convite para participar da pesquisa. Cada entrevista ocorreu em dois momentos distintos (em dias diferentes), com duração de uma hora e meia cada. Por se tratar de uma pesquisa-intervenção, e com o aumento do número de adolescentes interessados em participar da pesquisa, foi preciso pensar em outra estratégia de coleta que contemplasse todos os adolescentes interessados. Assim, além das entrevistas, foi realizado um grupo focal (GATTI, 2005) com 13 adolescentes (seis homens e sete mulheres) num único momento, que teve duração de duas horas. As entrevistas foram gravadas e o grupo focal foi filmado. A filmagem ocorreu por ser o único recurso que dispúnhamos à época em que era possível captar a fala de todos os participantes sem distorções. Obtivemos a autorização por escrito dos pais e educadores e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos próprios adolescentes.

Procedimentos de análise das informações

Após o registro, as gravações e filmagens foram transcritas na íntegra e analisadas por meio do método construtivo-interpretativo (GONZÁLEZ REY, 2005). Inicialmente foram levantados indicadores, que são definidos como elementos que adquirem significação mediante a interpretação do pesquisador sobre a realidade dos sujeitos da sua pesquisa. Os sentidos comuns entre estes indicadores durante o processo de análise das informações possibilitam a construção de categorias temáticas (zonas de sentido, conforme o referencial utilizado). Para este artigo, serão discutidas as Zonas que tratam particularmente do processo de construção das relações de autoridade do adolescente com a escola e suas implicações no risco de envolvimento com as drogas e o tráfico.

Resultados e discussão

Numa proposta de conhecimento construtivo-interpretativo, foram elaboradas Zonas de Sentido que discutem as construções relacionais do adolescente em seu contexto escolar a partir de três eixos: a autoridade “líquida” na escola; a fragilização dos vínculos de autoridade como fator de risco ao envolvimento com as drogas e o tráfico; e a escola como referência de autoridade na proteção ao adolescente. A seguir, serão discutidos cada um destes eixos, ilustrando a discussão com falas dos adolescentes.

Autoridade “líquida” na escola

Estudos têm apontado que os instrumentos tradicionais de

socialização e os porta-vozes privilegiados de transmissão dos valores a serem seguidos (ou seja, a família e a escola) mudaram ou tiveram sua força e sua eficácia diminuídas ao longo do tempo. Apesar da importância do exercício da autoridade na vida dos adolescentes, estes estão encontrando dificuldades na construção de vínculos com redes tradicionais responsáveis pelos processos educativos. São relações bastante fragilizadas tanto na família quanto na escola, quando analisadas as funções de autoridade e proteção (BAUMAN, 2004; FERRARI; KALOUSTIAN, 2004; OLIVEIRA, 2004; RIBEIRO; BORGES, 2004; SZYMANSKI, 2001).

Bauman (2004, p.10) refere-se aos relacionamentos “líquidos” como sendo os “relacionamentos de bolso”, do tipo que se “pode dispor quando necessário” e depois “tornar a guardar”. Enquanto o autor discute as relações da atualidade como “relações descartáveis”, ou seja, “relacionamentos de bolso”, propomos, aqui, trazer outra dimensão desta liquidez – as relações na família e na escola como relações que não se materializam, não se concretizam, não se comprometem com sua função: não a exercem ou não sabem como exercê-la. Por isso, essas relações permanecem fluidas, instáveis, sem consistência, parecendo “escorrer pelas mãos”, num processo de perda da qualidade dos vínculos afetivos tanto no contexto da família como da escola.

Nos relatos dos adolescentes da pesquisa, as dificuldades do exercício da autoridade estão relacionadas a diversas questões. O fato de os adultos não conseguirem sozinhos atingir um ponto de equilíbrio, de negociação no processo educativo, por exemplo, leva-os ao risco de se posicionarem em práticas ora rígidas demais, ora permissivas demais, como relata o adolescente: “É só oi, oi, tchau, tchau... Minha mãe, tudo ela quer é me bater, ué!” (Nando).

Outro ponto que aparece nos relatos diz respeito à dificuldade dos adultos em estabelecer limites, pois tal tarefa requer envolvimento, acessibilidade, responsabilidade e compromisso com o adolescente, exigindo tempo e disponibilidade, o que os adultos nem sempre têm: “Como eu te disse, né? Quase não vejo minha mãe. Quando chego, ela já tá dormindo. Quando acordo, ela já saiu pra trabalhar. Ela trabalha o dia todo, coitada! Nunca teve tempo pra gente não” (Leo). “Eu acho assim, que eles têm que sentar e conversar comigo... Se eles sentassem e conversassem assim comigo, eu acho que eu ia começar a pensar de outra forma...” (João).

Com relação à família, observa-se o desaparecimento progressivo da figura do pai e a evidente importância da mãe no estabelecimento e reforço das redes de relação e da transmissão de valores morais, além desta ser a figura central no controle do orçamento doméstico ou gerência financeira da casa. São as denominadas famílias matrifocais: na ausência da figura masculina, a mulher assume a casa, cria seus filhos sozinha e é forçada a buscar trabalho fora de casa para o seu sustento (GUIMARÃES, 1998; PENSO, 2003; PÓVOA; SUDBRACK, 2006; SZYMANSKI, 2001; ZALUAR, 2000).

Além disso, as famílias têm suas especificidades culturais e sua construção sobre o que é educar (PENSO; COSTA; RIBEIRO, 2008). O que para alguns é ordem, para outros é autoritarismo. O que alguns consideram como cuidado, outros podem considerar como superproteção, como mostra Szymanski (2001). Portanto, é preciso compreender que os adolescentes buscam limites, mas a forma como os percebem, como os interpretam e solicitam é particular a cada um.

Foi comum a queixa dos adolescentes, em especial daqueles que moravam com a família extensa, sobre a questão de a quem obedecer:

“Saber que eu tenho uma família enorme e não poder contar com ela. Mora a família da minha avó... ela, meu primo e minha prima... aí mora a da minha mãe, que é ela, meu padraço e mais três irmãos...” (João). A constante ausência da mãe no dia a dia do filho - por ter que dividir seu tempo com os demais filhos, por precisar trabalhar e não poder contar com os suportes comunitários que a auxiliem na tarefa de educar seus filhos - força esta mulher a delegar autoridade a outros membros da família.

Neste caso, devemos pensar que problemas de autoridade na família não se devem apenas à rigidez ou permissividade na construção dos vínculos. O controle pode ser mais irregular do que inflexível, por exemplo, como é o caso dos adolescentes que ora recebem limites da avó, ora da mãe, ora da tia, dependendo de quem estiver mais próximo (MINUCHIN; COLAPINTO; MINUCHIN, 1999).

Além das relações de autoridade estarem fragilizadas na família, durante a pesquisa observamos também na escola uma situação semelhante. A escola é uma importante instituição social, pois faz a mediação entre o adolescente e a sociedade; permite a humanização e a educação; e permite a construção da autonomia e o sentimento de pertença ao grupo social à medida que o adolescente se apropria dos modelos e valores transmitidos por ela, podendo deixar de imitar os pais (SZYMANSKI, 2001). A escola só adquire sentido para o adolescente quando faz parte da sua expectativa de vida, do desejo de se reconhecer como estudante – que também se constitui num fator de reconhecimento social de exercer uma ocupação mais valorizada na estrutura social e poder se identificar com os adolescentes da mesma faixa etária (ZAGO, 2000).

Por isso, a escola desempenha papel fundamental na vida dos adolescentes, sendo sua função não apenas transmitir-lhes informações,

como também formá-los cidadãos. No entanto, a escolaridade para adolescentes em contexto de vulnerabilidade social não obedece ao tempo “normal” de entrada e permanência até o fim do ciclo escolar, mas se define no tempo “do possível” (ZAGO, 2000). As famílias, de um lado, valorizam a instrução e a escola como espaço de socialização e proteção dos filhos do contato com a rua e com as drogas. Por outro lado, apesar de desejarem a permanência do filho na vida escolar, cobram dele um trabalho, devido à necessidade de melhores condições de vida, como relata um adolescente: “Você não faz nada, você só estuda.” (Daniel).

Há uma grande distância entre as intenções que embasam as políticas de democratização do ensino e a realidade escolar da população em situação de vulnerabilidade social, mesmo tendo cada vez mais acesso à escolarização, beneficiando-se com a extensão da obrigatoriedade escolar. O que ocorre é que esta população não se beneficia em condições de igualdade com as camadas mais favorecidas economicamente. As escolas que lhe são oferecidas enfrentam desafios, como políticas culturais e educacionais desarticuladas, falta de continuidade de programas e projetos pedagógicos, professores sem reconhecimento e sem autoridade, influenciando o fracasso dos adolescentes em relação à vida escolar e a sua falta de motivação para aprender (ZAGO, 2000).

Os adolescentes buscam nos professores a autoridade ausente na família, almejando a segurança para a construção de sua autonomia. Porém, na relação educador-aluno encontram a fragilidade na construção de regras e limites, num discurso ainda moralista, impositivo, preconceituoso ou impotente: “A maioria dos professores acha que não tem solução alguma... que, tipo, de cem, dois alunos vão ser alguém na vida... Tipo, já passando uma carga negativa, entende? Tipo, já desanimando os alunos.” (Rose).

Os adolescentes foram unânimes em apontar que a escola e os educadores têm dificuldades em assumir a responsabilidade de proteger o adolescente diante das adversidades (brigas entre alunos, uso e venda de drogas na instituição, ameaças de gangues). Eles não sabem como utilizar seus recursos na proteção ao adolescente, optando, em alguns momentos, por condutas rígidas demais - como pela saída do aluno da escola; e, em outros momentos, por uma postura de indiferença. Tanto em uma como em outra situação, evidenciamos um sentimento de fragilidade e impotência por parte dos profissionais e da instituição, confirmando o descrito nos estudos de Póvoa e Sudbrack (2006) e de Viana (2000). Consequentemente, surge em muitos adolescentes um forte sentimento de insegurança, de não pertencimento à instituição. Sentem-se fracassados, com baixa autoestima e sem perspectivas para um futuro promissor. Conforme termo utilizado por Viana (2000), sentem-se “peixes fora d'água”, desadaptados, marginais, aumentando as chances de buscarem fora da escola o que não encontram dentro dela.

Isto posto, evidencia-se que o exercício da autoridade, quando comprometido na vida do adolescente, exerce influência sobre as vicissitudes e impasses que ele enfrenta nas suas vivências de socialização. Diante das dificuldades no enfrentamento e resolução de conflitos, tanto nas relações familiares como nas relações com a escola, os adolescentes tornam-se bastante vulneráveis à inserção em redes que lhes oferecem perigo. Os grupos destrutivos - como as gangues, grupos de uso e tráfico de drogas, por exemplo – aproveitam-se desta vulnerabilidade, podendo atrair os adolescentes a condutas de risco.

Fragilização dos vínculos de autoridade como fator de risco ao envolvimento com as drogas e o tráfico

O adolescente possui uma força social que lhe é natural e o impele à afiliação (GUTTON, 2005), estando disposto a pensar sobre suas escolhas em relação às amizades, à busca pelo prazer, a como lidar com situações de risco e com a violência. Quando, no entanto, ele enfrenta situações adversas – ausência dos pais ou conflitos familiares, precárias condições de vida, discriminação, desqualificação social, preconceito – sente-se pressionado a agir, a fazer algo a respeito. Não encontrando nas relações familiares, na escola ou em grupos de pares construtivos (que valorizam sua força, seu potencial e o impulsionam ao protagonismo juvenil) possibilidades concretas e imediatas para lidar com estas situações, o adolescente entra em conflito com os valores, ideais e normas dos grupos, gerando sentimentos ambíguos que contribuem para um possível envolvimento em situações de risco.

Neste momento, o adolescente pode passar a transitar por outros contextos grupais, muitas vezes contextos de perigo, ameaça e controle, nos quais ele acredita conseguir enfrentar o mal-estar gerado pelas situações adversas, como relata a adolescente: “Hoje eles (colegas de sala de aula) começaram a usar drogas, saíram do nosso grupo, pararam de estudar e tão com medo do tráfico.” (Vânia).

Compreende-se que o adolescente está sempre lutando para sobreviver aos impasses que lhe impossibilitam pertencer aos contextos formais de socialização: “Na escola eu falo com todo mundo... mas não tem aquela coisa mais de amizade. Ficar aqui dentro e só isso mesmo: assistir aula e voltar pra casa... E na família... as pessoas... é muito desunido... ninguém liga pra ninguém. E na comunidade falo com todo o

mundo também mas eu não tenho aquela amizade nem de ficar na casa de ninguém. Se acontece alguma coisa com a gente, a gente tem que se virar sozinho, porque ninguém nem percebe que a gente tá com problema, ninguém nem percebe que a gente existe.” (Paula). Tanto na família, na escola, como entre pares, à medida que seus esforços em pertencer lhe são negados, aumentam os sentimentos de frustração, ódio e revolta, impulsionando o adolescente à internalização de uma cultura de violência, destruição do outro e de si mesmo na busca pela sobrevivência (CARRETEIRO, 2002).

Os resultados apontam que, diante da autoridade inconsistente e fragilizada na vida dos adolescentes e de uma afiliação social interrompida nos grupos construtivos entre pares (grupos de estudo, de dança, de música), a sua inserção em gangues, nas drogas e no tráfico representa a sua luta para sobreviver ao sofrimento causado por estas dificuldades relacionais, sociais, econômicas e políticas que experimentam no dia a dia. Além disso, passa ser a única saída encontrada por eles para sua construção identitária – possibilitando-lhes pertencer – buscando novas formas tanto de filiação, como de afiliação social.

Os jovens internalizam a cultura da violência e obtêm o reconhecimento através do ódio, do extermínio do outro e da autodestruição, assumindo assim, a identidade de delinquentes, desviantes (CARRETEIRO, 2002; SELOSSE, 1997): “...Porque a gente fica é nisso aí mesmo: batendo e apanhando sem nem mais saber porquê” (Joel). “A vantagem (das brigas entre as gangues) é a fama que dá com as meninas e com os moleques quando a gente bate neles. A desvantagem é a morte mesmo.” (Leo). Neste momento, a vinculação com outros adolescentes envolvidos com gangues, com o tráfico ou com os chefes do tráfico implica uma trama relacional paradoxal que ao mesmo tempo em que pode vir a

satisfazer as necessidades identitárias e de pertença, é o fator de maior risco e de exclusão, agindo perversamente contra eles.

Assim como apontam Guimarães (1998), Neto, Moreira e Sucena (2001) em seus estudos – sobre os motivos de inserção de adolescentes no tráfico de drogas - apareceram na pesquisa as seguintes situações: (1) condição socioeconômica precária; (2) *status* social e poder de sedução (mulheres, fama e “ibope”) que o tráfico lhes confere; (3) a convivência com pessoas nele já inseridas, que influenciam outras a entrarem; (4) a falta de segurança que sentem; (5) a inevitável humilhação que sofrem por parte daqueles que deveriam exercer a função de autoridade, segurança e proteção na comunidade (família, escola, Estado, segurança pública), o que os deixa frustrados e desiludidos; (6) e a própria questão do consumo das drogas: vendê-las para consumi-las. Além disso, alguns adolescentes também relataram que, quando encontram emprego no mercado de trabalho formal, sentem-se explorados, tratados de forma indigna, trabalhando mais de 12 (doze) horas por dia e ganhando muito pouco. Por isso inserem-se no tráfico, para terem melhores condições de vida: “Só que ele ganha muito dinheiro. Ele não trabalha e tem tudo do bom e do melhor... Foi a forma que ele encontrou de ganhar muito dinheiro... mas tá arriscando a vida...” (Paula). “O que você ganha em um mês trabalhando, o cara ganha em um dia. É triste, é revoltante.” (Liziane).

Em resumo, os adolescentes apontam uma sobreposição de situações de vulnerabilidade e fragilidade de vinculação afetiva que vivenciam, das quais o tráfico tira proveito. “Abandonados à própria sorte”, desenvolvem a cultura do medo, tendo que conviver diariamente com a presença e a força do tráfico na periferia das cidades, sem ter como se defender. Soma-se à cultura do medo – regida por um forte sentimento de injustiça – a cultura do ódio, o qual é sustentado pelo tráfico, que se

torna, então, o vingador da comunidade.

Assim, observa-se, por um lado, que as formas encontradas pelo adolescente na busca de referências de autoridade perdidas passam a ser permeadas por sentimentos de raiva, de angústia e mal-estar. Por outro lado, ao se referir ao abandono da família, da escola, da segurança pública, ele revela sentimentos contraditórios, que são compreendidos como desde a vontade de romper com elas até o desejo de ser por elas reconhecido.

Escola como referência de autoridade na proteção ao adolescente

A fragilização dos vínculos com a escola pode produzir rupturas e conduzir os adolescentes ao isolamento, à solidão ou a condutas de risco (como uso e tráfico de drogas). Quando isto acontece, notamos o quanto os educadores percebem falhas no cumprimento das suas funções de proteção e controle social.

Em muitos casos, os educadores atribuem aos pais e à sua consequente ausência na vida dos filhos, a inserção destes no “mundo das drogas”, assim como as constantes evasões da escola. Em contrapartida, a desqualificação dos educadores e da instituição é feita muitas vezes pelos pais (PÓVOA; SUDBRACK, 2006) na presença dos filhos, de uma forma que resulta improdutiva. Esta situação, na qual tanto os pais criticam a escola, projetando nela seu fracasso no processo de ensino-aprendizagem e conduta dos filhos, como a escola critica os pais, projetando neles suas dificuldades, falta de imposição de limites e participação na vida dos alunos, evidencia a desintegração família-escola, a distorção e o ruído nesta comunicação (OUTEIRAL, 2003).

Neste processo em que a escola e a família ficam no jogo de culpa pelo fracasso dos adolescentes, estes, perdidos, carentes de contextos

protetores, tornam-se vulneráveis à inserção em contextos de risco, tornando-se “presas fáceis” do tráfico. Esse pode assumir uma função simbólica na vida dos adolescentes, na sua constante busca pela autoridade perdida, na busca da Lei (SUDBRACK, 1992).

Neste sentido, surgiram várias demandas dos adolescentes dirigidas à escola, como referência no seu processo socializador. A busca pela proteção e autoridade é evidente entre os adolescentes que começam a se envolver com drogas e atos infracionais: “Sempre eu fui muito de conversar com os professores. Na hora do intervalo, pra pedir conselho, pra tirar dúvidas, aí eu me apego mais aos professores porque eu converso com eles.” (Fábio). São muitos os adolescentes em situação de risco (em grupos de pichação, gangues, usuários de drogas ou aliciados pelo tráfico) ainda vinculados à escola. Provavelmente porque conseguem diferenciar os contextos de risco e de proteção, diferenciação esta que já foi perdida para aqueles que não possuem mais vínculos com a escola. Por isso, reprovam várias vezes, mas não evadem.

Segundo o relato dos participantes, os alunos começam a infringir as regras da instituição por meio do uso de drogas e álcool na própria escola e até mesmo na sala de aula, diante do educador: “No banheiro, no pátio, eles usam em todo lugar e a gente fica vendo aquilo ali todo dia. Clorofórmio, maconha...” (Fábio). Em outras ocasiões, chegam a oferecer drogas ao professor e o ironizam e criticam quando o veem fumando: “Cigarro também é droga, professor” (Fábio). É importante refletir sobre o que os alunos estão querendo dizer com estas provocações. Seria um desafio ao educador ou uma busca de aproximação permeada pela solicitação de que alguém exerça alguma autoridade já quase inexistente em suas vidas?

Compreende-se que os adolescentes envolvidos com drogas e

atraídos pelo tráfico, quando ainda inseridos na escola, pedem ajuda a ela com ações extremas, forçando seu olhar para eles. Neste sentido, o porte e uso de drogas na escola é uma forma de solicitar à instituição que se mobilize e exerça sua autoridade (GUIMARÃES, 1998; PÓVOA; SUDBRACK, 2006; SZYMANSKI, 2001; ZALUAR, 2000).

Por fim, surgiu um aspecto revelador sobre a inserção e manutenção do adolescente na escola: o fato desta ser ainda um contexto onde é possível sentir-se pertencente (uma rede de proteção). A escola, apesar de fragilizada, permanece para o adolescente como uma rede de segurança, uma possibilidade de se sentir incluído no sistema social de alguma forma. Assim, quando o adolescente rompe com a escola é como se estivesse se desligado do único segmento onde ainda se reconhece cidadão: “Tem que ter conhecimento, né? Se não tiver, não vai a lugar nenhum.” (Joel).

Considerações finais

A discussão destes eixos de análise aponta para os caminhos percorridos pelo adolescente no processo de busca pela autoridade rumo à inserção nos grupos de risco. Compreende-se que a exclusão gerada em camadas da população que estão em situação de vulnerabilidade social afeta os processos de filiação e afiliação do adolescente, fragilizando suas relações já existentes e dificultando a formação de novas relações mais sólidas e efetivas, o que ocasiona sua inserção em grupos de risco, como o tráfico de drogas. Dessa forma, as possibilidades de mudanças efetivas são pensadas no sentido da inclusão de processos de reconhecimento que legitimem o sujeito. A intervenção em rede (DABAS, 1995) pode ser eficaz neste sentido à medida que exige mudanças não somente em relação ao

comportamento do adolescente, como de todos aqueles implicados na sua história, de alguma forma.

Na intervenção em rede, o adolescente precisa ser capaz de identificar seus sentimentos e expressá-los, assim como precisa também reconhecer as necessidades emocionais dos outros membros de seu sistema sociofamiliar, para construir a sua rede afetiva. Do mesmo modo, as famílias e a escola desenvolvem sua capacidade de auto-organização, recuperando suas competências e autoridade, tornando-se elas mesmas especialistas de seus filhos e alunos. O papel da escola passa a ser o de construir limites para os alunos por meio do resgate da autoridade e da negociação, o que pressupõe o estímulo à autonomia, à descristalização de papéis e ao comprometimento entre os diferentes atores implicados no processo (educadores e alunos), pois quanto maior a autonomia, maior o senso de responsabilidade por suas ações. A interdição e a Lei são internalizadas por meio de modelos de identificação positiva presentes na escola que forneçam ao adolescente as noções de realidade e limite. Para uma nova relação, é preciso auxiliar os educadores a examinarem suas atitudes, o impacto delas sobre os alunos e a conseqüente repercussão deste trabalho dentro da instituição.

Além disso, compreende-se que, abrir espaço entre os adolescentes para o debate coletivo, experiências extraclases ou expressão individual é uma oportunidade de aproximação ao plano afetivo, rumo à relação transparente do adolescente com os pares e outros segmentos da sua rede social. Estes espaços são capazes de despontar reflexões bastante ricas dos adolescentes no sentido da compreensão das dificuldades de funcionamento da sua rede, assim como na busca de possibilidades de mudança. O estímulo ao protagonismo juvenil é colocado a serviço de ações – políticas públicas de inserção e manutenção dos grupos potenciais

– o que contribui para o desenvolvimento e a inclusão dos adolescentes que vivem em contexto de vulnerabilidade social, diminuindo as desigualdades e a distância que separam os privilegiados daqueles excluídos pelo sistema.

Favorecer o diálogo entre a família e a escola é também outra possibilidade de fortalecimento das redes. Quando os professores e famílias discutem, as trajetórias se entrecruzam, surgem pontos em comum nas suas experiências de vida que geram identificação das ligações afetivas entre eles.

Diante de todas essas possibilidades de ação, a intervenção em rede não é um trabalho pontual, mas árduo de longo prazo, em que cada um tem um papel social importante a cumprir e não pode se eximir disso.

Referências

- BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Tradução de L. Didio. Brasília: Líber Livro, 2004.
- BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- BOLLEDEBAL, M. Da revolta contra os pais à revolta dos pais. In: ARAÚJO, J. N. G. de; SOUKI, L. G.; FARIA, C. A. P. de (Orgs.). **Figura paterna e ordem social**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p.41-57.
- CARRETEIRO, T C. Tráfico de drogas, sociedade e juventude. In: PLASTINO, C. A. (Org.). **Transgressões**. Rio de Janeiro: Contra Capa. 2002. p.191-198.
- COLLE, F. X. **Toxicomanias, sistemas e famílias**. Tradução de M. J. Pereira. Lisboa: Climepsi, 2001.

- DABAS, E. A Intervenção em rede. **Nova Perspectiva Sistêmica**, 4 (6), p. 5-17, 1995.
- FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. Introdução. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2004, p. 11-15.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.
- GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. Tradução de Marcel Aristides F. Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.
- GUIMARÃES, E. **Escolas, galeras e narcotráfico**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.
- GUTTON, P. **Moi, violent? Pour en finir avec nos idées reçues sur l'adolescence**. Paris: JC Lattès, 2005.
- LÉVY, A. **Ciências clínicas e organizações sociais**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- MIERMONT, J. et al. **Dicionário de Terapias Familiares**: teoria e prática. Tradução de C. A. Molina-Loza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com famílias pobres**. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. **Nem soldados nem inocentes**: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2004.

- OUTEIRAL, J. **Adolescer**: estudos revisados sobre adolescência. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- PENSO, M. A. **Dinâmicas familiares e construções identitárias de adolescentes envolvidos em atos infracionais e com drogas**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília, Brasília, 2003.
- _____; COSTA, L. F.; RIBEIRO, M. A. Aspectos teóricos da transmissão transgeracional e do genograma. In: PENSO, M. A.; COSTA, L. F. (Orgs.). **A transmissão geracional em diferentes contextos**: da pesquisa à intervenção. São Paulo: Summus, 2008. p.9-23.
- PÓVOA, M. L. DE S.; SUDBRACK, M. F. O. Autoridade na família e na escola. In: SUDBRACK, M. F. O. (Org.). **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Brasília: Universidade de Brasília, 2006. p.192-199.
- RIBEIRO, M. A.; BORGES, L. M. Violência intrafamiliar: um olhar sobre a dinâmica da família violenta. In: RIBEIRO, M. A.; COSTA, L. F. (Orgs.). **Família e problemas na contemporaneidade**: reflexões e intervenções do Grupo Socius. Brasília: Universa, 2004. p.45-70.
- SAWAIA, B. Exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999. p.7-13.
- SELOSSE, J. **Adolescence, violences et déviances (1952 – 1995)** (Sous la directions de: Jaques Pain et Loich – M.Villerbu). Vigneux: Editions Matrice, 1997.
- SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. Tradução de Cláudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SUDBRACK, M.F.O. Da falta do pai à busca da lei: O significado da passagem ao ato delinqüente no contexto familiar e institucional. **Psicologia**:

Teoria e Pesquisa, Brasília, 8 (Suplemento), p. 447-457, 1992.

SZYMANSKI, H. **A relação família/escola:** desafios e perspectivas.

Brasília: Plano, 2001.

VIANA, M. J. B. Longevidade escolar em famílias de camadas populares: algumas contradições de possibilidade. In: NOGUEIRA, M. A.; ROMANELLI, G.; ZAGO, N. (Orgs.). **Família e escola:** trajetórias de escolarização em camadas médias e populares. Petrópolis: Vozes, 2000. p.45-60.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999. p.16-26.

ZAGO, N. Processos de escolarização nos meios populares: as contradições da obrigatoriedade escolar. In: NOGUEIRA, M. A.; ROMANELLI, G.; ZAGO, N. (Orgs.). **Família e escola:** trajetórias de escolarização em camadas médias e populares. Petrópolis: Vozes, 2000. p.17-44.

ZALUAR, A. **A máquina e a revolta:** as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 2000.



15 A importância do exercício da autoridade pelos diferentes atores, na abordagem de adolescentes envolvidos com drogas e violência

Maria Fátima Olivier Sudbrack

O presente capítulo se propõe a analisar demandas da escola à luz de pesquisas realizadas pelo Prodequi/UnB, no contexto do *Curso de prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas*. Para tanto, apresentamos resultados de pesquisa que revelam a realidade das escolas em narrativas de dois atores: os educadores e os policiais.

Introdução

A partir da escuta das demandas trazidas por estes dois *atores*, (educadores e policiais) procuramos abordar as seguintes questões: O que a escola pública brasileira está vivenciando no cotidiano em relação aos seus alunos adolescentes envolvidos com drogas e violência? Como os professores estão enfrentando as situações problema em sala de aula ou no território educativo? A quem recorrem? Qual é a demandada escola? Do que precisam? Para quem pedem apoio? Como os atores da política de educação estão acionando as parcerias - quais estão disponíveis? Face à constatação de que a escola está com demandas que vão muito além da prevenção primária, mister se faz instrumentalizar para uma abordagem efetiva de situações-problema que já revelam o adolescente em risco. A abordagem do adolescente envolvidos com drogas e violências é bastante desafiadora, pois exige múltiplas competências e parcerias institucionais, devendo ser efetivada no contexto de medidas protetivas pois situam-se em situação de risco. Para tanto é necessária a participação de diversos atores em complementaridade e cooperação. A gravidade das situações demandam, cada vez mais, políticas intersetoriais.

A realidade enfrentada pela escola revela-se bastante difícil, pelas complexidade das situações vividas que exigem soluções, complexas. Apresentaremos, a seguir, o cenário das escolas públicas brasileiras, na voz de dois atores: educadores e policiais.

As situações-problemas enfrentadas pela escola na voz dos educadores

As situações-problema vividas na escola e relatadas pelos educadores podem ser categorizadas em três grandes eixos (DALBOSCO,

2011), a saber:

(1) oferta de drogas e identificação do uso nas dependências da escola: alunos, educadores, funcionários identificam consumo de drogas ilícitas (maconha) no ambiente escolar e também o consumo de bebidas alcoólicas dentro da escola;

(2) associação de drogas e violência dentro da sala de aula e fora da escola; tráfico e situações de risco; conflitos e violência dentro da sala de aula em decorrência do consumo de álcool e outras drogas; consumo e manipulação de drogas dentro da sala de aula; é recorrente no relato de todos os sujeitos o contexto do medo gerado pelas ameaças e situações de risco aos educadores e à escola;

(3) situações de risco fora do ambiente escolar que refletem na escola; violência; tráfico e uso de drogas; na família, tráfico de drogas na comunidade; tráfico de drogas nas imediações da escola.

A demanda das escolas, recebida pelos policiais, face às situações envolvendo drogas e violências no cotidiano de sala de aula e território educativo

Pesquisas desenvolvidas junto ao Prodequi (SILVA, 2011 e RODRIGUES SOBRINHO, 2015) levantaram importantes relatos dos policiais sobre as situações-problema que levam a recorrer a este segmento da segurança pública, num contexto de muita tensão no ambiente escolar. As situações-problema que levam os policiais para a escola são as seguintes:

(1) uso de drogas pelos alunos, na escola:

(maconha, álcool, tabaco/cigarro, *crack*, cocaína, inalantes);

(2) comportamentos de violência na escola associados ao efeito de drogas:

- (a) drogas e violência verbal e física entre alunos e entre professores e alunos;
- (b) drogas e ferimentos graves entre alunos;
- (c) drogas e presença de armas na escola;

(3) assédio de alunos para o tráfico de drogas no contexto sociofamiliar:

- (a) Convivência de alunos com pais traficantes;
- (b) assédio dos traficantes “amigos” para vender drogas para os alunos;
- (c) alunos vendendo drogas na escola: a exploração de alunos pela rede do tráfico;
- (d) a escola como ponto de tráfico à noite;

(4) ameaças e mortes violentas nas imediações da escola:

- (a) morte/homicídios nas imediações da escola;
- (b) morte entre colegas em contexto de ameaças;
- (c) morte por adolescente usuário de crack, em acertos de conta de dívidas de drogas.

A natureza das situações relatadas aponta para a necessidade de intervenções articuladas com diferentes segmentos locais, na construção de uma rede protetiva para crianças e adolescentes em situação de risco pelo envolvimento com drogas.

A gravidade das situações ocorridas na escola e imediações confirma a fragilidade da escola que se torna vulnerável e sem preparo para o enfrentamento com situações que fogem de sua alçada.

Neste contexto de dificuldades e de ressonância do medo, é frequente a busca de apoio junto aos policiais. Esta demanda de policiais, se, por um lado, pode trazer segurança institucional, o confronto do adolescente diretamente com o policial traz muitos questionamentos e dúvidas a todos os atores, inclusive aos próprios policiais.

Entendemos que a presença dos policiais nas escolas decorrem de demandas institucionais para segurança e apoio. Muitas vezes estas demandas estão relacionadas a situações de gravidade que implicam em competências para os quais os educadores não estão preparados ou não reconhecem como suas atribuições.

Dentre a gama de competências necessárias para abordagem das situações-problema reveladas na pesquisa acima citada, entendemos que uma das questões que perpassa o enfrentamento de todas as situações é o exercício da autoridade pelo educador.

O exercício de autoridade com adolescentes exige especial competência e preparo, sendo uma relação bastante fragilizada nos dias atuais não apenas na escola mas também na família e na sociedade como um todo.

Se pode ser válido a direção da escola chamar um policial para mostra ao aluno que a escola tem regras e ele deve seguir a disciplina vigente, por outro, este ato pode representar uma fragilidade da autoridade do próprio educador, colocando em risco a própria relação educativa que funda-se no respeito à autoridade do adulto.

Destacamos aqui, o papel do educador como referência e figura de autoridade e precisamos investir mais na formação dos educadores para que possam desempenhar sua importante função socializadora, enquanto modelo e referência de autoridade de que o adolescente necessita para estruturar-se, pois encontra-se em plena crise de identidade.

Por sua vez, a perspectiva da promoção de saúde se amplia e atinge a garantia dos direitos fundamentais – o direito à vida – na medida em que existem ameaças de morte e exploração da mão de obra infantil nas estratégias de distribuição de drogas que envolvem alunos. O assédio aos alunos e as ofertas irresistíveis do mundo do tráfico constituem tema de inesgotável questionamento e preocupação por todos os educadores. Esta aproximação deixou de ser tabu quando se constata a presença de traficantes na própria família. No contexto da clandestinidade, da marginalidade e da ilegalidade, os adolescentes facilmente enveredam para a prática de violência, num ciclo recursivo e paradoxal que passa a constituir trajetórias de vida que vimos denominando de “*socialização da exclusão*”. (SUDBRACK, 1982, 2006)

As questões relativas à drogadição devem ser abordadas como um programa preventivo, buscando evitar que o consumo se instale e se desenvolva a dependência. Precisamos reconhecer que é um direito de cidadania ter acesso à informação sobre drogas, bem como obter um espaço de atendimento não repressor e de cuidado pessoal com a saúde. Na realidade, a proposta vai muito além de oferecer tratamento para dependentes de drogas: trata-se da preservação da qualidade de vida. Dizer SIM à Vida “significa estar receptivo a tudo o que o mundo nos proporciona de bom e prazeroso, ser capaz de vencer as pressões negativas da massificação, do consumismo, da corrupção e da violência.” (SUDBRACK, 2000, p. 2).

O papel do educador como referência de autoridade

O desenvolvimento da criança ocorre no seio da família que deve contar com apoio das políticas públicas das quais a educação é primordial.

O papel da escola coloca-se, assim, para além da transmissão de conteúdos, mas como espaço genuíno de socialização prolongando e complementando os ensinamentos recebidos na família. No contexto de violência estrutural, vulnerabilidade social e abandono em que vivem muitos educandos e suas famílias, a escola passa a representar o único referencial de pertencimento e de acolhimento afetivo para a criança e adolescente. As políticas de assistência advém com importante participação, mas cabe destacar que o próprio SUAS reconhece como condição de vulnerabilidade aspectos que extrapolam as condições da sobrevivência material, incluindo a dimensão dos vínculos afetivos e do pertencimento comunitário e social como direitos fundamentais de cidadania.

O exercício da autoridade é estruturante para o desenvolvimento do ser humano, sendo as práticas de violências compreendidas como um fracasso no processo de socialização das crianças e adolescentes, relacionada às dificuldades de introjeção da lei. Se, por um lado, temos cada vez mais escolares transgredindo as regras da escola, por exemplo, é uma tônica nos dias atuais, a extrema dificuldade dos adultos em transmitir a lei simbólica através de modelos de autoridade que oferece proteção e ao mesmo tempo traz a referência dos limites e dos valores para a vida em sociedade: o respeito ao outro, a honestidade e a responsabilidade com o coletivo como valores estruturantes do caráter do indivíduo e que contém o sentido de ser cidadão.

Quando sou cidadão?

Sou cidadão quando o que acontece comigo acontece com o mundo e quando o que acontece com o mundo, acontece comigo, ou seja, eu sou um sujeito de direitos quando pertença a um coletivo que me assegura e no qual tenho direitos e deveres. É somente nesta condição cidadã de ser

experiencia a lei que protege, ela poderá reconhecer como sua e não apenas como uma lei para atender as vontades de outros. Somente quando a lei faz sentido em ser seguida as sanções serão estruturantes. Para que a lei faça sentido, ela deve vir de figuras que transmitem confiança e amor. As primeiras figuras de referência de autoridade são os pais, seguido dos professores. Por esta razão família e escolas devem atuar em consonância na transmissão dos valores e no exercício da autoridade junto aos filhos e alunos.

Vivemos uma crise no exercício da autoridade na família, na escola e na sociedade, como um todo. Nós, os adultos temos uma dívida com a geração de crianças e adolescentes de nossa sociedade, pela falta de referências de autoridade de que necessitam para se estruturarem como sujeitos. Esta condição de fragilização no exercício da autoridade pode resultar na formação de cidadãos sem condições de introjetar a lei como protetora, que apenas fogem da sanção, sem assumir a responsabilidade pelos seus atos.

Situamos a falta de sólidas referências de autoridade ou a fragilização dos vínculos com as figuras de autoridade como fator de risco ao envolvimento com as drogas e o tráfico pois se trata de condutas transgressão que, na adolescência, paradoxalmente, representam a busca da lei e da referência, através da contestação.

Ora, se o adolescente que transgride se depara com a falta de autoridade, ele não terá a chance de obter retorno de seu ato e poderá sentir-se num grande vazio de sentido e de pertencimento. Em outro extremo, temos o adolescente que recebe sanções severas, sem obter o diálogo necessário que poderá guiar sua busca pessoal na compreensão e aceitação da lei. Neste caso, a lei aparece apenas como exigência de outros, como uma cobrança externa da qual será preciso se livrar ou seguir apenas pelo

sujeito de direitos em um a sociedade da qual faço parte e quero ser parte - onde me sinto aceito e quero pertencer – que a lei faz sentido. A vivência da lei em sua dimensão protetiva é fundamental para a socialização. A autonomia é o resultado de muitas dependências (MORIN, 1991), ou seja, ninguém cresce se não teve a oportunidade de viver etapas necessárias para atingir a maturidade que não acontece apenas com o passar dos anos vividos, ou com a idade cronológica, mas com ensinamentos e experiências que proporcionam receber os limites e as regras como importantes para se constituir como sujeito. Não existe cidadão sem sujeito. O ser humano supera sua condição infantil de dependência e conquista sua autonomia, na medida em que encontra no seu convívio social familiar e escolar as referências de que necessita para se sentir seguro, respeitado e amado.

Ser autônomo é saber dar as regras para si próprio. Para que a lei será introjetada ela precisa ser vivida como protetora. Quando a lei é protetora, ou seja, ela faz sentido na minha condição de cidadão que pertença a uma sociedade (família, escola, instituição, comunidade) ela vai ser introjetada como minha referência a seguir e não apenas como algo que vem de fora para eu cumprir. A vivência subjetiva deste processo que denominamos: *da interdição ao interdito* – é a condição *básica* para que o adolescente não apenas cumpre a lei, mas se coloque como responsável pelos seus atos.

O reconhecimento da autoridade é intrínseco a este processo subjetivos da aceitação da lei do qual vai resultar a possibilidade de auto-controle, de renúncia às frustrações, de retardar a satisfação imediata e egoísta em função do outro. Na medida em que o ser humanos se sente sujeito ou seja, é respeitado e atendido em suas demandas ele se humaniza-ou seja se torna capaz de reconhecer e atender o outro. Quando a criança

medo da sanção externa.

A fragilização dos vínculos com a escola pode produzir rupturas e conduzir os adolescentes ao isolamento, à solidão ou a condutas de risco.

Quando a escola e a família ficam no jogo de culpa pelo fracasso dos adolescentes, estes, perdidos, carentes de contextos protetores, tornam-se vulneráveis à inserção em contextos de risco, tornando-se presas fáceis do tráfico. Este pode assumir uma função simbólica na vida dos adolescentes, na sua constante busca pela autoridade perdida, na busca pela Lei.

Os adolescentes precisam da escola como referência no seu processo socializador. A busca pela proteção e autoridade na escola é evidente entre os adolescentes que começam a se envolver com drogas e atos infracionais: “...Sempre eu fui muito de conversar com os professores. Na hora do intervalo, pra pedir conselho, pra tirar dúvidas, aí eu me apego mais aos professores porque eu converso com eles.”

Estudo realizado junto a uma escola de cidade satélite do DF revelou que adolescentes em situação de risco (em grupos de pichação, gangues, usuários de drogas ou aliciados pelo tráfico) preservam a escola como contexto protetivo. Alguns deles revelaram que não evadem, mas reprovam várias vezes para procuram permanecer vinculados à escola.

Recentemente, em uma supervisão para educadores do Curso Saúde e Segurança na Escola, pude atualizar esta condição tão viva dos alunos que, mesmo se colocando em situação de risco pelo envolvimento com drogas, tem na escola uma referência protetiva e de acolhimento. O vice-diretor da escola relata como sua questão para a supervisão, num tom de desabafo: “...a polícia recolhe nossos alunos na rua , aprontando e usando drogas e joga no pátio do colégio... eles estão de uniforme... e eles ficam por aqui, na escola, mesmo sem atividades ...”

A partir de uma realidade trazida pelo vice-diretor, pudemos avaliar o quanto não apenas os alunos adolescentes ainda preservam a escola como um espaço protetivo, mas também os policiais que, provavelmente, perceberam que eles seriam acolhidos e melhor seria levá-los ao pátio da escola do que para a delegacia.

Vejam a extrema riqueza de uma situação como esta para resgatarmos o que nos propomos transmitir aos educadores neste texto: a importância da escola e da polícia estarem juntas na condução de situações de risco. O desafio que se coloca para ambas as instituições de referência de autoridade:

- Como exercer a autoridade, trazendo os limites e a responsabilização do adolescente pelos seus atos, em complementaridade, em cooperação, ou seja, de modo que este adolescente não escape pelos buracos da falta de uma rede protetiva que o segure, que mostre sua responsabilidade perante si mesmos e com a sociedade?

Os alunos se defendem e deixam o vice-diretor sem saber como atuar, com muitos questionamentos: *“Mas eles dizem que não estão fazendo nada de mal, apenas se divertindo (reconhecem que usando drogas)ou buscando dinheiro para sobreviver passando drogas, os pais estão desempregados, eles consideram que estão trabalhando sem fazer mal a ninguém... não podemos abandonar nossos alunos na mão dos traficantes e nem da polícia...”*

Este tipo de situação traz imensos desafios tanto aos educadores, como para a família, como também para os policiais. Que, no meu entender fizeram muito bem em trazer os aluno para a escola. Ao mesmo tempo, cabe destacar o potencial protetivo desta comunidade, mas é preciso

aprofundar:

- Além de acolher, o que mais é preciso para realmente proteger?

Proteger não é apenas livrar o adolescente das sanções externas sem confrontá-lo com suas responsabilidades, como por exemplo: cuidar de sua saúde, de sua escolaridade, de suas escolhas nas amizades e, sobretudo de construir seu projeto de vida. Se assim agirmos, estaremos infantilizando e não educando. A relação infantil está focada na obediência de alguém que decide o que você deve fazer. A relação com o adolescente deve permitir negociações das regras e uma postura crítica para que ele mesmo, através da contestação, descubra o sentido das regras que, na medida em que compreende como favoráveis e protetivas, vai assimilar como suas. Este é o caminho para o exercício da autonomia que promove a liberdade de escolha. Sendo assim, cuidar de adolescentes implica em desenvolver sua capacidade de autonomia, oferecendo contextos para esta importante conquista na vida. Ser autônomo implica em saber fazer as boas escolhas e as condições para fazer escolhas são: necessidades básicas satisfeitas, estar bem informado e ter maioridade, prefiro substituir por maturidade. Nesta perspectiva, o exercício da autoridade é importante com firmeza sobre as regras e clareza sobre as sanções – ambas podem ser negociadas, mas não podem ser negligenciadas ou banalizadas. Por vezes, as regras são claras, mas a consequência do descumprimento delas não é trabalhada para que certas “punições” façam sentido e se tornem realmente estruturantes. Proteger neste sentido é fortalecer o adolescente para que adquira sua autonomia, proporcionando-lhe instrumentos pedagógicos para o resgate de sua motivação para a escolarização, recursos sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades de sua condição de vida em

precariedade, quando for o caso, proporcionar sua visibilidade social com uma identidade positiva, como protagonista de ações de relevância social- *o adolescente é crítico porque ele é transformador- introduzir no processo educativo espaços de expressão aproveitando a arte e a cultura como recursos mediadores fundamentais de sua comunicação e da codificação de suas demandas, expressas pelos atos transgressivos ou provocativos.*

As situações-problema em relação ao envolvimento de adolescentes com drogas e violência, vividas nas escolas e muito bem relatadas pelos educadores e também pelos policiais aos quais a escola demanda ajuda, são muito esclarecedoras de suas próprias demandas para a escola, para a família e para a sociedade.

Precisamos mudar nosso olhar focado apenas na gravidade do comportamento do adolescente para um olhar compreensivo da demanda que está subjacente ao mesmo: *lançamos esta compreensão clínica de que os adolescentes envolvidos com drogas e atraídos pelo tráfico, quando ainda inseridos na escola, pedem ajuda a ela através de ações extremas, forçando seu olhar para eles. Neste sentido, o porte e uso de drogas na escola pode estar representando uma forma provocativa e inusitada de solicitar à instituição que se mobilize e exerça sua autoridade.*

O papel da escola no enfrentamento desta situações é o de construir limites para os alunos através do resgate da autoridade e da negociação, o que pressupõe o estímulo à autonomia, à descristalização de papéis e ao comprometimento entre os diferentes atores implicados no processo (educadores e alunos), pois quanto maior a autonomia, maior o senso de responsabilidade por suas ações. A interdição e a Lei são internalizadas através de modelos de identificação positiva presentes na escola que forneçam ao adolescente as noções de realidade e limite.

A aceitação da lei e dos limites por ela impostos resulta de uma relação

de respeito, confiança e afeto as figuras de autoridade. Portanto, é preciso auxiliar os educadores a examinarem suas atitudes enquanto figuras de referência de autoridade e o forte impacto delas sobre os alunos neste lugar pleno de simbolismos, com repercussões nas situações concretas do cotidiano escolar.

O papel dos diferentes atores promoção da segurança da escola

As situações – problema relacionadas ao envolvimento dos alunos com drogas e violência, pela gravidade e complexidade, justificam a busca de apoio da escola para a construção de soluções compartilhadas com os demais segmentos da rede de parcerias, dentre os quais, o segmento da segurança pública.

Propomos que a escola seja o espaço promotor e mediador de uma abordagem fundada no diálogo cooperativo que permite transpor o paradigma da denúncia para o paradigma da proteção, num processo transformador de cada um dos atores envolvidos, composto pelos seguintes eixos de atuação.

- da condenação do comportamento do adolescente à **conscientização** sobre os riscos dos atos praticados e **responsabilização** pelas consequências dos mesmos para si mesmo e para a sociedade;
- da desqualificação da família pela escola ao **resgate da autoridade** dos pais no cuidado com o filho;
- das cobranças da família para a escola à **requalificação dos educadores** pelos pais como figuras importantes de autoridade na educação do filho;

- do afastamento e exclusão do adolescente pela escola **ao acolhimento do adolescente em situação** de risco, reconhecendo seu potencial, numa reaproximação e motivação pela sua escolaridade;
- do reconhecimento de que condutas do adolescente, aparentemente destrutivas podem ser um pedido de ajuda para redescobrir o sentido da VIDA e que nos traz possibilidades para uma **ressignificação de seu Projeto de vida**;
- da importância de promovermos sanções responsabilizadoras e reparatórias e não apenas condenatórias, punitivas ou culpabilizadoras. **A reparação implica em oportunidade educativa de reconciliar-se consigo mesmo e com a sociedade.**

O papel dos policiais como atores de apoio para a segurança da escola e também como fortalecimento da rede de cuidados para a prevenção da inserção do adolescente no mundo do tráfico e da violência é importante. Tanto a segurança da escola como da família e do próprio adolescente é o papel que se atribui a este segmento das políticas públicas. O que devemos evitar é que os policiais sejam chamados para fazer a prevenção do uso de drogas na sala de aula, em substituição ao professor a quem cabe estar preparado para promover este diálogo. A parceria com os policiais é bastante válida na medida em que possam reforçar as referenciais de autoridade sem violência e sem desqualificar as figuras de autoridade da família e da escola.

Finalizamos, destacando que o adolescente envolvido com drogas deve ser alvo de medida protetiva, como prevê o inciso VI do artigo 101 das Medidas Protetivas do ECA (SUDBRACK, 2003). Cabe considerar que a drogadição, é antes de tudo, uma questão de saúde e, portanto, situada enquanto alvo das políticas públicas de atenção integral á saúde integral do adolescente. Importante mencionar o papel do Conselho Tutelar que é o

braço da justiça da Infância e Juventude na comunidade e cuja atuação deve igualmente ultrapassar o paradigma da denúncia para atuar em complementaridade com a família e a escola no resgate do exercício da autoridade e da garantia do sistema de garantia de direitos da criança e adolescentes.

Referências

- FERNANDEZ, O. F. R. L. ANDRADE M. M. NERY FILHO, A. (orgs) **Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. 350 p. ISBN: 978-85-232-1411-1
- SLUZKI, C. E. (1997). **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- SUDBRACK, M. F. O. (2006). **Curso de prevenção do Uso de Drogas para educadores de escolas públicas**. Brasília, SENAD/MEC/UnB.
- SUDBRACK, M. F. O. (1992). Da falta do pai à busca da lei: o significado da passagem ao ato delinqüente no contexto familiar e institucional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 8 (Suplemento), 447-457.
- SUDBRACK, M. F. O. (2001). O trabalho comunitário como novo paradigma de prevenção da drogadição. In M. F. O. Sudbrack, E. M. Seidl, L. F. Costa (Eds.), **Diga SIM à Vida - Curso de prevenção do uso indevido de drogas**. Senad/UnB.
- SUDBRACK, M. F. O., CONCEIÇÃO, M. I. G. C, SEIDL, E. M. & SILVA, M. T. (Eds.) (2003). **Adolescentes e drogas no contexto da justiça**. Brasília: Editora Plano.



16 **Exposição gestacional ao uso de álcool e outras drogas e os impactos nas funções executivas em etapa escolar**

Roselane Santos dos Santos

Este capítulo tem como objetivo sensibilizar e instigar estudos sobre o tema aprendizagem sob a perspectiva de alunos sem hipóteses diagnósticas e com comprometimento no desempenho escolar. Para tanto, este breve artigo discorrerá sobre a forma como o consumo de álcool e outras drogas durante o período gestacional pode afetar as funções cognitivas executivas. O tema será trabalhado a partir da articulação de conhecimentos e pesquisas da psicologia, neurociência e educação.

Introdução

Falar sobre o avanço do consumo de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, não é novidade para os estudos contemporâneos, muito menos ao considerar o quanto este tema é percebido como um problema de saúde pública em nível mundial na atualidade. No entanto, ressalta-se que, para além do setor saúde, tal problema também impacta em outros segmentos de base da sociedade. Neste caso, a educação, responsável por promover o desenvolvimento intelectual dos cidadãos.

Esta consideração é decorrente do significativo número de estudantes que, vinculados às classes escolares, possuem dificultadores para o seu desempenho escolar satisfatório, sem um diagnóstico que o justifique, apesar de todo o empenho pedagógico, clínico e familiar em buscar respostas e estratégias à sua resolutividade. Em estudo realizado em 2018, junto aos Laboratórios de Aprendizagem da rede municipal de educação de Esteio, nas dezoito escolas de ensino fundamental, constatou-se que, dos 439 alunos do 1º ao 9º ano encaminhados para este atendimento, 242 casos não possuíam hipóteses diagnósticas clínicas (tanto médicas quanto psicopedagógicas) que justificassem suas dificuldades de aprendizagem. Os mesmos apresentavam características de transtorno de déficit de atenção, com e sem hiperatividade, além de déficits cognitivos e psicomotores. No entanto, apesar de investimentos escolares, continuavam com dificuldades de processamento da informação, raciocínio lógico, atenção, memorização (retenção do conhecimento), memória operacional para sistematização e consolidação da consciência fonológica. Este cenário motiva a busca por outras explicações causais, ainda não evidenciadas, que podem estar contribuindo para o aparecimento destes sintomas.

Apesar de a proposta escolar desenvolver-se na perspectiva de uma educação inclusiva, onde o direito à igualdade e equidade faz jus a todos, somente mediante o conhecimento mínimo dos quadros clínico e psicopedagógico é que torna-se possível fornecer condições de orientar o trabalho escolar, de forma a corroborar com sua efetividade pedagógica. Para tanto, propõe-se apresentar este estudo em dois eixos principais: saúde e educação; onde o primeiro será regido pelos estudos em psicologia e psiquiatria e o segundo em neurociência e educação. Neste sentido, este artigo, apresentado em forma de breve e sucinta revisão bibliográfica, busca instigar e vincular ambos os aspectos: saúde e educação em relação ao uso de álcool e outras drogas durante a gestação. Assim, pretende alcançar respostas que subsidiem o trabalho escolar frente às dificuldades dos alunos, garantindo o direito à educação, à diferença e à individualidade e, portanto, assegurando uma educação inclusiva de qualidade e de fato.

Uso de álcool e outras drogas na gestação

Conforme estudo observacional realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, por Maia, Pereira e Menezes (2015), pode-se constatar que “(37; 2,05%) das grávidas entrevistadas faziam uso de etanol, (19; 1,00%) eram fumantes, (22;1,22%) eram usuárias da maconha, (17; 0,94%) faziam uso de cocaína e (47; 2,61%) eram usuárias de *crack*” (p.121) e que, este consumo, indiferentemente da quantidade utilizada, colocou em risco o desenvolvimento do feto e sua saúde.

Outro estudo, realizado sobre o consumo de drogas lícitas em etapa escolar, expressa a relação entre o uso destas substâncias e a memória, apontando que “o uso inadequado das drogas lícitas (caféina, nicotina, álcool), pode prejudicar a memória e afetar os processos de aprendizagem”

(SANTOS; SANT'ANA, 2014, p. 43). Neste estudo, evidenciou-se que tais drogas retardam os processos de aprendizagem, mediante a baixa velocidade de processamento (raciocínio lento ao tempo necessário de resposta frente a uma resolatividade), dentre outras dificuldades. Tal estudo, no entanto, não abordou o uso em gestantes e as consequências deste para o desenvolvimento fetal. Portanto, este é um tema a ser aprofundado, uma vez que as drogas lícitas agem especialmente sobre o sistema nervoso e têm a capacidade de alterar todo o seu funcionamento, certamente convergindo para disfunções no desenvolvimento do bebê.

Álcool

Conforme o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA), dados de um relatório global, divulgados em 2014 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ressaltam a relevância em relação à atenção na redução dos prejuízos de álcool a terceiros, ou seja, daqueles que sofrem indiretamente suas consequências. Entre eles, são citados aqueles incidentes ocorridos no período fetal e de neonatais, proporcionado por gestantes usuárias.

O álcool é considerado o agente teratogênico mais comum existente na atualidade e a causa mais frequente de retardo mental¹ (COSTA, 2017). Além disso, o álcool é a causa eminente da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), sendo descrito pelo DSM-5 (APA - 2014) como um teratogêno neurocomportamental, cuja exposição durante o período pré-natal tem efeitos diretos no desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) e na função subsequente. A expressão como transtorno

¹Atualmente o DSM-5 propõe a utilização do termo deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual), de uso mais comum entre profissionais da Medicina, Educação, público leigo e grupos de apoio.

neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool é um novo termo descritivo incorporado pelo DSM-5, que se propõe a abranger a variação completa das deficiências no desenvolvimento, associadas à exposição ao álcool *in útero*, cujos estudos vem avançando nos últimos anos. Como consequências, o DSM-5 (APA, 2014) aponta vários prejuízos no desempenho intelectual global (QI), também conhecidos como prejuízos neurocognitivos, que podem se manifestar em qualquer uma das seguintes áreas: funções executivas, aprendizagem (principalmente de matemática, fala, audição e na resolução de problemas), memória e raciocínio visuoespacial. Os prejuízos na função executiva de autorregulação estão fortemente presentes e podem incluir também, prejuízos na regulação do humor ou do comportamento, além de déficit de atenção e/ou prejuízo no controle de impulsos. Os prejuízos destas funções básicas corroboram para o desenvolvimento de outros déficits, tais como na comunicação e nas interações sociais, além de prejuízos em habilidades da vida diária em relação ao autocuidado e nas habilidades motoras.

A síndrome alcoólica fetal “é uma das causas mais conhecidas de retardo mental nos Estados Unidos, sendo caracterizada por restrição de crescimento, atraso de desenvolvimento e características faciais distintas” (MAIA, PEREIRA e MENEZES 2015, p.125). Estudo realizado em 2013, no Rio de Janeiro, apontou que crianças e adolescentes expostos durante o período pré-natal ao álcool, apresentaram desempenho intelectual médio inferior pela WISC-III e no Teste Raven:

Entre todos os índices da WISC-III, Resistencia a Distração apresentou-se mais prejudicado. Os subtestes Aritmética e Arranjo de Figuras apresentaram resultados mais prejudicados comparados ao desempenho obtido nos outros subtestes. O prejuízo dessas funções pode trazer como consequência secundária e dificuldades no aprendizado e na interação social e

impactar o desenvolvimento desses jovens (FERREIRA, et al, 2013, p.234).

Todos os resultados apontaram para alguma dificuldade em relação à atenção, à manipulação numérica e no processamento visual de situações complexas. Em contrapartida, o mesmo estudo evidenciou que a “amostra apresentou maior facilidade em atividades verbais que avaliam o conhecimento adquirido e em atividades não verbais que exigem velocidade psicomotora”. (FERREIRA, et al, 2013, p.234).

O CISA (2014) aponta que, além das disfunções que caracterizam SAF, existem características mais sutis, que apresentam a SAF parcial. Neste sentido, os dados elencados por Costa (2017) apontam que de 1 a 2/1000 recém nascidos vivos podem ser acometidos pela SAF completa, segundo estimativas internacionais. Sendo assim, para cada caso de SAF completa, há pelo menos dez casos da síndrome parcial. Tais características podem passar tanto por um parto prematuro quanto um aborto, além de deficiências físicas, comportamentais, cognitivas, sociais e motoras, contribuindo para outras dificuldades ao longo da vida (CISA, 2014).

Quanto aos bebês que não apresentam a SAF completa, percebe-se que podem ter apenas dificuldades na aprendizagem e alterações no comportamento, as quais são reconhecidas tardiamente, somente na idade escolar quando não conseguem acompanhar seus pares de desenvolvimento. Estes quadros recebem várias denominações, tais como SAF parcial ou espectro de alterações relacionadas ao álcool ou FASD, na sigla em inglês (*fetal alcohol spectrum disorders*), como são conhecidas atualmente na literatura médica (COSTA, 2017).

Do ponto de vista mundial, os dados do relatório da OMS apontam que, em média, a prevalência de casos de SAF encontra-se entre 0,5 a 2

casos para 1.000 nascidos vivos, superando os índices de casos de síndrome de Down. Ainda, de acordo com o mesmo relatório, 0,1% das mortes atribuídas ao álcool no ano de 2012 dizem respeito a condições neonatais, incluindo a SAF. Nos Estados Unidos, é estimado que, a cada ano, cerca de 40 mil bebês nascem com SAF, o que torna este distúrbio mais comum que novos diagnósticos de transtorno do espectro autista e uma das principais causas evitáveis de deficiência intelectual. Ainda nesta linha, estudos recentes sugerem que casos de SAF podem chegar a cerca de 50 por 1.000 entre os nascimentos naquele país. No Brasil, a cada ano, 1.500 a 3.000 casos novos podem surgir, caso se considere a prevalência de 0,5 a 2 por 1.000 nascidos vivos (CISA, 2014).

Diante do exposto pode-se perceber o quanto a exposição pré-natal ao álcool pode gerar danos cerebrais irreversíveis em detrimento do desenvolvimento cerebral saudável. Mitos de que o álcool pode auxiliar na amamentação e sono do bebê deve ser desmistificado, pois, mesmo após o período natal, “pode prejudicar o desenvolvimento neuromotor, sono e aprendizagem da criança” (CISA, 2014).

No entanto, (COSTA, 2017), sinaliza que nem todos os bebês que tiveram exposição natal ao álcool são afetados da mesma forma, o que pode ser decorrente de distintas vulnerabilidades em detrimento da diversidade genética encontrada na criança e progenitora, ou seja, pode ocorrer em diferentes intensidades conforme a predisposição genética.

Maconha

Estudo realizado em 2015, junto a uma unidade de saúde, apontou que 1,22% das gestantes da amostra declarou uso de maconha, sendo esta vista pelas mesmas como “a droga ilícita de maior consumo durante a

gestação” (MAIA, PEREIRA e MENEZES, 2015). Outros estudos apontam que cerca de 3% a 10% das gestantes no mundo consomem *Cannabis* (COSTA, 2017).

A maioria das pesquisas apontam associações entre o consumo materno de maconha e desenvolvimento fetal. Uma das principais complicações desta exposição refere-se a “restrição do crescimento fetal e ocorrência de malformações congênitas fetais” (COSTA, 2017, p.55). Neste sentido, o consumo de maconha na gestação altera a atividade de regiões do cérebro do feto em longo prazo, principalmente a região do lobo pré-frontal, relacionado às funções cognitivas complexas. A consequência do uso é explicado por Maia, Pereira e Menezes (2015) da seguinte forma: “Dentre os efeitos do uso da maconha, estão incluídos: diminuição da memória, perda da inibição, sensação de relaxamento ou euforia, alterações de percepção do tempo e espaço.” (MAIA, PEREIRA e MENEZES, 2015, p.122).

Cocaína / Crack

Em muitos estudos, os autores mencionam que os efeitos da cocaína e do *crack* ainda não são plenamente conhecidos, nas crianças que obtiveram exposição pré-natal a estas substâncias. Porém, as alterações morfológicas, cardíacas e de desenvolvimento intrauterino já possuem estudos mais avançados. A exemplo disso, a Associação Brasileira de Psiquiatria em 2011, já considerou que “o uso de crack na gravidez leva a retardo do crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer, aumenta o risco de parto prematuro” (MARQUES, et al; 2011, p. 17). Crianças e adolescentes com estas características ao nascer, apresentam dificuldades escolares no que se refere à coordenação viso-motora, o desenvolvimento

psicomotor geral, habilidades viso-construtiva, raciocínio matemático, habilidade tátil-cinestésica e memória visual (RIECHI, 2011). Logo, apresentam alterações em funções cerebrais essenciais as quais estão associadas aos transtornos cognitivos e de aprendizagem.

Esta característica de exposição gestacional, associadas às dificuldades psicomotoras são elementos que prejudicam o desenvolvimento das habilidades básicas que envolvem a escrita, pois “apresentam anormalidades no tônus muscular e na postura, além de alterações de comportamento até o período pré-escolar” (MARQUES et al, 2011, p.17).

Neste mesmo estudo, o acompanhamento de filhos de usuárias de cocaína do nascimento aos sete anos de idade, demonstrou maior incidência de baixo peso ao nascer, ou seja, “crianças com duas vezes mais chance de estarem abaixo da estatura média para sua idade” (MARQUES et al, 2011, p.17). Relatam também que “Crianças de dez anos, expostas ao consumo de *crack* no primeiro trimestre da gestação, comparadas a controles de mesma idade, nunca expostos à droga, apresentam crescimento mais lento durante toda a infância” (MARQUES et al, 2011, p.17). Cabe salientar que nem todos os estudos nesta área chegaram às mesmas constatações, apontando possibilidades de haver “alguma relação entre o uso de cocaína durante a gestação e prejuízos do funcionamento cognitivo comportamental, com probabilidade de déficit cognitivo, sem alterações motoras” (MARQUES et al, 2011, p.17).

Os mesmos estudos apontam que as possibilidades de reverter tais alterações, ainda é um terreno pouco conhecido (MARQUES, 2011) e, portanto, digno de novos e contínuos estudos. Neste sentido, os estudos apontam que

Os filhos de usuários de *crack* apresentam redução no desenvolvimento ponderoestatural, mas ainda há controvérsia

sobre prejuízos no desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo, pois há estudos que não encontraram nenhuma relação, enquanto outros demonstraram prejuízos cognitivos e comportamentais, mas não motor (MARQUES et al, 2011, p.18).

Apesar do pressuposto das mães usuárias de que a maconha seria entendida como a droga mais utilizada pelas gestantes, um destes estudos revelou que “o *crack* e o álcool apresentaram porcentagens superiores ao uso da maconha” (MAIA, PEREIRA e MENEZES, 2015, p.126). Neste sentido, os autores mencionam que o estudo referente aos bebês, filhos de mães usuárias de *crack* e álcool, ainda são escassos e contraditórios, não apresentando uma verdade uniforme, pois, “caracteristicamente esses bebês são pouco responsivos, facilmente irritáveis e difíceis de interagir apresentando altos níveis de ansiedade e de estresse” (MAIA, PEREIRA e MENEZES, 2015, p.126).

Conforme este estudo, o uso do *crack* durante a gestação tem como principal característica, as dificuldades cognitivas inerentes às interações sociais e ao convívio interferindo diretamente no desenvolvimento interpessoal e atitudinal.

Com tais pressupostos, percebe-se e ressalta-se ainda, a existência de um vasto terreno de investigação quanto a exposição pré-natal à cocaína, associando à mesma a psicopatologia em etapa mais tardia na vida, principalmente em relação à fase escolar, tais como o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, delinquência, depressão, ansiedade e ideação suicida, tão presentes no cotidiano de aprendizagem, na atualidade.

Tabaco

No senso comum, é natural mencionar que «pessoas que convivem com fumantes também são fumantes». Tal afirmação, também reverbera para o pressuposto de que fetos de mães fumantes também são fumantes, isto é, estão sujeitos à ação das drogas contidas no tabaco, ou, mais especificamente, na fumaça dos cigarros. Diante destas menções e contribuindo para estes constructos, Jorge et al (2015) ressaltam que “o tabagismo materno durante a gestação pode levar ao amadurecimento precoce da placenta e à redução do seu aporte nutricional e provocar alterações no crescimento fetal” (p. 261). Ainda, os mesmos autores mencionam que

crianças nascidas de mães que fumam durante a gravidez e que são constantemente expostas à fumaça ambiental do cigarro, principalmente na primeira infância, apresentam maior risco de sofrer alterações em suas habilidades intelectuais, transtornos mentais e perdas auditivas, além da maior propensão a dificuldades na aprendizagem. (JORGE et al, 2015, p. 261)

Apesar deste conhecimento, o dano que tem recebido maior atenção da saúde e enfoque em estudos é referente ao prejuízo no ganho de peso, independentemente do número de cigarros fumados pela gestante. Tal ênfase e atenção são dadas mediante o aumento da mortalidade perinatal e situações de morte súbita. Além das consequências mais evidentes para crianças maiores e adultos, tais como, distúrbios do sono até os 12 anos; problemas respiratórios (asma e broncoespasmo); pior regulação autonômica e resposta auditiva pobre; o fumo também “pode causar déficit de atenção, transtorno de hiperatividade e problemas de comportamento e de aprendizado, quando a criança atinge a idade escolar”

(MAIA, PEREIRA e MENEZES, 2015, p.125). Em estudo, Jorge et al (2015) apontam significativa associação entre a exposição passiva ao tabaco e as dificuldades de aprendizagem nos escolares, ressaltando consequências quanto à passividade no uso desta substância:

O desenvolvimento da leitura e da escrita pela criança resulta da interação entre suas características biológicas e os múltiplos fatores socioculturais familiares. Uma das principais influências negativas nesse processo é a exposição da criança à fumaça de cigarro devido à sua interferência nos diversos processos fisiológicos e funções cognitivas relacionadas à aprendizagem (JORGE et al, 2015, p. 261).

Apesar dos diferentes enfoques, sabe-se que as causas mais comuns do uso de drogas durante a gravidez são multifatoriais, podendo causar efeitos irreversíveis, tanto na gestante como no feto. Estas causas, tanto de ordem “ativa” quanto “passiva”, merecem atenção especial, o que sugere a realização de estudos sistemáticos e a continuidade investigativa.

Álcool, Drogas e a Escola

A primeira correlação entre álcool, drogas e a escola normalmente aparece relacionada ao consumo de substâncias ou possíveis associações de estudantes ao tráfico. Esta visão foi ampliada, sendo considerados os alunos que apresentam dificuldades escolares sem diagnóstico específico, mas cujo histórico familiar remonta ao uso de drogas por sua progenitora no período gestacional. Infelizmente, os estudos a partir deste enfoque são muito recentes, restando, ainda, muita construção a ser desenvolvida acerca do tema.

Mesmo diante de poucos estudos desenvolvidos até o momento,

percebe-se, no entanto, que as consequências do uso de álcool e outras substâncias durante a gestação apontam para várias fragilidades intervenientes no processo de aprendizagem. As principais considerações apontam para dois segmentos de fragilidades: as cognitivas e as emocionais.

Dentre as fragilidades cognitivas, identificam-se a velocidade de processamento, memória, raciocínio, funções executivas (principalmente inibição e autorregulação), atenção e a motricidade. Em relação às fragilidades emocionais, destacam-se a depressão, ansiedade, ideação suicida, desmotivação, impulsividade, pouca interação social, estresse e retraimento social.

Tais fragilidades são expressas no significativo número de alunos que não possuem diagnóstico (laudo). Estas devem culminar em fomentos, por parte do professor, na construção de um olhar sensibilizado quanto à estimulação da superação das dificuldades, com a flexibilização necessária ao desenvolvimento e expressão do conhecimento dos jovens. Ou seja, ainda é necessário trazer à tona este aluno “invisível”, que só é visualizado quando reflete baixo desempenho escolar.

Funções executivas

Mediante o entendimento de que as drogas possuem a capacidade de alterar o comportamento, o humor, a consciência e a cognição dos indivíduos, uma vez que atuam diretamente no sistema nervoso central (PICOLOTTO, 2010), pode-se desenvolver uma relação de suas consequências com os atuais estudos da neurociência, visto o amplo campo de pesquisa existente em relação às funções executivas e, portanto, ao desenvolvimento cognitivo. As funções executivas estão presentes nos

diferentes contextos do cotidiano humano, sendo essenciais à aprendizagem e ao funcionamento para um convívio social efetivo e saudável. Sem o funcionamento adequado destas funções,

o indivíduo pode tornar-se desatento, impulsivo, ter dificuldade para fazer planos, para terminar uma atividade ou conseguir engajar-se em comportamentos complexos; pode experimentar, ainda, dificuldade em regular suas emoções, não conseguindo postergar a gratificação, demonstrando irritabilidade, entre outros. (DIAS, SEABRA, 2013, p. 211)

Para esclarecer tais aspectos e terminologias, é importante ressaltar que as funções executivas podem ser consideradas como um conjunto de múltiplos e complexos processos cognitivos que atuam de forma integrada como uma minuciosa “placa-mãe” de um microcomputador. Cada conexão permite ao indivíduo direcionar comportamentos adequados a metas pré-determinadas, avaliar a eficiência e a adequação destas decisões e comportamentos, podendo abandonar e substituir estratégias em prol da qualificação das mesmas, contribuindo para a resolução de problemas imediatos, de médio e de longo prazo (MALLOY-DINIZ, DE PAULA, SEDÓ, FUENTES, & LEITE, 2014).

Este múltiplo e complexo processo é composto por diferentes habilidades cognitivas tais como: atenção seletiva, integração e manipulação de informações relevantes na memória de trabalho, controle de impulsos, planejamento, intenção, efetivação das ações, flexibilidade cognitiva e comportamental e monitoramento das atitudes (DIAMOND, 2013).

A forma de categorizar as funções executivas varia conforme o pressuposto teórico: Diamond (2013) resume em inibição, flexibilidade e memória de trabalho; Miyake et al (2000) atualização, inibição e

alternância; Verdejo-García (2010) atualização, inibição, alternância e tomada de decisão; Busch et al (2005) autogerenciamento, inibição e flexibilidade; Piñeda e Merchan (2003) organização e flexibilidade; Ríos-Lago et al (2004) velocidade de processamento, flexibilidade, memória de trabalho e controle da interferência.

Outros estudos apresentam um modelo-síntese de funções executivas, como o representado por Meltzer (2010), onde o mesmo compactou as respectivas funções da seguinte forma: definir metas, planejar e priorizar, organizar, reter e manipular informações na memória de trabalho, mudar de forma flexível, realizar automonitoramento e autochecagem.

A integração deste conjunto, de forma harmônica, fornece ao sujeito os subsídios necessários ao seu pleno desenvolvimento e potencializa o convívio social saudável e reflexivo. Para fins deste estudo, serão utilizadas o modelo nuclear de funções executivas, proposto por Adele Diamond (2013), mediante a exploração dos conceitos de inibição, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva. A partir destas três funções, originam-se outras três: raciocínio, resolução de problemas e planejamento, as quais estão implicitamente incluídas no processo.

Inibição

A função executiva de inibição está vinculada aos processos de controle de impulsos dos sujeitos, mediante o auto-controle e controle de interferências. Resulta da capacidade de inibir uma resposta em prol de outra, exigindo autocontrole na emissão de respostas prepotentes ou automatizadas, a partir da combinação (controle + atenção).

Essa habilidade permite ao indivíduo controlar comportamentos inapropriados, o que é referido como inibição de resposta ou autocontrole. Está também envolvida no controle dos processos de atenção e dos pensamentos, o que é designado como controle de interferência.(DIAS, SEABRA, 2013, p. 206).

Na medida em que os processos de controle interno são autogeridos, o indivíduo passa a gerenciar os processos externos no que se refere à atenção a estímulos irrelevantes, elencando-se assim, o conceito de atenção seletiva, a qual é tão essencial à memória.

Estes processos de inibição, também defendidos por alguns autores como autoregulação, estão presentes em tarefas do cotidiano dos indivíduos, pois corroboram com o controle dos processos cognitivos, emocionais e comportamentais, evitando comportamentos inadequados, respostas impensadas ou equivocadas, bem como, estímulos irrelevantes ou que o distraiam, de modo que possa refletir e pensar antes de fornecer uma resposta.

Memória de trabalho

A memória de trabalho, também conhecida como memória operacional, é responsável pelo planejamento e organização das demandas do cotidiano, envolvendo a identificação, ponderação e organização dos diversos elementos necessários, tendo em vista um determinado objetivo. Para Dias e Seabra (2013, p. 207), a memória operacional refere-se “à manutenção da informação em mente por tempo limitado e à habilidade de manipular mentalmente essa informação, seja atualizando os dados necessários a uma atividade, seja utilizando-os na realização da tarefa”.

É a partir desta habilidade que os indivíduos relacionam ideias,

integram informações do presente com outras já armazenadas em memória, lembrando de fatos e ordens de acontecimentos. Desta forma, relaciona-se a outras modalidades de memória (sequencial e à projeção de sequências de ações no futuro), sendo ambas essenciais para a organização e o planejamento de comportamentos complexos. Junto desta função, pode-se relacionar a velocidade de processamento, sendo esta a capacidade de estimar e utilizar o tempo para a execução de uma tarefa.

Flexibilidade cognitiva

A flexibilidade cognitiva, também chamada de flexibilidade mental, correlaciona-se com a habilidade de alternância dos indivíduos, quando necessitam redirecionar o foco atencional ou de intervenção frente a alguma demanda a ser resolvida, sem prejuízo nas respectivas tarefas. Esta habilidade exige a capacidade de alternar entre esquemas mentais ou tarefas, adaptando-se a condições adversas e mudança do curso das ações, de acordo com as exigências do ambiente. Dias e Seabra (2013) mencionam que é a flexibilidade cognitiva que

permite ao indivíduo adaptar-se às demandas do ambiente e adequar seu comportamento a novas regras. Envolve a habilidade de mudar o foco de atenção e de perspectiva e tem sido relacionada à criatividade. Assim, a flexibilidade possibilita que o indivíduo aborde um problema a partir de uma perspectiva diferente e possa gerar soluções alternativas ou novas, sem manter-se preso a padrões pré-estabelecidos de comportamento. (DIAS, SEABRA, 2013, p. 207).

Esta habilidade aponta para o conceito de tomada de decisão, a qual envolve a escolha entre duas ou mais opções diante de várias alternativas,

mediante a resolução de problemas, principalmente em situações que incluem algum nível de incerteza. Neste sentido, a tomada de decisões envolve a articulação entre os processos cognitivos, tais como a memória de trabalho, o controle inibitório e o planejamento, sendo estas funções executivas de base para a construção da autonomia com liberdade e responsabilidade.

Funções executivas e a escola

Alunos que apresentem fragilidades em alguma habilidade de funções executivas, apresentam como consequência dificuldades escolares das mais diversas ordens. Dentre elas, pode-se destacar dificuldades atencionais, impulsividade, inconclusão das atividades propostas, sentimento de raiva e frustração em relação aos professores. Corroborando com esta afirmativa, Dias e Seabra (2013) mencionam que “quando essas habilidades estão comprometidas ou não se desenvolvem adequadamente, inúmeros problemas podem ocorrer” (2013, p. 211).

Tais expressões apresentadas pelos alunos têm como pressupostos a responsabilidade pelos altos índices de afastamento dos alunos da escola, ocasionando outras dificuldades de aprendizagem frente às “lacunas de conhecimento” oriundas destas ausências. Além disso, reforçam a percepção negativa do aluno quanto a si mesmo, incentivando consequências emocionais e de baixa autoestima.

Conclusões

Existe importância e urgência em conhecer amplamente as consequências do uso de álcool e drogas lícitas e ilícitas durante a

gravidez, tanto para o bebê em desenvolvimento fetal, quanto para o recém-nascido. O acompanhamento da atenção básica à saúde desta população vulnerável, sobretudo daquela que difícil ou precariamente efetua o acompanhamento pré-natal, consiste em um grande desafio, visto que tal fragilidade, cada vez mais, tem despertado a atenção como um problema mundial.

Este consumo de substâncias deve ser investigado e acompanhado, desde o pré-natal, por profissionais da saúde, os quais possuem importante papel quanto à prevenção de danos permanentes nesta população ao longo do processo de desenvolvimento. Ressalta-se ainda, a importância das áreas de saúde e da educação em intensificar a informação às mães, pais e familiares sobre os potenciais riscos para o desenvolvimento fetal e para o futuro da criança. Para tal intuito, estudos e discussões sobre drogas e gestação ainda são necessários, sendo este tema merecedor de ser vastamente abordado e discutido entre as diversas profissões da área da saúde e bancos acadêmicos.

Além da informação, são necessárias intervenções junto às situações já identificadas, tanto de gestantes usuárias, quanto de casos de déficits do funcionamento considerado adequado em relação ao sistema nervoso central e à cognição, comparados ao grupo de pares, independente de apresentarem ou não quadros clínicos. Neste sentido, para a educação, sabe-se da importância do “laudo”, uma vez que este, ao declarar a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), elenca quais as fragilidades cognitivas estão envolvidas. No entanto, o mesmo não deve ser utilizado como justificativa para a estagnação do desempenho cognitivo, mas sim, como ponto de partida para a identificação de quais funções devem ser potencializadas, de forma a corroborar para o seu desenvolvimento.

Portanto, compreender essas dificuldades, bem como a necessidade de trabalhar com estratégias para minimizá-las ou até mesmo superá-las, mostra-se cada vez mais necessário para o aluno da atualidade, mediante a exposição permanente às metodologias que privilegiem o desenvolvimento das funções executivas, favorecendo habilidades e estratégias pessoais que reverberem em uma real aprendizagem.

Logo, estima-se que as funções executivas podem ser ensinadas mediante a sua estimulação, contribuindo assim, para o desenvolvimento dos alunos e para uma educação inclusiva de fato, garantindo o direito à aprendizagem de todos, com qualidade e equidade frente a diversidade e individualidade eminente das redes de ensino.

Tal ação é possível mediante atividades adequadas, nas quais sejam proporcionadas às crianças oportunidades de potencializar o desenvolvimento dessas habilidades. Estudos atuais já apontam para estas possibilidades, incentivando novos constructos que ampliam o conhecimento acerca dessas intervenções, investigando, por exemplo, seus impactos ao longo da jornada escolar nos mais diversos grupos etários. Para tanto, é imprescindível que ocorram articulações em rede, onde a saúde e a educação possam caminhar paralelamente quanto a aprendizagem, comportamento, funcionalidade e índices de saúde mental.

Bibliografia

Associação Americana de Psiquiatria (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais -DSM-5**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BUSCH, Robyn M., et al. Role of executive functioning in verbal and visual memory. **Neuropsychology**: 2005;19:171-180.

- CISA. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Disponível em: www.cisa.org.br/artigo/4763/sindrome-alcoolica-fetal.php. Acessado em 04 jun, 2019.
- COSTA, Helenilce de Paula Fiod. In: Ações do álcool sobre o feto. SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos (Org.) **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido** [livro eletrônico]. 2a. ed. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2017. Págs 53-64.
- DIAMOND, Adele. Executive Functions. **Annu. Rev. Psychol.** Ed. 64, 2013, p. 35–68.
- DIAS, Natália; SEABRA, Alessandra Gotuzo. Funções Executivas: Desenvolvimento e Intervenção. **Rev. Temas sobre Desenvolvimento** 2013; 19 (107):206-12.
- FERREIRA, Vanessa Karam de Lima; FERREIRA, Gisele Viegas Dias; LIMA, José Mauro Bras de; CRUZ, Marcelo Santos. Desempenho intelectual na exposição alcoólica fetal: relato de série de 10 casos. **J Bras Psiquiatr.** 2013; 62(3):234-9.
- JORGE, Juliana Gomes; BOTELHO, Clóvis; SILVA, Ageo Mário Cândido; MOID, Gisele Pedroso. Influence of passive smoking on learning in elementary school. **J Pediatria.** Rio de Janeiro. 2016; 92:260-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.08.010>
- MAIA, Jair Alves; PEREIRA, Leonardo Assunção; MENEZES, Fernanda de Alcântara. Consequências do Uso de Drogas Durante a Gravidez. **Revista Enfermagem Contemporânea.** 2015 Jul./Dez.;4(2):121-128. DOI: 2317-3378 rec.v4i2.664.
- MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes; PAULA, Jonas Jardim de; SEDÓ, Manuel; FUENTES, Daniel; LEITE, Wellington Borges. Neuropsicologia das funções executivas e da atenção. In: Fuentes, Daniel; Malloy-Diniz, Leandro Fernandes; Camargo, Candida

- Helena Pires; Cosenza, Ramon M. (orgs). **Neuropsicologia - Teoria e Prática** [2ed.]. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2014. p.115-138.
- MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli et al. **Abuso e Dependência do Crack**. Associação Brasileira de Psiquiatria Elaboração Final: 31 agosto de 2011.
- MELTZER, Lynn. **Promoting Executive Function in the Classroom**. Guilford Publications: New York City, 2010.
- MIYAKE, Akira et al. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. **Cognitive Psychology**: available online, 2000. 41(1), 49-100. doi:10.1006/cogp.1999.0734.
- PICOLOTTO, Eduardo. et al. **Prevalência e fatores associados com o consumo de substâncias psicoativas por acadêmicos de enfermagem da Universidade de Passo Fundo**. Passo Fundo, 2010.
- PINEDA, David. A; MERCHAN, Vilma. Executive function in young Colombian adults. **International Journal of Neuroscience**, 2003. 113(3), 397-410.
- RÍOS-LAGO, Marcos. et al. **Atención y control ejecutivo después de un traumatismo craneoencefálico**. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 2004.
- SANTOS, Rute Noemia de Souza; Sant'Ana, Débora de Mello Gonçalves. Relação entre o uso de drogas lícitas e memória. Maringá: 2014. **Arquivos do MUDI**, v18, n 1, p. 43-54.
- VERDEJO-GARCÍA, Antonio; BECHARA, Antoine. **Neuropsicología de las funciones ejecutivas**. Psicothema: Califórnia, 2010. Vol. 22(2), 227-235.



Parte 4

*Cuidados com pessoas
dependentes de drogas:
abordagens e programas*



17 **Intervenção Breve (IB) e Entrevista Motivacional (EM)**

*Richard Alecsander Reichert
Fernanda Machado Lopes
André Luiz Monezi Andrade
Eroy Aparecida da Silva
Denise De Micheli*

O objetivo deste capítulo é apresentar duas modalidades de intervenção, a Entrevista Motivacional (EM) e a Intervenção Breve (IB), com o intuito de instrumentalizar ações de cuidado em saúde mais integrativas e efetivas, com respeito à autonomia, liberdade e protagonismo das pessoas.

Introdução

Determinados padrões de consumo de álcool e outras drogas podem gerar ou intensificar prejuízos físicos, psicológicos e sociais. Transtornos associados ao uso de substâncias acometem uma parcela da população e impactam significativamente a vida pessoal, familiar, acadêmica, profissional e social. Além disso, dados estatísticos referentes ao número de mortes por causas externas (ex.: acidentes) e problemas de saúde, relacionados principalmente ao consumo de risco e uso nocivo de substâncias lícitas (ex.: álcool e tabaco), fazem com que esta seja uma importante preocupação de saúde pública e pauta de diversas discussões acadêmico-sociais. Trata-se de uma questão complexa que demanda estratégias eficientes de intervenção.

Riscos e danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias podem ser reduzidos e/ou prevenidos. Para isso, são necessárias intervenções de prevenção e tratamento baseadas em evidências científicas, como a intervenção breve (IB) e a entrevista motivacional (EM).

Intervenção Breve (IB)

O comportamento de beber de forma excessiva leva muitas pessoas a desenvolverem agravos à saúde física e mental. A literatura científica descreve uma série de consequências adversas decorrentes do abuso e dependência de álcool, como prejuízos orgânicos, psíquicos e socioeconômicos. Esses problemas, associados ao consumo de risco ou dependência, são recorrentes em dispositivos de saúde como hospitais gerais, principalmente na emergência. Muitos atendimentos são realizados

por causas “intencionais” (ex.: autolesões) e “não intencionais” (ex.: acidentes de trânsito), dentre outras situações, que demandam cuidados (SEGATTO et al., 2007). Essas problemáticas exigem a aplicação de intervenções efetivas voltadas à redução de riscos e danos sociais e à saúde associados ao consumo de álcool e outras drogas (SOARES; VARGAS, 2018).

Em 1972, Sanchez-Craig e colaboradores apresentaram a intervenção breve (IB) como uma abordagem baseada nas teorias cognitiva e comportamental, com o objetivo de motivar dependentes de álcool a mudarem seus hábitos relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. A IB tem como foco a prevenção, sendo direcionada a evitar que pessoas que fazem consumo de risco passem para um padrão de abuso ou dependência e a auxiliar as pessoas que fazem uso nocivo a reduzir ou cessar o consumo (DE MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017; SARTES; CRUVINEL; FERREIRA, 2017).

Atualmente a IB tem sido utilizada como uma intervenção psicossocial para prevenção e tratamento de estágios iniciais dos transtornos por uso de álcool, tabaco e outras drogas. Além disso, tem como objetivo acompanhar e auxiliar as pessoas no processo de redução ou cessação do consumo de drogas, diminuindo assim a probabilidade de desenvolvimento ou agravamento de problemas físicos, psicológicos ou sociais. É uma intervenção estruturada, centrada no cliente e de tempo limitado. Geralmente, é composta por quatro ou cinco encontros de 15 minutos em média, variando de 5 a 45 minutos, dependendo da gravidade do caso. Pode ser utilizada na atenção primária à saúde por qualquer profissional da área. Direciona-se a pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de álcool, mas que não atendem a todos os critérios para o diagnóstico de dependência. Ou seja, foi desenvolvida

como um recurso rápido, econômico e eficaz de prevenção secundária. Essa estratégia vem apresentando alto potencial de redução do consumo, mudanças nos padrões de uso nocivo, prevenção de agravos, melhora do quadro geral de saúde, além da redução dos gastos financeiros com tratamento. Além disso, em casos mais graves, pode servir de intermediária encaminhando pessoas para atendimento especializado (SORDI; KREISCHE; LOPES, 2012; MINTO et al., 2007; SILVA; MIGUEL, 2019; SEGATTO et al., 2017).

Na atenção primária à saúde, a implementação de métodos concisos e de curta duração como a IB é de grande relevância no cuidado à saúde de usuários de álcool e outras drogas. A aplicação da IB na atenção primária possibilita: facilitação do diagnóstico precoce de problemas relacionados ao consumo de álcool; redução do consumo de risco; prevenção de problemas associados ao consumo; e prevenção do desenvolvimento de quadros mais graves. Esse é um dos melhores contextos para a realização de ações de prevenção, na medida em que permite a abordagem de um número maior de pessoas e intervenção precoce – antes que padrões nocivos de consumo provoquem danos maiores à saúde. Além do mais, esse ambiente também torna possível a continuidade do monitoramento e das intervenções (ABREU; MARINHO; JOMAR, 2017; MINTO et al., 2007; SILVA; MIGUEL, 2019). Por sua vez, quando já instalado um comportamento nocivo, a IB pode ser útil para favorecer o conhecimento a respeito dos possíveis problemas ligados ao padrão de consumo; aumentar a motivação para reduzir o consumo; aumentar a autoeficácia e autoconfiança do usuário em sua capacidade de mudar de comportamento; e ensinar estratégias efetivas para reduzir o consumo e os riscos ligados ao consumo de álcool, e também para o encaminhamento para tratamentos especializados (DE MICHELI et al., 2017; SORDI et al., 2012).

Passos da IB

A IB pode ser dividida em duas grandes etapas: triagem e intervenção. Em primeiro lugar, é preciso fazer uma triagem para o rastreamento (*screening*) e caracterização dos padrões de uso, além da avaliação de possíveis riscos e problemas associados ao consumo. Nesta etapa, pode-se utilizar os manuais diagnósticos (DSM ou CID) e instrumentos breves de rastreamento, como o CAGE (*Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-opener Questionnaire*), o AUDIT (Teste de Identificação de Transtornos pelo Consumo de Álcool) e o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), por exemplo. Estes últimos são rápidos e podem ser aplicados por qualquer profissional da área da saúde; são autoaplicáveis e podem ser respondidos, inclusive, na sala de espera para a consulta (SORDI et al., 2012).

Ainda na triagem, os principais itens de investigação incluem abordar: (a) o último episódio do consumo (tempo de abstinência); (b) a quantidade de substância consumida; (c) o ambiente do consumo (festas, rua, trabalho, amigos, desconhecidos, sozinho); (d) a frequência do consumo nos últimos meses; e (e) a via de administração escolhida (em caso de outras drogas além do álcool). Durante a investigação, o profissional da saúde deve estar atento a sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas, tais como faltas frequentes no trabalho e na escola, histórico de traumas e acidentes frequentes, depressão e ansiedade, hipertensão arterial, sintomas gastrointestinais, disfunção sexual e distúrbio do sono, entre outras. Como último passo da triagem, as metas são traçadas para cada pessoa, individualmente, a partir da definição de seu padrão de consumo e da identificação dos riscos. Quando detectado padrão de dependência, encaminha-se para atendimento especializado

(SORDI et al., 2012; SARTES et al., 2017; SILVA; MIGUEL, 2019).

Na etapa do tratamento, o foco passa a ser a busca de mudanças comportamentais e o aumento da adesão. Para que isso seja possível, o primeiro passo das intervenções breves, após triagem e diagnóstico, é estimular a decisão e fortalecer o comprometimento com a mudança (FERREIRA et al., 2016; SEGATTO et al., 2007). É essencial, portanto, a identificação do estágio de motivação em que a pessoa se encontra para o tratamento. Isso é determinante para o planejamento das próximas etapas, pois se uma pessoa se encontra na fase de pré-contemplação, por exemplo, não irá reconhecer os problemas associados ao consumo de determinada substância e, por consequência, estratégias de prevenção não serão tão eficazes (SILVA; MIGUEL, 2019).

Quadro 1: Estágios de motivação.

Pré-contemplação	Estágio onde o sujeito não considera que o uso de álcool e/ou outras drogas lhes traga algum problema e, portanto, não pensa na possibilidade de mudança.
Contemplação	Estágio de ambivalência, na qual o sujeito percebe tanto as vantagens quanto as desvantagens do uso; considera a necessidade de mudança como também a rejeitam. Nesta fase, começa-se a pensar na possibilidade de redução ou cessação do uso.
Preparação	Estágio onde há o reconhecimento dos problemas associados ao uso de drogas e inicia-se o desenvolvimento de um plano de ação visando as mudanças.
Ação	Estágio onde se coloca em prática as estratégias e planos desenvolvidos para alcançar as metas.
Manutenção	Nesse estágio, o objetivo é manter a mudança e evitar recaídas.

Fonte: De Micheli, Formigoni e Carneiro (2017).

No tratamento, a IB parte de princípios que compõem a sigla FRAMES: *Feedback* (devolutiva), *Responsability* (responsabilidade), *Advice* (recomendações), *Menu of options* (menu de opções), *Empathy* (empatia) e *Self-efficacy* (autoeficácia).

Quadro 2: FRAMES.

F	Feedback (devolutiva): Refere-se à devolução (comunicação dos resultados) fornecida ao indivíduo após a triagem e avaliação. É essencial na motivação para a mudança, pois permite que a pessoa conheça sua situação e os possíveis riscos associados a seus hábitos de vida.
R	Responsability (responsabilidade): Enfatiza a responsabilidade e autonomia do indivíduo frente às decisões de mudanças ou não de seus comportamentos relacionados ao uso de drogas.
A	Advice (recomendações): Corresponde aos aconselhamentos, orientações e recomendações oferecidas pelo profissional, objetivando orientar a pessoa no processo de resolução de seus problemas. Essas informações podem ser a respeito do uso de substâncias, seus efeitos e possíveis riscos, problemas pessoais, questões legais, entre outras.
M	Menu of options (menu de opções): Trata-se de um conjunto de alternativas de ações estratégicas fornecido ao sujeito a fim de auxiliá-lo na diminuição ou cessação do consumo de drogas.
E	Empathy (empatia): Diz respeito à postura não-confrontativa, empática, solidária, compreensiva e acolhedora adotada pelo profissional.
S	Self-efficacy (autoeficácia): Remete ao encorajamento e promoção da confiança da pessoa em seus recursos e capacidade de alcançar suas metas e otimismo em relação ao sucesso de suas mudanças.

Fonte: Elaborado com base em De Micheli, Formigoni e Carneiro (2017), Ferreira et al. (2016), Sartes, Cruvinel e Ferreira (2017) e Silva e Miguel (2019).

Na etapa inicial – **Devolução**, deve-se dar uma devolução (*feedback*) à pessoa sobre os aspectos detectados na avaliação (ou triagem), a partir da entrevista e dos instrumentos padronizados utilizados. Esse é o ponto de partida, em que o sujeito é convidado a receber uma intervenção. Na segunda etapa – **Responsabilidade**, realiza-se um acordo com o sujeito a respeito das metas a serem alcançadas no tratamento para redução ou cessação do uso de substâncias, com ênfase em sua responsabilidade para atingir as metas estabelecidas. A percepção de “autonomia”, “responsabilidade” e “controle da situação” é elemento essencial para a motivação para mudanças de comportamento. O terceiro passo – **Recomendações** trata de orientar acerca da redução ou cessação do uso de substâncias como forma de diminuir os riscos de problemas futuros. Com isso, busca-se aumentar a percepção de risco pessoal e fornecer motivos para se repensar e considerar a possibilidade de mudanças nos padrões de comportamento relacionados ao consumo de drogas, pois algumas vezes as pessoas não conhecem ou não percebem os riscos e danos decorrentes desse hábito (ex.: abuso de álcool e úlceras gástricas; tabagismo e enfisema; uso abusivo de maconha e alterações na memória). Para isso, é importante que os profissionais conheçam os efeitos agudos e crônicos das diversas substâncias psicotrópicas. A quarta etapa – **Menu de opções** consiste em identificar as situações de risco (gatilhos ambientais) que levam ao uso de substâncias (onde ocorre, em companhia de quem, as situações emocionais que antecedem o uso, entre outras). Dessa forma, será possível estabelecer estratégias para se evitar ou enfrentar de maneira assertiva tais situações (mudanças de rotina, atividades alternativas, entre outras). A **Empatia** refere-se a uma postura não confrontativa, agressiva ou julgadora, mas sim compreensiva e acolhedora. Por fim, o sexto passo – **Autoeficácia** diz respeito ao encorajamento, destacando e reforçando os

pontos positivos do sujeito, para que confie em seus próprios recursos e se sinta otimista em relação a sua capacidade para mudar (DE MICHELI et al., 2017).

Em termos de estrutura da IB, Silva e Miguel (2019) apresentam uma sugestão que distribui os passos da triagem e intervenção em quatro sessões, esquematizadas no Quadro 3.

Quadro 3: Descrição das consultas.

PRIMEIRA CONSULTA	SEGUNDA CONSULTA	TERCEIRA CONSULTA	QUARTA CONSULTA
<p>>Avaliar o consumo de álcool e/ou outras drogas a fim de estabelecer um diagnóstico de abuso ou dependência.</p> <p>>Observação médica geral. Caso seja constatado algum problema médico, encaminhar para atendimento especializado.</p> <p>>Solicitação de exames complementares para averiguar o quadro geral de saúde.</p> <p>>Estabelecimento de metas: tratamento da síndrome de abstinência; beber seguro ou abstinência; e agendamento da próxima consulta.</p>	<p>>Reavaliação do consumo de álcool e outras drogas.</p> <p>>Reflexão sobre o cumprimento ou não das metas estabelecidas.</p> <p>>Análise dos resultados dos exames complementares solicitados.</p> <p>>Fornecimento de materiais de autoajuda para leitura.</p> <p>>Reforço da meta estabelecida. Preenchimento do quadro vantagens/desvantagens de beber e/ou usar outras drogas.</p>	<p>>Avaliação do quadro vantagens/desvantagens de beber e/ou usar outras drogas.</p> <p>>Reavaliação do consumo de álcool e/ou outras drogas.</p> <p>>Agendamento da próxima consulta.</p> <p>>Se algum dos exames solicitados apresentar alguma alteração e tiver ocorrido a redução ou cessação do consumo de álcool e/ou outras drogas, solicitar novamente os exames para analisar e refletir as diferenças nos resultados.</p>	<p>>Reavaliação do consumo de álcool e outras drogas.</p> <p>>Reavaliação dos pontos de maior dificuldade para enfrentar as situações de risco e discussões sobre estratégias assertivas de enfrentamento.</p> <p>>Avaliação do progresso da intervenção até o momento.</p> <p>>Encaminhamento para atendimento especializado, se necessário.</p>

Fonte: Adaptado de Silva e Miguel (2019).

Entrevista Motivacional (EM)

A entrevista motivacional (EM) foi desenvolvida por Miller e Rollnick em 1983. É um modelo de abordagem colaborativa que tem por objetivo estabelecer e reforçar a motivação e o compromisso para a mudança de comportamentos por meio da diminuição da ambivalência. A EM tem metodologia prática e objetiva, pode ser aplicada por qualquer profissional treinado, e para diversas finalidades: prevenção do uso de drogas, redução de riscos e danos, tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias (e outras patologias como transtornos alimentares) e como ferramenta para aumentar a adesão ao tratamento. É uma forma eficaz de motivação, preparação e tratamento, que visa atender às necessidades de rápido atendimento, baixo custo e de promoção de mudanças consistentes e duradouras. No que tange a abordagens no campo da dependência de substância, a EM trata-se de uma evolução, pois muitas abordagens até então partiam do pressuposto de que o tratamento só seria possível se as pessoas estivessem totalmente motivadas (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014; FIGLIE; SALES, 2019; SARTES et al., 2017).

A EM pode ser utilizada não apenas como pré-tratamento, mas também durante o andamento deste, visto que baixa motivação e resistência, podendo ocorrer em qualquer fase do processo terapêutico. Não se trata de uma técnica, uma vez que este termo remete a uma operação simples. A EM é, na verdade, um método de comunicação colaborativo e orientado para um objetivo específico: favorecer a mudança. Para isso, visa fortalecer a motivação e firmar o compromisso em uma atmosfera de aceitação e compaixão (FIGLIE, 2018; FIGLIE; SALES, 2019).

Essa abordagem é pautada basicamente em cinco princípios:

- (1) *Empatia*, que implica em aceitar, mas não necessariamente concordar ou aprovar;
- (2) *Desenvolver discrepância*, mostrando ao paciente a relação entre seu comportamento atual e suas metas;
- (3) *Evitar argumentação*, procurando não confrontar e sim convidar o paciente a pensar junto em possíveis estratégias;
- (4) *Acompanhar a resistência*, mostrando que compreende a ambivalência; e
- (5) *Promover a autoeficácia*, encorajando e estimulando o paciente para a mudança de comportamento (SORDI et al., 2012).

Aplicar tais princípios da EM na prática profissional no cuidado em saúde significa propiciar um ambiente seguro, acolhedor e estimulante para que as pessoas se sintam encorajadas a mudar. O terapeuta forma uma equipe em conjunto com o cliente/paciente, oferecendo e compartilhando suas experiências enquanto profissional e especialista. Assim, levando em consideração os valores, interesses e perspectivas da pessoa, busca-se construir um ambiente no qual seja possível a evocação de razões e argumentos favoráveis à mudança por parte do próprio sujeito. Trata-se, portanto, de uma parceria onde há respeito à autonomia e cooperação de ambas as partes, tornando o processo colaborativo e ativo. Na EM, as pessoas falam sobre (a) o que desejam fazer, (b) as razões por que mudariam, (c) como fariam e (d) a importância das mudanças (FIGLIE, 2018; FIGLIE; SALES, 2019).

Processos da EM

- (A) *Engajamento* consiste na construção de uma aliança

terapêutica a fim de possibilitar maior adesão e envolvimento no tratamento; (B) *Foco* remete ao desenvolvimento e manutenção da conversa em direção às mudanças; (C) *Evocação* refere-se ao movimento do profissional para acessar pensamentos, sentimentos e habilidades relacionadas ao propósito de mudanças; (D) *Planejamento* significa definir “quando” e “como” fazer as mudanças, movimento essencial para a formulação de um plano de ação (FIGLIE, 2018). Abaixo encontra-se o quadro com os estágios de motivação, também anteriormente abordado no tópico sobre IB, porém aqui destacam-se quais as possíveis estratégias de intervenção considerando cada estágio de acordo com a EM.

Quadro 4: Estágios de motivação e estratégias de intervenção.

Estágio	O que se pode / deve fazer
Pré-contemplanção	Fornecer informações sobre potenciais riscos e danos que podem decorrer do uso de substâncias; Incentivar reflexões sobre os possíveis riscos relacionados ao seu padrão de uso de substâncias; Encorajar a pensar na possibilidade de redução ou cessação do uso.
Contemplanção	Fornecer informações sobre potenciais riscos e danos que podem decorrer do uso de substâncias; Orientar sobre possíveis estratégias para reduzir ou cessar o consumo; Incentivar a refletir e falar sobre vantagens e desvantagens de seu uso.
Preparação	Ajudar no desenvolvimento de um plano de ação para a mudança de comportamento; Identificar, junto ao sujeito, as dificuldades que podem surgir durante o processo de mudança e estabelecer estratégias assertivas de enfrentamento.
Ação	Encorajar o sujeito a colocar em prática os planos para a mudança de comportamento.
Manutenção	Elogiar o sujeito pelo sucesso da mudança de comportamento; Reforçar as estratégias de enfrentamento para prevenção de recaída.

Recaída

Identificar, junto com o sujeito, as situações de risco associadas à recaída (ex.: onde usou a substância, com quem, o que motivou o uso); Estabelecer estratégias de enfrentamento para as novas situações de risco identificadas nesse estágio; Reforçar e fortalecer as estratégias de enfrentamento estabelecidas; Encorajar a pessoa a recomeçar.

Fonte: De Micheli, Formigoni e Carneiro (2017).

Metodologia da EM

Em síntese, os objetivos são: (1) acompanhar e compreender o que está acontecendo por meio da visão da própria pessoa, entendendo suas experiências e seus valores; (2) direcionar o tratamento; e (3) orientar na busca de caminhos que levem às mudanças desejadas pelo sujeito no momento, oferecendo opções que possam auxiliá-lo na mudança de comportamento. Para isso, utilizam-se os métodos descritos abaixo (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014; FIGLIE; SALES, 2019).

- **Fazer perguntas abertas:** proporcionar a oportunidade de falar abertamente sobre pensamentos e sentimentos relacionados ao comportamento atual e às mudanças.

Ex.: “Fale mais sobre seu consumo de álcool”, “Quais os motivos que levam você a beber?”, “Em sua visão, quais são as coisas boas de consumir álcool?”, “Quais são os prejuízos de beber?”.

- **Afirmar (reforço positivo):** compreender, apoiar e elogiar, demonstrando empatia e reforçando aspectos positivos como estratégias assertivas de enfrentamento.

Ex.: “Você utilizou uma excelente estratégia esta semana para diminuir o número diário de cigarros. Você conseguiu. Parabéns!”, “Mesmo com algumas dificuldades, parece que você mudou alguns de seus pensamentos e decidiu mudar seu padrão de consumo. Pelo o que você contou, você e sua família estão felizes essa decisão. Este é um ótimo sinal!”.

- **Refletir:** é a principal estratégia da EM e consiste na *Escuta Reflexiva* para fazer com o que a pessoa reanalise seus pensamentos, afirmações e comportamentos a partir da síntese elaborada pelo profissional. O que é relatado se torna material para reflexões que podem influenciar na decisão de mudar.

Ex.: “*Você quis dizer que o consumo de bebidas alcóolicas vem causando diversos problemas na sua família?*”, “*Você relatou que alguns dias após beber excessivamente, sente uma piora na sua saúde (enjoos, dores e outras sensações). Confere?*”, “*Você contou que o uso de álcool já lhe causou problemas como acidentat-se na saída de uma festa e envolver-se em brigas...*”.

- **Resumir:** resumos podem ser feitos para articular os assuntos conversados, demonstrar que o profissional prestou atenção no que foi dito e pode funcionar também como uma estratégia didática para que a pessoa possa organizar suas ideias.

Ex.: “*Então... Você disse que começou a beber há muitos anos atrás e que nunca viu problemas nisso, apesar de conflitos na família e pelos gastos financeiros com a compra de bebidas. Há cerca de um mês você começou a sentir algumas dores fortes que lhe levaram a procurar um médico. Os exames mostraram que você desenvolveu um grave problema de saúde e que então seria necessário reduzir ou parar imediatamente o uso para que o tratamento fosse possível. Ainda assim, você não conseguiu diminuir ou parar de beber e não está totalmente convencido dessa necessidade. Certo?*”.

- **Oferecer informações:** fornecer informações e aconselhar, especialmente quando as pessoas requerem, contando que seja relevante para o processo.

Ex.: “*O álcool pode agravar seu quadro de saúde, visto que você*

foi diagnosticado com uma doença hepática. Talvez seja muito importante reduzir ou cessar o consumo. Existem algumas estratégias para isso, você gostaria de conhecê-las? Caso queira, eu posso apresentá-las”.

Figlie (2018) compara a metodologia empregada na EM ao ato de colher um molho de flores. Cada argumento favorável a mudanças apresentado pelo sujeito representa uma flor. A tarefa do profissional é evoca-los, isto é, coletar as flores (argumentos), mostrá-las à pessoa e acrescentar outras que sejam importantes para o processo. Para isso, é preciso *ouvir*.

Habilidades da EM

Quadro 5: Habilidades da EM.

1. Trabalhar em parceria com o usuário, com base no reconhecimento de que ele é o especialista em relação à própria vida.
2. Ter habilidade de oferecer um aconselhamento centrado no usuário, incluindo empatia precisa.
3. Reconhecer os aspectos-chave das falas do usuário norteadoras para a prática da EM.
4. Eliciar e fortalecer as falas de mudança do usuário.
5. Lidar com a resistência.
6. Negociar um plano de ação.
7. Consolidar o compromisso do usuário com a mudança.
8. Ser flexível no uso da EM com outros métodos de intervenção.

Fonte: Figlie (2018).

Existem dois componentes importantes utilizados na prática clínica com EM: *relacional*, que consiste no relacionamento empático; e

técnico, que diz respeito à utilização adequada dos métodos da entrevista motivacional. O uso simultâneo desses dois componentes favorece a consolidação da aliança terapêutica e pode gerar resultados mais efetivos (FIGLIE; SALES, 2019).

Quadro 6: Dicas.

Evitar usar rótulos ou jargões. Isso pode intimidar e envergonhar a pessoa e, por consequência, dificultar a construção da aliança terapêutica; Procurar fazer perguntas abertas e a chamada Escuta Reflexiva, demonstrando entendimento sobre o que a pessoa diz. Isso evita interpretações errôneas e possibilita a reavaliação e reflexão das afirmações; Procurar demonstrar sensibilidade e empatia; Procurar aumentar a consciência da pessoa sobre os benefícios de sua mudança de comportamento, mostrando que as coisas podem ficar melhores, mas que isso depende dela (responsabilidade), assim reforçando sua liberdade de escolha; Demonstrar que acredita na capacidade da pessoa de mudar, encorajar e reforçar sua autoeficácia (*self-efficacy*); Prestar atenção em todos os detalhes (ex.: comunicação não verbal) e demonstrar interesse, ouvindo atentamente.

Fonte: De Micheli, Formigoni e Carneiro (2017).

Considerações finais

No contexto do abuso de drogas, diversas variáveis influenciam no tratamento, tais como as características da pessoa, o contexto de vida, a aliança terapêutica, entre muitos outros fatores (SARTES; CRUVINEL; FERREIRA, 2017). Por isso, a aplicação de intervenções como a IB e a EM

na prática clínica devem considerar as realidades e singularidades dos sujeitos, que devem ser vistos como protagonistas de suas vidas e das mudanças almejadas.

O caminho para a mudança é proporcionar ambientes propícios à instalação e manutenção de novos comportamentos, reforçando os pontos positivos e respeitando a autonomia e liberdade de escolha das pessoas. Tanto na IB quanto na EM, os profissionais atuam como mediadores do processo, auxiliando na identificação e reflexão de determinados comportamentos de risco e no desenvolvimento de estratégias assertivas de enfrentamento.

Referências

- ABREU, Â. M. M.; MARINHO, G. L.; JOMAR, R. T. Necessidade de intervenção breve por uso de álcool, tabaco e outras drogas entre usuários da atenção primária à saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p.104-110, jun. 2017.
- DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. In: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas (SUPERA): Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2017. p. 45-68.
- DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Como motivar usuários de risco. In: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas (SUPERA): Encaminhamento,**

intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2017. p. 26-36.

FERREIRA, M. L. et al. Avaliação da Efetividade da Intervenção Breve para a Prevenção do Uso de Álcool no Trabalho. **Revista Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p.34-43, 21 dez. 2016.

FIGLIE, N. B. Entrevista motivacional e as terapias cognitivo-comportamentais no tratamento da dependência de substâncias. In: ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 305-321.

FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 34, n. 87, p.472-489, 2014.

FIGLIE, N. B.; SALES, C. Entrevista motivacional. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 247-257.

MINTO, E. C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p.207-220, set. 2007.

SARTES, L. M. A.; CRUVINEL, E.; FERREIRA, M. L. Como as intervenções e psicoterapias breves trabalham? In: ANDRADE, A. L. M.; DE MICHELI, D. (Org.). **Inovações no tratamento da dependência de drogas**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 137-158.

SEGATTO, M. L. et al. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1753-1762, ago. 2007.

SILVA, C. J.; MIGUEL, A. Q. C. Intervenção breve. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 222-230.

SOARES, J.; VARGAS, D. Effectiveness of brief group intervention in the harmful alcohol use in primary health care. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p.1-10, 29 jan. 2019.

SORDI, A. O.; KREISCHE, F.; LOPES, F. M. Intervenções breves, entrevista motivacional e estágios de mudança. In: VON DIEMEN, L.; HALPERN, S. C.; PECHANSKY, F. (Org.). **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais da saúde e assistência social**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2012. p. 125-135.





18

Intervenção Motivacional para familiares que convivem com parente com transtorno relacionado a substâncias

Cassandra Borges Bortolon

Este capítulo tem como objetivo descrever brevemente o modelo de Intervenção Motivacional para Mudanças de Comportamentos Codependentes/Inassertivos em Familiares de Usuários de Drogas. Esta metodologia foi desenvolvida durante a etapa de doutoramento (2011-2015) da psicóloga e pesquisadora Cassandra Borges Bortolon, na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Quando a autora recebeu o convite para participação neste livro, delineou a sua contribuição a partir da apresentação oral na *Afinet First International Conference*, Newcastle-on-Tyne, Inglaterra (2018) intitulada: “*Motivational Intervention for family members of living with relative with Substance-related disorder and Addiction*”. Este material também aborda o que é a AFINet e como esta associação internacional pode ser conhecida.

Network internacional da família

O Network Internacional da Família (*Family International Network* - AFINet) é uma associação sem fins lucrativos que tem como objetivos contribuir para aliviar o sofrimento causado por problemas com álcool, drogas e jogos de azar e desenvolver conhecimento e consciência sobre os efeitos desses problemas na vida familiar, tanto em crianças como em adultos, no Reino Unido e em outros países. Além de promover a capacitação de profissionais ativos na área da dependência química e da família, estimulando sua educação e treinamento, também tem como objetivo disseminar conhecimento sobre formas de auxiliar membros das famílias a lidarem com o impacto de tais problemas. A autora deste capítulo contribui com essa associação como *Trustee* desde 2016 e convida os leitores do livro a conhecer a associação pelo site <http://www.afinetwork.info> e, se for de interesse, a se associarem no *Network* Internacional da Família.

Introdução

O número estimado de usuários de drogas psicoativas no mundo é de 250 milhões. No Brasil, são 12 milhões. Diante deste impacto, há mais de 2 membros da família afetados por esse problema de forma direta ou indireta. Portanto, a população brasileira de familiares atingidos é de mais de 28 milhões, que estão convivendo com uma pessoa com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) (SAKIYAMA et al, 2015).

Sabe-se que é problemático o consumo de álcool e outras drogas nas Américas. Este agravo é responsável pela perda de 18 anos de vida saudável (DALYs), por morte prematura, perda de saúde e vida produtiva (ORFORD et al, 2017). Além disso, existem evidências da sobrecarga

global, tanto para usuários de drogas, quanto para os membros da família como problemas de saúde (ORFORD et al, 2013; BORTOLON, et al, 2016) e prejuízos financeiros (COPELLO;VELLEMAN; TEMPLETON, 2005). Assim, é evidente que as famílias de pessoas com Transtorno por Uso de Substâncias também apresentam problemas tanto na saúde física e emocional, quanto nas relações pessoais, o que afeta sua qualidade de vida (MOREIRA et al., 2013). O objetivo deste estudo de doutoramento foi determinar a efetividade da Intervenção Motivacional para Famílias com Comportamentos Codependentes/Inassertivos que convivem com pessoas com TUS.

Participantes

Os participantes desse estudo foram 325 familiares. Eles ligaram para um serviço gratuito de orientações sobre drogas via telefone, para receber aconselhamento e informações sobre como lidar com o usuário de substâncias, ou para solicitar informações sobre os centros de tratamento. Nossa metodologia de intervenção foi usada por telefone e pode ser aplicada em outros contextos.

Metodologia

Foi realizado um ensaio clínico randomizado (BORTOLON et al., 2016). A intervenção motivacional foi fundamentada em alguns pressupostos:

- 1- Estágios de mudança comportamental**, que prevê as dificuldades que as pessoas enfrentam em seu processo de mudança e oferece estratégias específicas para cada estágio

(PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

- 2- **Entrevista motivacional**, que acompanha a resistência e evoca as razões da mudança com estilo colaborativo e empático (MILLER; ROLLNICK, 2013; BORTOLON; BARROS, 2016).
- 3- **Telemedicina**, que é uma metodologia de fácil acesso, isto é, por telefone ou internet, e tem demonstrado efetividade no acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias (SMITH; GRAY, 2009).

Passo a passo da intervenção

(BORTOLON et al., 2017; BORTOLON et al., 2013)

Sessão 1 – Psicoeducação - Explicam-se conceitos relacionados à dependência química e suas complicações. Agendam-se as datas para o seguimento do acompanhamento.

Sessão 2 – Compreensão - Entende-se o funcionamento da família e identificam-se os comportamentos como autoridade, limites, superproteção, negligência, permissividade e regras familiares, isto é, o que eles podem e não podem fazer no contexto familiar.

Sessão 3 - Motivacional - Apoia-se a família de acordo com o estágio motivacional em que se encontra. Para cada estágio, há uma abordagem diferente. Exemplificando:

- Estágios Pré-contemplação e Contemplação - Estimula-se para

uma avaliação que poderia encorajar a decisão de mudar um comportamento.

- Estágio Preparação - É construído um plano de ação que é aceitável para a família e que o familiar possa ser capaz de alcançar.
- Estágio Ação - Definem-se estratégias e ações para mudança e revisa-se o planejamento.
- Recaída comportamental da família - Esclarece-se que esta ocorrência é comum e pode ser superada e oportuna para o processo de aprendizagem.

Sessão 4 - Estágio de Preparação - Pergunta-se qual a mudança do comportamento codependente/inassertivo que faz sentido para a família. Além disso, explica-se a importância de a família conhecer os fatores de risco e proteção para o consumo de substâncias e manutenção do comportamento.

Sessão 5 - Estágio de Ação I - Ajuda-se a família a identificar etapas e habilidades necessárias para mudar. Além disso, incentiva-se a família a mudar seu comportamento e colocar o plano em prática.

Sessão 6 - Estágio de Ação - II – Revisa-se o planejamento - Identifica-se quais as mudanças comportamentais a família tentou fazer. É necessário ajudar as famílias que não conseguiram executar as tarefas a entender as razões para não conseguir fazê-las. Incentivá-las.

Sessões 7, 8, 9 e 10 - Estágio de Manutenção, com quatro momentos diferentes de acompanhamento. Ocorre o acompanhamento da família acerca das mudanças dos comportamentos em 2 (Sessão 7), 4

(Sessão 8), 6 (Sessão 9) e 12 meses (Sessão 10). O objetivo dessas sessões é semelhante a Sessão 3. Ou seja, avança-se ou recua-se, dependendo do estágio motivacional do integrante da família.

Resultado

Verificou-se que, após seis meses de acompanhamento, os familiares que receberam a Intervenção Motivacional para Mudança de Comportamentos Codependentes/Inassertivos apresentaram duas vezes mais chances de modificá-los para comportamentos com escores mais baixos de codependência, quando comparados ao tratamento usual.

Conclusão

A família sofre implicações diante da convivência com seus familiares com TUS. Desta forma, oferecer atenção e cuidado aos familiares é fundamental. Esse estudo demonstrou que as famílias, sendo acompanhadas de forma especializada de acordo com seu estágio motivacional e método da entrevista motivacional, apresentam perspectivas de mudança em seu relacionamento com a pessoa com TUS. Isto pode implicar em uma dinâmica mais assertiva nas diferentes, inusitadas e sofridas situações que ocorrem entre os familiares que convivem com pessoas com esses problemas.

Referências

- BORTOLON CB, MOREIRA TC, SIGNOR L, GUAHYBA BL, FIGUEIRÓ LR, et al. Six-month outcomes of a randomized, motivational teleintervention for change in the codependent behavior of Family members of drug users. **Subst Use Misuse** 52: 164-174, 2016.
- BORTOLON, C. B., SIGNOR, S., MOREIRA, S., FIGUEIRÓ, L. F., BENCHAYA, M. C., MACHADO, C. A., BARROS, H. M. T. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. **Ciência e Saúde Coletiva**, 21(1), 35–41, 2016. doi:10.1590/1413-81232015211.20662014
- BORTOLON CB, BARROS HMT. A dança da família na dependência química. IN: Poletto M, De Souza APL; Koller SH (Org.) **Escola e educação**. Práticas e reflexões, pp: 177-186, 2016.
- BORTOLON, C., MACHADO, C. A. FERIGOLO, M., BARROS, H. M. T. Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: um estudo de caso. **Contextos Clínicos**, 6(2), 157-163, 2013. Retrieved from <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2013.62.08>. DOI: 10.
- COPELLO A. G., VELLEMAN R. D. B., TEMPLETON L. J. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. **Drug and Alcohol Review**, 24, 369–385. 2005.
- MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing – Helping People Change**. 3 . ed. The Guilford Press: New York, London, 2013.
- MOREIRA, T.C., FIGUEIRÓ L.R., FERNANDES, S., JUSTO, F.M., DIAS, I.R., BARROS, H.M.T & FERIGOLO M. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. **Ciência e Saúde Coletiva**, 18(7), 1953-62, 2013.

ORFORD, J, PADIN, MFR, CANFIELD M, SAKIYAMA HMT, LARANJEIRA R, MITSUHIRO, SS. The burden experienced by Brazilian family members affected by their relatives' alcohol or drug misuse. **Drugs: Education, Prevention and Policy**, 1-9, 2017.

ORFORD, J., VELLEMAN, R., NATERA, G., TEMPLETON, L., COPELLO, A. Addiction in the family is a major but negliget contribur to the global burden of adult ill-health. **Social Science & Medicine**. 78 (70-77), 2013.

PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, 47(9), 1102-1114, 1992.

SAKIYAMA, H.M.T., PADIN, R.M.F., CANFIELD, M., LARANJEIRA, R., MITSUHIRO, S.S. Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: Who are they? **Drug and alcohol Dependence**, 147, 276-279, 2015.

SMITH, A.C., GRAY, L.C. Telemedicine across the ages. **The Medical Journal of Australia**, 190 (12):719. Retrieved from <https://www.mja.com.au/journal/2009/190/12/telemedicine-across-ages>, 2009.



19

Ações e programas para dependentes de drogas: assistência na rede

*Luciane Marques Raupp
Samantha Torres*

Este capítulo tem por objetivo descrever e problematizar a rede de atendimento psicossocial a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e abordará os seguintes temas: principais políticas e diretrizes que regulam o campo na atualidade; serviços, práticas e concepções sobre drogas e terapêuticas; mudanças políticas recentes e suas repercussões sobre a atenção aos usuários. Busca descrever as principais políticas e diretrizes que regulam esse campo na atualidade, bem como as racionalidades que as embasam, visando propiciar uma análise que relacione serviços, práticas e concepções sobre drogas e terapêuticas. Mudanças que vem ocorrendo desde o ano de 2017 serão destacadas, a fim de problematizar suas repercussões sobre a atenção ao público em questão.

Introdução

O campo de estudos e ações em políticas públicas com foco nos problemas relacionados aos usos de drogas abrange uma área dinâmica, marcada por diferentes formas de compreender e agir nos campos das terapêuticas e práticas de prevenção. Dada a relevância da questão, desde os anos 1970, definições acerca de o que é e como tratar o chamado problema das drogas tem gerado intensos debates e polêmicas, levando ao estabelecimento de instâncias especialmente definidas para abordar e regular as discussões, tal como o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), que visa articular os Estados filiados a essa organização em torno das políticas de drogas. No entanto, apesar da existência de diretrizes internacionais, cada país gera orientações e práticas no campo que refletem, tanto posicionamentos científicos, quanto orientações políticas e vieses ideológicos, muitas vezes divergentes.

No Brasil, é somente a partir dos anos 2000 que foram consolidadas políticas públicas em relação à questão das drogas que foram além do caráter puramente repressivo da área de segurança pública, a qual era a tônica até então. Assim, a questão passou a ser inserida na agenda governamental brasileira de forma articulada a outros programas e políticas da área de saúde mental (PRUDENCIO; SENNA, 2018). A partir desse momento, em muito sob pressão do surgimento e expansão no país de drogas como o crack, cujas cenas de uso públicas ganharam repercussão na mídia, bem como na esteira dos movimentos no campo da saúde mental como a reforma psiquiátrica, é fomentada uma concepção de atenção psicossocial em rede, visando organizar o fluxo do usuário de drogas em diferentes serviços, baseado em distintos níveis de atenção, sob uma perspectiva intersetorial.

Destacando a área de atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas como um dos grandes desafios do campo da saúde mental no Brasil, especialmente no que tange à extensão da oferta e qualidade dos tratamentos oferecidos, esse texto visa descrever a construção de uma rede de atenção psicossocial para esse fim.

A saúde pública e o surgimento da questão das drogas no Brasil

Apesar de toda a carga de moralização que ronda o tema, e a despeito de configurar-se como uma questão importante de Saúde Pública na atualidade, o consumo de substâncias psicoativas (SPAs) faz parte da história da humanidade, assumindo distintas formas e objetivos, de acordo com as funções sociais dessas substâncias em cada cultura (PETUCO, 2019; CARNEIRO, 2005). Comumente o uso estava associado à busca de alteração da consciência, na tentativa de dominação da mortalidade, exploração das emoções, busca de melhoria do humor, intensificação de sentimentos ou como forma de promover a interação social (NUNES et al., 2010).

Não obstante essa longa tradição, é apenas a partir do século XX que tais substâncias passam a relacionar-se a problemas de saúde pública, de desordem e de violência social. Nesse sentido, torna-se importante indagar quais seriam os motivos da inflexão cultural que desencadeou mudanças na relação dos sujeitos com essas substâncias, presentes desde os primórdios da história. Petuco (2019) sugere que, é a partir do aumento da influência e domínio cristão sobre as sociedades clássicas ocidentais que o uso de SPAs começa a ser associado ao mal, à bruxaria, ao feminino. Na esteira de Foucault, que destacou em seu estudo clássico sobre a história da loucura a influência do capitalismo na Europa sobre o

surgimento de dispositivos de internação como os hospitais e manicômios - que viriam a se tornar os principais meios para o controle social de populações estigmatizadas - autores como Petuco (2019) e Passos e Souza (2011), aproximam a construção social sobre a questão das drogas no Brasil à emergência do *paradigma proibicionista*. Neste, teria ocorrido uma articulação entre os campos da justiça, medicina e moral religiosa na conformação do campo de opções terapêuticas no país, chamada de *paradigma da abstinência* (PASSOS; SOUZA, 2011):

Por paradigma da abstinência entendemos algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (p.157).

Essa articulação se desenvolveu ao longo de todo o século XX, gerando estigmas e o predomínio de estruturas de tratamento cujo principal recurso terapêutico consistia na internação em instituições psiquiátricas manicomiais; na participação em grupos de ajuda mútua ou em instituições religiosas, comumente sob a forma de Comunidades Terapêuticas.

Uma inflexão importante nesse campo ocorre lentamente, permitindo o vislumbre de outras perspectivas de prevenção e tratamento para além do *paradigma da abstinência* e das internações como *modus operandi* básico da área. Esta mudança ocorre por meio dos tensionamentos ocorridos a partir de três movimentos inter-relacionados:

as lutas pela redemocratização do país a partir dos anos 1960, a Reforma Sanitária que desembocou no surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e a Reforma Psiquiátrica.

No Brasil, o início da Reforma Psiquiátrica acompanhou o movimento da Reforma Sanitária, o qual ocorreu desde meados da década de 1970. Compatibilizou-se com a luta pela conquista do SUS, mas tem uma história própria inserida no movimento internacional de busca de superação do modelo asilar. Na década de 1990, vários Estados brasileiros aprovaram leis que propunham a substituição da internação em hospitais psiquiátricos pela assistência em serviços extra-hospitalares, movimento que desembocou na aprovação da Lei Federal 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), que dispôs sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária. A partir de então é remodelado o modelo assistencial em saúde mental, sem qualquer forma de discriminação de sexo, cor ou raça, pautado pelo reconhecimento do Estado como responsável por desenvolver uma política de saúde mental, de assistência e de promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, além de preconizar sempre a reinserção do paciente em seu meio social.

A Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo político e de transformação social, baseado em críticas ao modelo hospitalocêntrico, na renovação de leis e criação de redes de apoio extra-hospitalar. A partir desse processo, é estruturada uma rede de atenção psicossocial voltada ao cuidado de usuários de SPAs que terá como orientação principal o paradigma da Redução de Danos Sociais e à Saúde (RD), com a promulgação da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas em 2004. Essa mudança importante nas orientações das políticas públicas faz surgir uma rede de equipamentos

públicos voltados ao cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, a qual se materializa na Rede de atenção Psicossocial (Raps).

Rede de atenção Psicossocial a usuários de álcool e outras drogas

A política do Ministério da Saúde de “Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas” tem nas diretrizes do SUS seus eixos centrais, sob os quais trabalha as especificidades de seu público-alvo. Assim, um dos pontos fundamentais desta política refere-se à assunção do compromisso presente nas diretrizes do SUS de fortalecer o trabalho em rede, proporcionando uma atenção integral nos moldes da intersetorialidade, incitando outras instâncias à conexão em torno da mesma problemática. Nessa diretriz, as articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades, são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos dos estados e municípios, ampliando-se significativamente a cobertura das ações dirigidas a populações de difícil acesso. Tais articulações constituem-se em instrumentos fundamentais de defesa e promoção de direitos e de controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 20). A garantia de acesso aos serviços e à participação do consumidor no tratamento são também princípios assumidos como direitos fundamentais, junto com a ênfase na importância do estabelecimento de vínculos e da construção da corresponsabilidade pelo tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de drogas requer a ruptura com a lógica binarizante que separa e detém o problema do abuso de drogas em fronteiras rigidamente estabelecidas. De

acordo com Traverso-Yepez e Pinheiro (2002), faz-se necessário romper com a visão unidimensional que impera no campo da saúde pública, na qual o modelo é o médico e os problemas são avaliados apenas por sua dimensão orgânica e biológica. Essa visão, aplicada ao campo do tratamento da drogadição, produz como efeito principal a ênfase hospitalocêntrica nos tratamentos, os quais se reduzem a inúmeras internações para desintoxicação sem que seja dada a devida importância à continuidade do tratamento pós-alta (CONTE, 2004).

A reorganização dos serviços e das ações em saúde mental fez surgir um novo dispositivo de atenção representado pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Os Caps se caracterizam pelo caráter de serviço de atenção diária, como alternativa ao hospital psiquiátrico e têm como objetivo principal promover a reabilitação psicossocial de seus usuários. “Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território', o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 9). Em cada unidade, trabalham equipes compostas por profissionais de diversas áreas de formação.

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, via portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, instituiu os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CapsAD), voltados ao desenvolvimento de atividades em saúde mental específicas para pacientes com problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas. Esses dispositivos oferecem atendimento diário nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam, ainda, intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento.

Além dos CapsAD, preconiza-se também que a atenção ocorra em dispositivos de maior complexidade, como emergências médicas para quadros de abstinência, de intoxicação e de transtornos clínicos e psiquiátricos agudos resultantes do uso de substância psicoativas. Pela lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Federal 10.216), as internações visam o tratamento de situações agudas, e assim como qualquer problema de saúde, devem ser tratados em Hospital Geral: “É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” (BRASIL, 2001). O Caps é a parte central da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) que foi instituída pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e organizada a partir de uma variedade de leis e portarias anteriores a ela (leis nº 10.216/2001, nº 10.708/2003, portaria nº 336/GM/MS/2002). A Raps é formada por serviços que oferecem a atenção psicossocial às pessoas que apresentam algum sofrimento ou transtorno mental e a necessidade de assistência relacionada e decorrente ao uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo composta por diversos pontos de atenção psicossocial, tais como: Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA), Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, Enfermarias Especializadas em Hospital Geral etc.

Para além dos Caps, que possuem a característica de porta de entrada na Raps, também foram pensadas políticas voltadas ao cuidado dos sujeitos no seu território, bem como em cenas de uso. No Rio Grande do Sul, através da RESOLUÇÃO Nº 504/13, RESOLUÇÃO Nº 234/14 – CIB/RS e PORTARIA Nº 503/2014, foram organizados financiamentos para a criação das equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf),

Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e Composições de Redução de Danos. As Composições de Redução de Danos implantadas em âmbito municipal têm como função o trabalho de campo nas cenas de uso de drogas e Apoio Matricial sobre o cuidado em álcool e outras drogas na Atenção Básica.

Redução de Danos e o Projeto Terapêutico Singular

A questão do uso de álcool e outras drogas no contexto atual envolve diferentes paradigmas de vida. Um desses paradigmas é o da moralidade (e moralidade é muito diferente de ética¹). Nesse paradigma, usar drogas é errado e por isso o único caminho possível por esse viés é a abstinência total. Ao se considerar que os seres humanos sempre fizeram uso de Spas, em diferentes contextos e com diferentes propósitos, é bem provável que esse comportamento não acabe, pois de alguma forma liga-se à história da humanidade. Nesse sentido, o paradigma da moralidade pode servir apenas a quem dela se identifique, porém não pode servir a toda uma sociedade que é composta de diferentes sujeitos, que vivem diferentes experiências e valores (TORRES; ECKER, 2017).

As políticas públicas (saúde, educação, assistência social, justiça, segurança etc.) servem para cuidar de todos os cidadãos em território nacional, políticas essas embasadas nos tratados de Direitos Humanos dos quais o Brasil é signatário. Sendo assim, não é possível fazer ou atuar nas políticas públicas baseados em um viés de moralidade pessoal.

¹Ética e moral possuem diferentes significados. A ética é uma instância crítica que avalia a melhor decisão frente às situações que existem, enquanto a moral são os costumes, regras, tabus e convenções estabelecidos e reproduzidos pelos sujeitos em que muitas vezes apenas repetem tais regras e costumes de forma acrítica ou sem pensar. Os termos possuem origem etimológica distinta. A palavra “ética” vem do Grego “ethos” que significa “modo de ser” ou “caráter”. Já a palavra “moral” tem origem no termo latino “morus” significando os usos e costumes.

Como outra forma de compreender e propor ações na área dos usos de drogas, a Redução de Danos surge como um paradigma que se materializa em uma orientação política capaz de atender a distintas demandas, sensível à diversidade de existências e valores. ARD não exclui a possibilidade da abstinência, mas amplia o leque de práticas de cuidado e tratamentos, sendo sensível à realidade de que existem pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas, sendo a prática de cuidar da existência (daquilo que existe), e não da imposição de ideais baseados em moralidades. Nesse caso, a ética no fazer saúde é o respeito a todos os sujeitos em suas singularidades, percebendo-os como seres de direitos que precisam ser atendidos e cuidados, independente de suas escolhas pessoais. Isso fica evidenciado através do Art. 9º da Portaria que institui a RD como Política Pública em Saúde Mental no cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas:

Estabelecer que as ações de redução de danos devam ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência (BRASIL, 2005).

Se a RD busca olhar a singularidade dos sujeitos, acaba por ser totalmente compatível com a proposta de Projeto Terapêutico Singular (PTS). A ideia de PTS se desenvolveu a partir da lógica da atenção à saúde mental em território, visto que nesse espaço se faz necessário focar em outros aspectos de vida dos usuários dos serviços de saúde, para além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. Nesse sentido, o PTS envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, que são resultado de uma

construção que envolve diretamente o sujeito do cuidado, em propostas terapêuticas discutidas e articuladas com este e uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Nesse viés, o diagnóstico deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Tem como metas propostas de curto, médio e longo prazo que são construídas em corresponsabilidade com o usuário, entendendo a complexidade que envolve cada existência. Por isso é necessário analisar como o sujeito se relaciona com as doenças, desejos e interesses, bem como a forma são configuradas suas relações com o trabalho, a cultura, a família e a rede social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Tanto na lógica do PTS como na da RD, o foco são os sujeitos em suas singularidades. Em ambos, o cuidado em saúde prima pela qualidade do vínculo entre o profissional e o usuário. Um vínculo se forma quando as pessoas não se sentem julgadas pelo valor moral do outro, mas quando se sentem compreendidas em suas dificuldades e apoiadas, tanto por aquele profissional quanto pela rede intersetorial, onde serão ofertadas outras possibilidades de campos existenciais alternativos ao processo adoecedor. O que fica implícito na perspectiva da RD e do PTS é um modelo de saúde ampliado, que está muito além da ausência de doenças.

Modelos de Saúde e Intersetorialidade

Ao longo das décadas, a grande disputa que se instala na construção de Políticas Públicas é pensar o pano de fundo que molda tais políticas. A depender do modelo de saúde que utilizamos, serão construídos diferentes projetos de tratamento. O modelo biomédico, por exemplo, tem o foco na explicação da doença, “e passou a tratar o corpo em

partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico” (OLIVEIRA, 2009). Nesse sentido, é um modelo que enxerga o homem como um corpo-máquina, sendo o médico um mecânico, e a doença um defeito da máquina a ser consertado.

Diversas foram as discussões conceituais na década de 1970 sobre o conceito de saúde, buscando alternativas ao modelo biomédico que não dava conta da complexidade da vida dos sujeitos. Tais discussões culminaram na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença cujo foco principal de análise:

(...) incide sobre o tema 'desigualdades', por meio da constatação de importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais (GARBOIS; SODRE; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p.66).

Essa definição de saúde é incorporada na Lei Orgânica de Saúde (LOS), n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, Art. 3).

O modelo de Determinantes Sociais de Saúde – (DSS) foi, inclusive, incorporado pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Nesse

modelo são analisados diversos fatores que envolvem o processo de saúde e doença. Assim, não é possível mais pensar em um único caminho para o tratamento, acompanhamento e cuidado desses sujeitos. Abaixo segue - em caráter apenas ilustrativo - o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS em 2005:



A partir dessa base, a lógica e prática de construção do PTS interconectado com a perspectiva da RD coloca o foco do cuidado, não mais no tratamento ou na cura de uma parte do sujeito (modelo biomédico), mas nas suas necessidades e desejos, no esteio da complexidade envolvida no processo saúde-adoecimento. Para isso é necessário pensar articulações com outros campos, tais como: educação, assistência social, trabalho, renda, moradia, esporte, lazer, numa perspectiva intersetorial.

Por exemplo, no campo da Educação, existem políticas que podem ser pensadas para compor o PTS dos sujeitos em conexão com a educação primária e secundária, Educação de Jovens e Adultos (EJA), cursos técnicos e profissionalizantes. Faz parte de um tratamento ofertar outras possibilidades de ações de cuidado que, muitas vezes, ainda não faziam sentido no repertório discursivo dos sujeitos ou que, por diversos motivos, não lhes tenham sido acessíveis.

Já no campo da Política de Assistência Social (Pnas), é possível analisar e construir estratégias de enfrentamentos às diversas vulnerabilidades que os sujeitos vivenciam, envolvendo questões como: a garantia de direitos, moradia, trabalho, fortalecimento de vínculos familiares etc. No âmbito da proteção social básica da Pnas, a porta de entrada são os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), que têm como objetivo trabalhar a prevenção de situações de vulnerabilidade social e risco. O Cras oferta programas de suporte e acompanhamento das famílias em vulnerabilidade social através dos seguintes serviços: Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e Proteção Social no Domicílio para pessoas com deficiência e idosas. Já na Média e Alta Complexidade da Pnas, existem os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), que têm por objetivo o trabalho social com as famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social por violação de direitos. O Creas realiza atendimento através dos seguintes serviços: Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), Serviço Especializado em Abordagem Social, Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, e Serviços Especializado

para Pessoas em Situação de Rua.

Para usuários de álcool e outras drogas que se encontram em situação de rua, é necessário articular o cuidado a outras necessidades, as quais são ofertadas no âmbito da Pnas através dos Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua (Centro Pop), dos albergues e abrigos, que são fundamentais para o atendimento da amplitude de necessidades desse público. No Centro Pop são ofertados atendimentos individuais e coletivos, oficinas, atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivem o protagonismo e a participação social das pessoas em situação de rua. É um espaço de referência para o convívio social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Funciona como ponto de apoio para guarda de pertences, higiene pessoal, alimentação (café da manhã, almoço e lanche) e provisão de documentação, além de informar e orientar sobre os direitos e o acesso a benefícios socioassistenciais. Os albergues e abrigos oferecem pernoite para pessoas em situação de rua, auxiliando-os na reorganização pessoal e social.

Ainda na esteira da intersetorialidade, identificam-se outros setores, serviços e programas que podem ser acionados para ampliar a oferta de cuidados visando a atenção integral de pessoas com problemas relacionados ao uso de Spas. Por exemplo, programas de capacitação e geração de renda são importantes aliados para o aumento da autonomia dos sujeitos. Da mesma forma, a conexão do cuidado com a oferta de atividades no âmbito da cultura, lazer e esportes amplia o leque de opções de práticas capazes de produzir prazer e cuidado que colaboram para a adesão dos usuários ao seu projeto terapêutico. É importante também analisar e buscar rede de apoio para ampliar o acesso dos usuários aos serviços da Justiça e seus programas, tais como: Justiça Restaurativa,

Mediação de Conflitos, Justiça Comunitária, Direitos do Consumidor, etc.

A despeito da amplitude de visões e práticas de cuidado, acessíveis em uma rede intersetorial que prime pelo cuidado com respeito à singularidade e autonomia dos sujeitos, predomina ainda um senso comum que leva à compreensão equivocada de que a solução para o uso problemático de Spas se restringe ao processo de desintoxicação e à manutenção da abstinência, impondo de forma verticalizada tal plano sobre os sujeitos. Diversas são as internações compulsórias que apresentam poucos resultados em longo prazo, pois a internação sem o desejo do próprio sujeito e sem um projeto terapêutico singular, que envolva os diversos setores da vida, pouco contribui para a adesão dos usuários ao tratamento.

Considerações Finais

Esse texto visou mostrar a estruturação de um campo de cuidado aos usuários de Spas no Brasil a partir dos anos 2000, que foi pautada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, do SUS e da Redução de Danos. Esse processo estabeleceu as bases para a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial aos usuários de Spas de base comunitária, funcionando de forma intersetorial e pautada pela busca da integralidade na atenção.

No entanto, conforme assinalado no início dessa discussão, o campo de atenção, prevenção e tratamento aos problemas relacionados aos usos de Spas é caracterizado pela disputa entre paradigmas distintos, muitas vezes quase inconciliáveis. Nessa direção, as mudanças políticas que afetaram o país desde 2017 desencadearam rearticulações no campo das políticas públicas de saúde mental, que modificaram as bases do cuidado na área, por exemplo, retirando a estratégia da RD como diretriz

da Política Nacional sobre drogas, ao assumir que o único objetivo do tratamento, para qualquer sujeito que use Spas, deve ser o da total abstinência, independentemente do contexto, padrão de uso ou desejo do mesmo. Essa reorientação se refletiu em mudanças concretas na estrutura da rede de atenção e cuidado a usuários de drogas.

Em 2019, inflexões importantes ocorreram, concretizando mudanças já anunciadas desde 2017, nas quais se alteravam os objetivos e foco da Política Nacional sobre Drogas (Resolução Conad 01/2018). Essas mudanças trouxeram transformações radicais nos meios de compreender, financiar e articular a rede de cuidado a usuários de Spas. Dentre elas, destacam-se: o aumento da pena mínima para traficantes de drogas; incorporação das Comunidades Terapêuticas ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) - com o destino de milhões de reais para o investimento nessas instituições, em detrimento do financiamento já insuficiente destinado à manutenção e abertura de CapsAD e equipes de Redução de Danos. A resolução estabelece, ainda, que o Ministério da Saúde passe atuar na liberação de verbas e na fiscalização destes locais que, antes, eram mantidos apenas em parceria com o Ministério da Justiça. Outro ponto fundamental – e muito preocupante - é a flexibilização e ampliação do escopo das internações involuntárias de usuários de drogas, que já podiam ser solicitadas por familiares ou responsáveis legais do paciente, mas agora podem ser demandadas também por um servidor público.

Essas medidas contrariam as diretrizes de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216/2001, já que agora os hospitais psiquiátricos foram reinsertados de forma ampla na rede de atenção, a qual não deve ser mais chamada de “substitutiva”, dado que as internações voltaram a ter centralidade na atenção no campo, afetando assim os

direitos das pessoas com transtorno mental. Entidades como o Conselho Nacional de Saúde, a Abrasco, o Ministério Público Federal e o Conselho Federal de Psicologia criticaram as diretrizes da nova Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a forma como foi aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

O contexto atual de retrocessos e da precarização das políticas públicas traz um cenário de grandes desafios para os trabalhadores envolvidos, direta ou indiretamente, na área de saúde mental. Nessas circunstâncias - mais do que nunca - o trabalho não pode ficar apenas restrito ao atendimento direto ao usuário. É preciso que estes profissionais unidos se mantenham presentes no Controle Social e instiguem a participação cidadã dos usuários dos serviços nesse controle. O melhor caminho para enfrentar os sofrimentos psíquicos ocorre por meio do trabalho coletivo, sempre respeitando as singularidades de cada sujeito.

Referências

- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:** dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, de 9 de Março de 2018.** Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas. DOU de 13/03/2018, nº 49, Seção 1, pág. 128, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília:

2004.

BRASIL. **Portaria nº 1.028, de 1º de Julho de 2005.** Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A Z : garantindo saúde nos municípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>

BRASIL. **Lei Federal 10.216 de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

CARNEIRO, Henrique Soares. **Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas.** Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2005.

CONTE, Marta. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.** Porto Alegre, v. 14, n. 26, 2004.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB RS 403/11. Criação dos Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB).** 2 0 1 1 . D i s p o n í v e l e m : <<https://atencaoBasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114701-20141104155056rs-res-403-2011-naab.pdf>>

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRE, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde e Debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2.

ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

NUNES, Deise Cardoso; SANTOS, Loiva Maria Boni; FISCHER Maria de Fátima Bueno, Fischer, M. F. B., & Güntzel, P. (2010). “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...”. In SANTOS, Loiva. Maria Boni (Org.), **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf, 2010.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

PASSOS, Eduardo; SOUZA, Tadeu de Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. **Psicologia & Sociedade**, n. 23, v. 1, 2011.

PETUCO, Dênis. **O pomo da discórdia: drogas, saúde e poder**. Curitiba: CRV Editora, 2019.

PRUDENCIO, Mônica de Castro Maia SENNA, Juliana Desiderio Lobo. Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas. **Argumentum**, v.10, n.3, set./dez. 2018.

TORRES, Samantha; ECKER, Daniel Dall'Igna. Drogas, vamos pensar! In S. D. Torossian, S. Torres, & D. B. Kveller (Orgs.), **Descriminalização do cuidado: políticas, cenários e experiências em Redução de Danos** (pp. 71-90). Porto Alegre, RS: Rede Multicêntrica, 2017. 380p.

TRAVESSO-YÉPEZ, Marta; PINHEIRO, Verônica de Souza. Adolescência, Saúde e Contexto Social: Esclarecendo Práticas. **Psicologia e Sociedade**, n.14, v.2, jul.-dez. 2002.

Posfácio

Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição

Ao chegar a este ponto da obra, o leitor já concluiu que a prevenção do uso de drogas é algo possível e que vale à pena de ser empreendida. Então, o que mais pode ser dito nas páginas finais de um livro que reúne autores de renome no campo de estudo sobre drogadição e que nos desafiam a trilhar, com honestidade e clareza, os caminhos da prevenção do uso de álcool e outras drogas nas escolas? Longe de ser o fim de conversa, embora se preste concretamente a ser um epílogo, o que me resta propor com estas palavras finais é um convite a que juntemos nossos saberes e querer, e coloquemos mãos na massa.

Portanto, este convite, bem como a leitura deste livro, se destina a educadores, familiares, amigos, voluntários, comunidade escolar mais ampla, gestores, políticos, vizinhos, dentre outros, que não se conformam com menos do que uma sociedade justa, solidária e livre. Obras como esta mobilizam nossa vontade de edificar um mundo melhor para todos, mas em especial para nossas crianças e adolescentes, nos dão a certeza de que não estamos sós nesse caminho, que somos muitos, somos bons e que podemos! Todos nós fazemos parte dessa comunidade protetiva, somos um elo importante nessa corrente de boas práticas, competência e afeto em prol da promoção da infância e da adolescência saudável. É preocupante o quadro de agravamento na saúde mental de nossos jovens a que estamos assistindo nos dias atuais. Os adolescentes têm dado sinais de profunda desilusão com a vida, e as estatísticas têm mostrado um número vertiginoso de suicídios e automutilações nessa fase da vida, o que nos

remete a pensar que fracassamos enquanto sociedade.

Outrossim, ainda que estejamos conscientes de que o contato com a droga é algo praticamente inexorável na vida do indivíduo moderno – que se vê exposto aos inúmeros apelos midiáticos, sociais e químicos com promessas de completude, prazer e felicidade –, nossa missão como educadores é postergar ao máximo esse início. É certo que a precocidade da experimentação e da entrada no consumo regular aumenta a chance de instalação de consumo de risco e de dependência, bem como de danos subsequentes. Portanto, a grande missão da prevenção é oferecer alternativas viáveis, confiáveis e aprazíveis para que o vazio da existência não seja o disparador para a procura por substâncias. Sabemos que a linguagem dos vínculos é universal, bem como é sabido que também funciona como um eficaz antídoto para o isolamento, a tristeza e a baixa autoestima, tão frequentes no cotidiano de nossos jovens nos dias de hoje.

Por fim, embora paradoxalmente este seja só o começo, a grande saída para a prevenção do uso de álcool e outras drogas parece estar em acionar as ações coletivas, implicar-se, afetar-se. Não é à toa que a lógica do trabalho em rede perpassa vários dos capítulos desta obra. Já não resta dúvida de que a tessitura afetiva que se constrói em torno da criança e do adolescente, visando ao seu crescimento, bem-estar e bem viver, promove uma aura de irremediável proteção e amparo. Sejamos, para nossos jovens, o **esteio** de que tanto necessitam para crescer com saúde e felicidade!

