

Miguel Teixeira dos Santos Neto

**AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS DE
PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
IMPLANTADOS NAS ESCOLAS BRASILEIRAS**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

São Paulo

2016

Miguel Teixeira dos Santos Neto

**AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS DE
PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
IMPLANTADOS NAS ESCOLAS BRASILEIRAS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez

Coorientadora: Profa. Dra. Gabriela A Wagner

**São Paulo
2016**

Neto, Miguel Teixeira dos Santos

Avaliação das características dos programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas implantados nas escolas brasileiras / Miguel Teixeira dos Santos Neto. – São Paulo, 2016.

xvii, 148 f.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em Inglês: Evaluation of characteristics of the programs to prevent alcohol and other drugs implemented in Brazilian schools.

1. Saúde Coletiva. 2. Adolescência. 3. Drogas / Prevenção. 4. Escolas brasileiras

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA PREVENTIVA

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva:

Profa. Dra. Rebeca de Souza e Silva

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva:

Profa. Dra. Suely Godoy Agostinho Gimeno

MIGUEL TEIXEIRA DOS SANTOS NETO

AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE PROGRAMAS DE
PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
IMPLANTADOS NAS ESCOLAS BRASILEIRAS

Presidente da banca: Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez (Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp).

BANCA EXAMINADORA

Titulares:

Prof. Dr. Marcelo Sodelli (Professor da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade de São Paulo, PUC-SP)

Profa. Dra. Marcia Helena da Silva Melo Bertolla (Professora Doutora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP)

Prof. Dr. Marco Antônio Leandro Barzano (Professor Titular do Departamento de Educação - Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS)

Profa. Dra. Solange Aparecida Nappo (Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo, Unifesp)

Suplentes:

Prof. Dr. Jairo Pinheiro da Silva (Professor Associado III do Departamento de Ciências Fisiológicas da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, UFRRJ)

Profa. Dra. Eroy Aparecida da Silva (Coordenadora Pedagógica da Universidade Federal de São Paulo, Unifesp)

Este trabalho foi realizado no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através de auxílio à pesquisa (**processo 472991/2012-4**) à orientadora desta tese.

“Não se pode criar experiência. É preciso passar por ela.”

Albert Camus, 1913

“A experiência é o nome que damos aos nossos erros.”

Oscar Fingal O'Flahertie Wills Wilde, 1854

Dedicatória

A Deus.

À minha mãe (*in memoriam*), que perdi ao longo dessa caminhada.
Ao Carlos Henrique, que me deu apoio material e emocional para que eu chegasse
até aqui.

Agradecimentos

A Deus, por ter me dado força, saúde e disposição para esta caminhada.

À minha orientadora, Profa. Zila, a quem serei eternamente grato pelo acolhimento, pela dedicação e sua paciência. A Profa. Zila é um ser humano fantástico, que me fez enxergar que a Ciência ainda tem jeito. Obrigado por tudo!

À Ana Paula, um ser humano sensível e maravilhoso que deu apoio no momento mais difícil da minha vida. Obrigado por tudo, Aninha!!!

À Juliana Valente pelo carinho e apoio nas horas mais tensas!!! Obrigado, Deus te abençoe!

À minha mãe e meu pai (*in memoriam*), que me deram a oportunidade de vir para este planeta, que me proporcionou meios para que pudesse estudar e me desenvolver. Serei eternamente grato!

Ao Carlos Henrique, meu amigo e irmão, que me deu todo o apoio logístico, sentimental e organizacional. Sem ele não estaria terminando. Obrigado por tudo!

À minha família, que em todo tempo esteve do meu lado me apoiando e me estimulando, mesmo nos momentos de grandes dificuldades. Valeu!

À minha grande amiga, Josélia, com sua dedicação me socorreu nos momentos mais difíceis da minha vida. Serei eternamente grato a você.

Às minhas sobrinhas, Nivea, Simone e Esther, vocês foram fundamentais para a conclusão com o apoio e o carinho.

Às minhas amigas da Pós-Graduação: Pollyanna, Adriana, Aninha, Claudinha, Marta, Nilma, Larissa, Rossana, Josi, Renata, Julia e Juliana, a todos os momentos desde o cafezinho até as conversas de nossas angústias dessa caminhada. Vocês foram um presente de Deus para mim, beijos!

À Sandra, Secretaria da Pós-graduação, pelos bons papos e descontrações e principalmente pelas orientações burocráticas, obrigado!

À Profa. Fátima Enes, pelo seu carinho e incentivo na Saúde Coletiva.

Às Professoras, Tereza Campos, Andrea Amaral e Tatiana Moura da Faetec, que me apoiaram e ajudaram em todos os aspectos, valeu meninas...

A Profa. Ana Lacerda, pelo apoio e muitas conversas e viagens... eu te adoro!

Aos meus compadres, Márcia e Flávio, pelos bons papos e apoio para que o meu sonho se realizasse.

À Sônia Becker, que sempre me incentivou e apoiou minhas decisões e realizações, obrigado!

À Profa. Marta, da UNESA, obrigado pela amizade e compreensão.

À amiga, Bernadete, pelo estímulo e apoio às minhas decisões e grandes conversas.

À Profa. Cláudia Midão, da Faculdade de Medicina de Petrópolis, pelo apoio e carinho.

À Casa de Recuperação Maranathá, em especialmente seu Martins, Duque, Leonaldo, Cristiane e toda a equipe de técnicas, bem como de nossos pacientes pelas orações e pelo apoio, obrigado, Deus, abençoe!

E a todos os amigos que participaram direto ou indiretamente desse processo de formação.

Obrigado, Senhor Jesus!

Listas de tabelas e quadros

Tabela 1. Distribuição das entrevistas por regiões brasileiras	47
Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos entrevistados em escolas do Brasil (n=41) ...	55
Tabela 3. Características das escolas brasileiras que fizeram parte desta pesquisa (n=41).....	56
Tabela 4. Distribuição de programas institucionalizados	85
Tabela 5. Identificação ou não drogas em seus ambientes quando da escolha do programa.....	88
Quadro 1. Distribuição das escolas por estado brasileiro e rede de ensino.....	51
Quadro 2. Programas e atividades de prevenção nas escolas avaliadas.....	57
Quadro 3. Escolas que aplicam atividades ou programas exclusivos e atividades ou programas combinados	59
Quadro 4. Distribuição das escolas em diferentes formas de apresentação de palestras e outras intervenções.....	65
Quadro 5. Entrevistados que relataram ter ou não capacitação para discorrer sobre o assunto álcool e outras drogas	81
Quadro 6. Participação dos docentes e gestores no desenvolvimento dos programas e atividades.....	92
Quadro 7. Participação da comunidade nos programas e atividades de prevenção .	95

Listas de figuras

Figura 1. Fluxograma da amostra de escolas brasileiras participantes do estudo qualitativo	46
Figura 2. Mapa do Brasil e a distribuição das escolas por estado (n=41)	47

Listas de abreviaturas e símbolos

Cebrid	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
DALYs	<i>Disability-adjusted life years</i>
Dare	<i>Drug Abuse Resistance Education</i>
Denarc	Departamento Estadual de Prevenção e Repressão ao Narcotráfico
DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
Ideb	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros
LSD	Dietilamida do ácido lisérgico
MDMA	3,4-metilenodioximetanfetamina (ecstasy)
Nepre	Núcleo de Educação e Prevenção
Nida	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pense	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PM	Polícia Militar
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PPP	Projeto político-pedagógico
Proerd	Programa Educacional de Resistência às Drogas
PSE	Programa de Saúde na Escola
Senad	Secretaria Nacional de Políticas de Drogas
UNODC	<i>United Nations Office for Drugs and Crime</i>

Resumo

Objetivos: o presente estudo teve como objetivo geral caracterizar os programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas implantados em escolas brasileiras públicas e privadas do ensino fundamental e médio que declararam ter ações preventivas. **Métodos:** trata-se de um estudo qualitativo composto por 41 entrevistas em profundidade. As entrevistas foram realizadas com diretores e coordenadores pedagógicos de escolas brasileiras. Os entrevistados foram selecionados por subamostra de um inquérito epidemiológico nacional que visou avaliar a presença de programas de prevenção em escolas das cinco regiões brasileiras. As entrevistas foram realizadas por meio do software Skype, gravadas em áudio e transcritas na íntegra, tendo sido utilizado um roteiro semiestruturado. Na análise dos dados utilizou-se o software NVIVO, e a interpretação do material coletado foi submetida à análise de conteúdo com o referencial teórico de Bardin. **Resultados:** foram identificadas duas categorias de ações de prevenção ao uso de álcool e outras drogas nos estabelecimentos de ensino: escolas que possuíam programas de prevenção propriamente ditos e escolas que realizavam atividades pontuais de prevenção. Foram identificadas 29 escolas (71%) que utilizavam programas de prevenção em suas unidades, enquanto as demais se valeram exclusivamente de atividades preventivas. O programa de maior prevalência aplicado nas escolas investigadas foi o Programa Educacional de Resistência às Drogas (Proerd), que foi aplicado em 54% (n=22) das escolas investigadas. Foram encontrados também outros programas de prevenção como o Nepre, Agrinho, Projeto diretor de turma, Protagonismo juvenil, Dignidade: uma conquista diária e o programa da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS). Em 20 escolas, atividades de prevenção foram combinadas com programas e, em outras 12, elas foram ofertadas como única ação preventiva. Foram utilizadas como atividades preventivas palestras, aulas, seminários, atividades lúdicas e visitas técnicas a clínicas de reabilitação. A droga psicotrópica mais mencionada nos programas e atividades foi o crack e a maconha. Nas entrevistas percebeu-se uma desinformação geral quanto às formas de avaliações dos programas. Além disso, os programas aplicados não possuem evidência de eficácia e não se baseiam em boas práticas preventivas. **Conclusão:** evidenciou-se que no Brasil, os programas de prevenção são confundidos com atividades preventivas. Os programas apresentados não seguiram as boas práticas de prevenção e não são baseados em evidências científicas. O resultado do estudo pode contribuir para apontar a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas nacionais que estimulem a implantação de programas baseados em evidências no currículo das escolas, evitando assim potenciais efeitos iatrogênicos da prevenção escolar.

Palavras-chave: Prevenção ao uso de drogas; adolescentes; escolas brasileiras; droga de abuso; estudo qualitativo.

Abstract

Objective: This study aimed to characterise alcohol and drug prevention programs employed by Brazilian public and private schools at the elementary and middle school levels. **Methods:** This is a qualitative study based on forty-one in-depth interviews conducted with directors and coordinators of Brazilian schools. Respondents were selected using a subsample of a national epidemiological survey aimed at assessing the presence of prevention programs in schools from five different regions. Interviews were conducted through Skype software, audio-recorded and transcribed, using a semi-structured script. In order to analyse data, NVivo software was used and interpretation of the collected material was subjected to further content analysis via Bardin's theoretical framework. **Results:** We identified two categories of actions to prevent the use of alcohol and other drugs in schools: schools that had proper *prevention programs* and schools that performed specific *prevention activities*. Twenty-nine schools (or 71% of the total) who used prevention programs in their units were identified, while others made use of preventive activities. The program most frequently implemented in the investigated schools was the Educational Program of Resistance to Drugs (Proerd), which was applied in 54% (n = 22) of the schools. Other prevention programs included Nepre, Agrinho, Projeto Diretor de Turma (*Class Principal*), Protagonismo Juvenil (*Youth Participation*), Dignidade (*Dignity*): a Daily Conquest and of the Municipal Health Secretary of Rio de Janeiro (SMS). In 20 schools, prevention activities were combined with prevention programs and 12 schools offered only prevention activities. Prevention activities were less prevalent than programs, appearing in twelve schools, and were combined with programs in twenty of them. Such preventive activities included lectures, classes, seminars, recreational activities and visits to rehabilitation facilities. The most mentioned psychotropic drugs in the programs and activities were crack cocaine and marijuana. In the interviews, a general lack of information on ways to evaluate programs was noted. In addition, the applied programs do not show evidence of being effective and do not rely on good preventative practices. **Conclusions:** It was demonstrated that in Brazil, prevention programs are confused with preventative activities. The programs analysed do not follow good practices regarding alcohol and drug prevention and are not based on scientific evidence. The results of this study can help point out the need for national public policy development in order to encourage the implementation of evidence-based programs in school curriculums, thus avoiding potential iatrogenic effects from school-based alcohol and drug prevention efforts.

Keywords: Prevention of drug use; adolescents; Brazilian schools; Drug abuse; qualitative study

Sumário

Dedicatória.....	vii
Agradecimentos	viii
Listas de tabelas e quadros	x
Listas de figuras	xi
Listas de abreviaturas e símbolos	xii
Resumo	xiii
Abstract	xiv
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 O Adolescente e o uso de álcool e outras drogas	19
1.1.2 Epidemiologia	20
1.1.3 O álcool	21
1.1.4 As outras drogas	23
1.2 A escola como promotora de saúde	25
1.3 Prevenção ao uso de álcool e outras drogas em ambientes escolares	27
1.4 Avaliação dos programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas em ambientes escolares	35
1.5 A realidade brasileira da prevenção ao uso de drogas nas escolas	37
2 OBJETIVOS	42
2.1 Objetivo Geral	42
2.2 Objetivos Específicos	42
3 MÉTODO	44
3.1 Tipo de Estudo	44
3.2 Obtenção da Amostra	44
3.3 Critérios de inclusão e exclusão	47
3.4 Entrevistas semiestruturadas	48
3.4.1 Instrumento	48
3.4.2 Coleta de dados	49
3.4.3 Análise dos dados qualitativos	49
3.4.3.1 Preparação do material	50

3.4.5 Procedimentos éticos	52
4 RESULTADOS	54
4.1 Dados sociodemográficos dos entrevistados	54
4.2 Programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas identificadas nas escolas brasileiras	57
4.3 Atividades de prevenção ao uso de álcool e drogas encontradas nas escolas brasileiras	64
4.4 Estratégias pedagógicas identificadas no ambiente escolar para a prevenção do uso de álcool e outras drogas	69
4.4.1 Inserção de atividades ou programa de prevenção PPP	70
4.4.2 Recursos didáticos	71
4.4.3 Adequar a linguagem à faixa etária	73
4.4.4 Conhecer as drogas psicotrópicas utilizadas no entorno escolar	74
4.4.5 As drogas que são mencionadas nos programas e atividades preventivas	76
4.4.6 Aplicadores das atividades e dos programas	77
4.4.7 Capacitação dos aplicadores	81
4.4.8 Recurso financeiro – o principal entrave à implantação e execução dos programas e atividades de prevenção	83
4.5 Fatores que influenciam na escolha de um programa de prevenção	85
4.5.1 Escolhas por programas institucionalizados pelos Governos Estaduais e Municipais	85
4.5.2 Programas que foram criados pela própria escola	87
4.5.3 Relevância do tema droga na escola	88
4.5.4 Construção de uma escola modelo	90
4.5.5 Militarização de escola	91
4.6 Participação dos docentes, familiares e da comunidade na prevenção ao uso de drogas	92
4.6.1 Participação dos docentes	92
4.6.2 Participação familiar	94
4.6.3 Participação da comunidade	95
4.7 Percepções sobre avaliação dos programas e atividades preventivas	99
4.7.1 Metodologias adotadas nas escolas para avaliação dos programas e atividades de prevenção	99

4.7.2 Resultados obtidos das atividades e programas de prevenção	101
5 DISCUSSÃO	105
5.1 Os programas de prevenção e as atividades preventivas	105
5.2 Características gerais dos programas de prevenção avaliados	107
5.3 As drogas que são mencionadas nos programas e atividades preventivas	110
5.4 Participação dos familiares e da comunidade na prevenção ao uso de drogas	112
5.5 Ausência de avaliação dos programas e atividades de prevenção existentes .	113
5.6 Principais programas de prevenção encontrados nas escolas brasileiras	113
5.7 Militarização de escola	115
6 CONCLUSÕES	118
7 REFERÊNCIAS	122
ANEXO 1 - Roteiro de entrevista qualitativa	142
ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética	145
ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa qualitativa .	147

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Adolescente e o uso de álcool e outras drogas

Etimologicamente a palavra “adolescente” deriva do latim *adolescere*, cujo significado remete a “crescer”, “brotar” (Teixeira, 2007). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária entre os 10 e 20 anos incompletos. Trata-se de uma fase de mudanças físicas, psíquicas e sociais do indivíduo (Saito et al., 2007).

A adolescência é uma fase importante no desenvolvimento do ser humano. Compreende a necessidade de integrar-se ao meio social em busca da formação da personalidade, identidade sexual e descoberta de novas sensações. Destacam-se também o crescimento emocional e intelectual, as relações interpessoais, as vivências de afetividade e sexualidade (Vieiro et al., 2015). Nessa fase, há uma transferência da referência familiar - central ao longo de toda a infância -, para a referência grupal, que não possuía tanta força durante a infância.

A busca de autonomia e de novas experiências longe da família e que, muitas vezes, contrariam a educação familiar, favorecem os comportamentos experimentais que podem contribuir para o desenvolvimento do adolescente, por exemplo, trabalhos sociais voluntários, participação em grupos culturais e esportivos ou prejudicá-lo, se houver associação a grupos desviantes ou o uso de drogas (Newcomb, 1995).

O desenvolvimento do cérebro humano é um processo complexo, caracterizado por alterações neuronais marcantes que ocorrem ao longo da adolescência (Spear, 2010; Casey et al., 2008), e o uso de álcool e de drogas interfere nas transformações neurais (Spear, 2014). Alterações hormonais são evidenciadas (Klein, Romeo, 2013) na aparência do corpo, no desenvolvimento das características sexuais secundárias, bem como no crescimento do indivíduo (Sisk, Zehr, 2005).

O cérebro, na fase da adolescência, sofre várias mudanças que influenciam decisões que expõem a possibilidade do uso de álcool e outras drogas psicoestimulantes entre os adolescentes (Johnston et al., 2012).

A OMS, em relação à saúde do adolescente, utiliza a medida de *Disability-adjusted life years* (DALYs) que significa “anos de vida ajustados por incapacidade”. A medida DALYs corresponde aos anos de vida saudáveis perdidos por diversos

problemas e que incluem: incapacidade física, problemas de saúde e morte prematura. Ainda segundo a OMS, o uso e abuso de álcool e outras drogas estão entre as cinco principais causas de DALYs, estratificados por idade, sexo e regiões em que moram. Nas Américas, Pacífico Ocidental e países com elevada renda, o uso de álcool e outras drogas é a principal causa DALYs entre adolescente de 15-19 anos do sexo masculino (WHO, 2014; Lim et al., 2013).

Nessa fase da vida, a principal vulnerabilidade está associada ao risco de uso das substâncias psicoativas com os objetivos de aceitação pelo grupo, busca de autonomia, fuga do controle parental, controle da própria vida e aproximação do sexo oposto (Corradi-Webster et al., 2009).

Na adolescência, o primeiro consumo de álcool e outras drogas ocorre em média entre os 12 e 14 anos de idade. Esse tem sido o principal comportamento de risco identificado entre os adolescentes brasileiros (Malta et al., 2011) e que evidencia a necessidade de programas de prevenção para as faixas etárias anteriores a essa iniciação (Sloboda, Bukoski, 2006; Robertson, David, Rao, 2003).

1.1.2 Epidemiologia

Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas no Brasil e no mundo apontam que o início do consumo ocorre principalmente na adolescência (Marques, Cruz, 2000).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) fornece dados epidemiológicos sobre o consumo de drogas por adolescentes desde a década de 1980. O VI Levantamento Nacional sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino realizado em 2010 mostrou que as drogas mais consumidas pelos estudantes de 10 a 18 anos de idade foram as bebidas alcoólicas e o tabaco, com prevalências de uso de 42,4% e 9,6%, respectivamente. Inalantes (lança-perfume, “loló” ou “cheirinho da loló”, cola de sapateiro) e maconha são as drogas ilícitas cujo consumo é mais prevalente nessa população. Entre as crianças pré-adolescentes (10 a 12 anos de idade), foram identificados consumo de drogas lícitas e ilícitas. Nessa faixa etária, 30% consumiram álcool e 6% afirmaram ter inalado substâncias ilícitas (Cebrid, 2010).

No Brasil, o uso de álcool e outras drogas pelos adolescentes nas escolas está associado ao período escolar noturno, desempenho escolar precário, maiores índices de reprovações e de faltas escolares (Tavares et al., 2001). O uso de substâncias psicoativas por parte dos adolescentes inclui outros comportamentos de riscos, tais como direção sob o efeito de álcool e envolvimento em conflitos que geram violência física (Pechansky et al., 2004).

O uso precoce de álcool e outras drogas causam consequências importantes no desenvolvimento cerebral e o risco aumentado para o desenvolvimento da dependência na idade adulta (Swendsen et al., 2012; Malmberg et al., 2010). Dessa forma, qualquer redução no consumo de álcool por adolescentes diminui problemas relacionados como, por exemplo, acidentes e dependências. Por isso, deve-se buscar esse propósito nos programas de prevenção (Foxcroft, Tsertsvadeze, 2012).

1.1.3 O álcool

O álcool é a substância psicoativa mais consumida entre adolescentes no Brasil e no mundo (Coutinho et al., 2016). De acordo com a literatura internacional, o início do consumo de álcool ocorre a partir dos 10 anos de idade e o pico está entre 13 e 14 anos (Stigler et al., 2016; Kosterman et al., 2000). Em estudos nacionais, a média de idade para o início do consumo de álcool é de 12 anos (Sanchez et al., 2013; Malta et al., 2011; Galduróz, Caetano, 2004). Antoniette et al. (2010) mostraram, de forma experimental, que o consumo precoce de álcool aumenta o risco de permanência do hábito de beber na fase adulta, como também de desenvolver transtorno abusivo de álcool (Grant et al, 2001; Hasin, Glick, 1992).

No Brasil, a obtenção de bebidas alcoólicas, em festas, bares e mesmo na família é muito fácil. Esses podem ser os fatores para a experiência precoce com o álcool, ainda que haja proibição da venda e oferta para menores de 18 anos (Paiva, Ronzani, 2009; Scholte et al., 2008; Galduróz, Caetano, 2004). Porém, tem-se observado nos últimos 30 anos, redução na prevalência do consumo de álcool entre adolescentes brasileiros (Sanchez et al., 2015).

Os adolescentes LGBTs apresentaram risco aumentado para uso recreativo e abusivo de álcool e outras drogas quando comparados à população heterossexual (Marshall et al., 2008; Russell et al., 2002; Blake et al., 2001; Faulkner, Cranston,

1998). Acredita-se que a explicação para a alta prevalência do consumo de álcool e drogas na população LGBT está relacionada à discriminação e experiências estressantes (Huebner et al., 2015).

Destaca-se ainda que os adolescentes bebem duas vezes mais em *binge* (5 doses de bebida alcoólica ou mais em uma ocasião) que os adultos (SAMHSA, 2008). Talvez o uso abusivo de álcool por parte dos adolescentes esteja associado à sensibilidade específica ao álcool, ou seja, os processos de desenvolvimento neuronal são mais sensíveis à presença de álcool e aumentam a predisposição dos adolescentes ao consumo abusivo de bebidas (Spears, 2014).

O consumo abusivo de álcool é um fator de risco para os adolescentes, pois aumenta o risco de consumo de tabaco e outras drogas ilícitas (WHO, 2004). Entre os jovens brasileiros, os transtornos relacionados ao uso de substâncias (TUS) é a quarta prevalência entre os transtornos mentais (11,4%) (Merikangas et al., 2010) e o álcool é a principal causa (Pechansky, Szobot, Scivoletto, 2004). A ingestão de álcool produz tanto efeitos sedativos quanto estimulantes e interfere nas condições cardiovasculares e motoras (Hendler et al., 2013). A exposição recorrente ao álcool em adolescentes, de acordo com o tempo e quantidade de exposição, induz alterações psicopatológicas e comportamentais, como alteração cognitiva e lesões aos neurônios (Spear, 2014), doenças hepáticas crônicas e intoxicação alcoólica (Binder, 2016).

Os danos causados pelo uso precoce de álcool e outras drogas são inúmeros. Em estudo recente, Conway et al. (2016) indicam transtornos mentais primários associados à progressão do uso de álcool e outras drogas pelos adolescentes. Eles sugerem que o tratamento primário é importante para prevenção de problemas secundários decorrentes do uso dessas substâncias. Além disso, o consumo de álcool entre os adolescentes contribui para a exposição a diversos riscos, dentre eles destacam-se a lesão por violência, tentativas de suicídios acompanhadas por distúrbios psiquiátricos, sexo desprotegido com riscos de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Por fim, há uma tendência mundial, principalmente nas Américas e na Europa de aumento no consumo de álcool (WHO, 2014).

1.1.4 As outras drogas

O tabaco é a segunda droga mais consumida por adolescentes na maior parte do mundo. No Brasil, esse consumo vem caindo nos últimos 20 anos como reflexo das políticas restritivas de venda e propaganda desta substância. Hoje, em média 9% dos adolescentes reportam uso de tabaco, sendo que este valor já foi de mais de 30% em algumas capitais, como Porto Alegre na década de 1990 (Sanchez et al., 2015).

Em contrapartida, no que se refere à maconha, o consumo é crescente. A maconha é vista pelos adolescentes como uma droga recreativa e segura. No Brasil, a percepção do adolescente com relação à maconha é de que ela é uma droga leve (Soares-Weiser, Weiser, Davidson, 2003). A prevalência de uso desta droga entre adolescentes brasileiros é de 5,8% (Carlini et al, 2010). O conhecimento sobre as implicações do uso e abuso da *Cannabis* na infância e adolescência torna-se importante uma vez que nesta fase o cérebro encontra-se em desenvolvimento. Estudos longitudinais com adolescentes expostos ao uso recorrente da *Cannabis* mostraram que esta droga pode produzir efeitos adversos sobre o sistema nervoso central como alteração da inteligência e da função cognitiva (Camchong et al., 2016).

Evidências científicas demonstraram que o consumo abusivo de maconha está associado a diversas condições neuropsiquiátricas, dentre elas a ansiedade. Estudos evidenciam que a *Cannabis* é um fator de risco e que os desfechos psiquiátricos estão associados a outros fatores sugerindo que a vulnerabilidade genética possa ser um dos principais (Onrust et al., 2016). Estudos também sugerem que a exposição de adolescentes ao delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC), o componente psicoativo da maconha, pode estar associada ao desenvolvimento de esquizofrenias na idade adulta (Renard et al., 2016).

No Brasil, a cocaína é considerada uma droga de baixa prevalência de uso na vida (2,2%) e no ano (1,8%) (Nappo et al., 2012). A cocaína pode interferir no desenvolvimento neurológico. O uso durante a adolescência pode causar atraso cognitivo na vida adulta e processos comportamentais que podem promover a dependência. O uso da cocaína aumenta as chances de depressão, que contribui para intensificar o uso impulsivo da droga (Pope et al., 2016).

A cocaína pode produzir dois efeitos: de curto prazo e de longo prazo. Os efeitos de curto prazo iniciam em poucos minutos após o consumo e desaparecem

dentro de uma hora. Os indivíduos que consomem a cocaína em pequenas quantidades apresentam-se eufóricos, em estado de alerta, com alterações visuais e auditivas, diminuição do sono e do apetite. Alguns começam a apresentar danos físicos e intelectuais. Efeitos físicos incluem o aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas, efeitos cardiovasculares importantes e aumento da temperatura. Nos efeitos de longo prazo, instala-se a dependência e o indivíduo passa a ter dificuldade em controlar o seu uso. O risco de recaída é grande nessa fase, mesmo que tempo de abstinência seja longo. O usuário começa a desenvolver tolerância à droga e necessita de doses cada vez maiores, que aumentam o risco de intoxicação. Começam a aparecer efeitos psiquiátricos como paranoia, quadro de alucinação entre outros (Nida, 2003).

No que se refere às substâncias alucinógenas, pouco se sabe sobre o consumo pelos adolescentes e os transtornos decorrentes (Wu et al., 2008). Os alucinógenos são substâncias naturais ou sintéticas que agem sobre o sistema nervoso central causando efeitos alucinatórios, por mecanismos de ação pouco conhecidos. Dentre os alucinógenos podem-se destacar a dietilamida do ácido lisérgico (LSD), fenciclidina (PCP), o ecstasy ou MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina), mescalina e psilocibina de cogumelos (NIAAA, 2007; SAMHSA, 2008). O MDMA talvez seja o alucinógeno mais nocivo à saúde uma vez que já existem evidências de seu efeito neurotóxico, além dos efeitos farmacológicos como estimulante e psicodélico (Wu et al., 2009). Os mecanismos moleculares da neurotoxicidade induzida pelo MDMA ainda são incertos, porém os efeitos neuropsiquiátricos residuais em decorrência do uso do MDMA são elevados (Gudelsky, Yamamoto, 2008; Gouzoulis-Mayfrank, Daumann, 2006).

Os danos secundários causados estão relacionados ao comportamento de risco como exposição às DSTs por ter relações sexuais desprotegidas, beber e dirigir, situações de violência (Pagano et al., 2016; Pentland, Hutton, Jones, 2005; Pechansky, Szobot; scivoletto, 2004), baixo rendimento, fracasso e evasão escolar (Bachman, 2008; Townsend, Flisher, King, 2007; Dewey, 1999).

Para Hopfer et al. (2013), desenvolver programas de prevenção escolar no início da adolescência, pode trazer reduções benéficas sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas na vida adulta e efeitos de proteção a comportamentos de risco no presente.

1.2 A escola como promotora de saúde

Ao longo de sua evolução a sociedade vem adotando medidas para controle de doenças (Silva et al., 2014; Paim, 2008). Das grandes mudanças históricas e do avanço do capitalismo surgiram avanços em diversas esferas, incluindo a econômica, social e política (Sobral, Freitas, 2010).

Com relação à saúde, as mudanças ocorridas ao longo dos séculos provocaram alterações no estilo de vida das pessoas. O conceito de saúde estabelecido pela OMS na Declaração de Alma-Ata ampliou-se para um estado de bem-estar físico, mental, social do ser humano e não o conceito reducionista de ausência de doenças (CNDSS, 2008; Teixeira, 2004). A saúde passa a ser um direito fundamental dos cidadãos, sendo assegurada sem nenhuma distinção de cor, religião, orientação sexual, ideologia política ou condições socioeconômicas (OMS, 2002).

A Declaração de Alma-Ata, formulada em 1978 na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde realizada na República do Cazaquistão, identificou os cuidados fundamentais para se reduzir as desigualdades da saúde no mundo. Os cuidados primários foram definidos como cuidados essenciais à saúde, baseados em intervenções que tenham evidências científicas (Alma-Ata, 1978; WHO 2008). O tema da primeira conferência foi “Saúde para todos no ano de 2000” onde as declarações tinham como objetivo traçar ações para diminuir a desigualdade social para serem adotadas em vários países. Para que as metas fossem atingidas, houve investimentos na atenção primária, peça central da promoção da saúde. O tema propôs os determinantes sociais de saúde, dentre os quais, o destaque para o uso e abuso de substâncias psicoativas (Buchele, Coelho, Lindner, 2009; Rumel et al., 2005; Mendes, 2000; Alma-Ata, 1978).

Em 1986, A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Otawa, no Canadá, que ficou conhecida como Carta de Otawa, elaborou uma série de princípios éticos e políticos e definiu a promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”. A promoção da saúde, como estratégia, vem sendo articulada com as demais políticas de saúde e com as tecnologias para que possam contribuir para as necessidades sociais em saúde

(Buss, Czeresnia, Freitas, 2003). A carta propõe que paz, renda, habitação, educação e equidade e justiça social são recursos indispensáveis para ter saúde.

A escola como promotora de saúde surge a partir dos princípios da Carta de Otawa, com apoio da OMS. Esse modelo escolar inclui “natureza integral da saúde”, equidade de gênero, envolvimento de toda a comunidade escolar, processo decisório participativo, sustentabilidade, adaptação cultural e inclusão de medidas que ampliem habilidades cognitivas e sociais (Moreira, Silveira, Andreoli, 2006). Através da interação diária e intensa entre alunos e professores, a escola oferece aos alunos educação e um espaço saudável para a promoção da saúde. Isto a torna um ambiente propício para estimular valores e atitudes positivas que desenvolvem conhecimentos e sentimentos, criam e transformam hábitos e práticas que permitem atingir estilos de vida saudáveis (Sigampa et al., 2005).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a promoção da saúde é uma prioridade. O espaço escolar é um local privilegiado onde congregam crianças e adolescente num momento de desenvolvimento e crescimento mais também profissionais da área de educação dentre outros profissionais (OPS, 2003).

Os investimentos efetivos na área de educação e saúde garantem melhorias da qualidade de vida dos indivíduos, de modo que a educação é uma estratégia importante na saúde pública e a saúde é um plano para que o indivíduo possa usufruir do processo educativo (Brasil, 2007).

A educação em saúde é um dos principais determinantes na construção de ações relacionadas a promoção da saúde com o objetivo de minimizar os motivadores e condicionantes do processo saúde-doença. Portanto, a escola passa ser um espaço de referência importante para crianças e adolescentes (Franco, Rodrigues, 2014).

O processo de articulação entre saúde e educação viabiliza o acesso à informação e chances de aprendizados para crianças e adolescentes no espaço escolar para que elas possam desenvolver suas habilidades individuais e sociais visando a melhoria da qualidade de vida (Lauro, Leite, Vargas, 2014; Buchele, Coelho, Lindner, 2009; Silva, Lopez, Campos Junior, 2007). A escola promotora de saúde foi definida baseada nos princípios da Carta de Otawa (Moreira, Silveira, Andreoli, 2006).

Em novembro de 2014, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) foi atualizada e reestruturada. Atualmente a PNPS é composta por oito eixos prioritários, sendo que dois deles tratam do abuso de álcool, tabaco e outras drogas.

Além disso, no Brasil há ainda, desde 2007 o Programa de Saúde na Escola (PSE) que é oriundo do Decreto nº 6286/2007, que articula os setores da educação e saúde, com objetivo de melhorar a qualidade em curto e médio prazo, da população de todo o país, em longo prazo. O programa é vinculado aos Ministérios da Saúde e da Educação e implantado nas escolas públicas de todo o país com o apoio da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A prevenção ao uso de álcool e outras drogas faz parte de um dos quatro componentes de ação do PSE e, de acordo com o Censo Escolar, cerca de 60% das escolas brasileiras trabalharam programas e projetos de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ano de 2009 (Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007). No entanto, não há dados sobre a real extensão destes programas, avaliação de eficácia, técnicas e atividades utilizadas, abrangência nas diversas faixas etárias, qualidade da preparação dos técnicos envolvidos, referências teóricas que direcionam o programa e, acima de tudo, se os programas, atividades e técnicas utilizadas são embasados em evidências científicas.

Assim como o consumo de álcool e outras drogas por parte dos adolescentes é um dos principais problemas sociais, o relatório anual de 2013 evidenciou um aumento na carga global de doenças nos adolescentes como consequência do uso precoce de álcool e outras drogas (Degenhardt et al., 2016). Desse modo, a promoção da saúde, como prevista na PNPS, deverá fortalecer seus eixos associados à prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas por adolescentes.

1.3 Prevenção ao uso de álcool e outras drogas em ambientes escolares

Nos tempos antigos, várias metodologias foram selecionadas para prevenção, tais como dados empíricos que fizeram as sociedades adotarem sanções preventivas não somente de forma intuitiva mais sim pela recomendação de chefes e da comunidade local. Atualmente, o conceito de prevenção tem aspectos científicos baseados na descoberta de agentes etiológicos e da epidemiologia (Bucher, 1995). O verbete “prevenir” significa “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite;

impedir que se realize" (Ferreira, 1999). Historicamente, Leavell e Clark (1978) definem a prevenção como uma intervenção antecipada, a fim de impedir o avanço de qualquer doença.

A prevenção pode ser definida como uma intervenção no sentido de evitar uma doença ou um agravamento à saúde, cujo objetivo é reduzir a prevalência e a incidência de um desfecho específico nas populações ou para fortalecer fatores de proteção e diminuir os fatores de riscos (Sanchez, 2014; Pereira et al., 2010). A ciência da prevenção tem como base a epidemiologia que é a ciência que estuda o processo saúde-doença, analisando a distribuição na população e os fatores associados, para propor medidas preventivas adequadas à diminuição dos danos causados pelas doenças (Sloboda, Petras, 2015).

A escola constitui um espaço de trocas e a transição entre a casa e o universo social da criança e do adolescente, por isso, justifica-se a implementação de programas de saúde dentro dos espaços escolares inseridos em seus currículos (Brasil, 2009).

Assim, a escola deve ser o espaço ideal para que as práticas preventivas possam ser realizadas, pois a maior parte da população cruza a escola com idade importante para adquirir o conhecimento, fortalecendo a capacidade de realizar programas de prevenção (Cossu et al., 2015; Tavares et al., 2001). Portanto, a escola passa a ser o espaço mais apropriado para as realizações dessas intervenções, oferecendo programas de educação em saúde para crianças e adolescentes (Midford et al., 2013). Essas intervenções devem consistir em reduzir os fatores de riscos aos quais os adolescentes são expostos e fortalecer os fatores de proteção apropriados ao estilo de vida. (Dalbosco et al.; 2013; Moura et al., 2007).

Os Programas de Prevenção Escolar para o Uso de Drogas (PPE) podem ser definidos como intervenções preventivas inseridas no currículo, compreendendo programas educacionais, programas psicossociais ou a junção de ambos com objetivo de reduzir o risco do consumo de álcool e outras drogas em crianças e adolescentes. As intervenções psicossociais envolvem habilidades psicossociais que visem à redução do risco do consumo. Já as intervenções educacionais melhoram a consciência dos perigos em uso da substância (Agabio et al., 2015). Um programa é definido um conjunto de atividades cujo intuito é atingir alguns objetivos propostos (Royse, 2010).

Segundo a *United Nations Office for Drugs and Crime* (UNODC), os programas de prevenção ao uso de drogas devem ser aplicados a crianças e adolescentes, especialmente as intervenções devem envolver a comunidade, um estímulo a participação ativa dos jovens e desenvolver atividades sobre diferentes tipos de drogas como foco nas interações sociais e habilidades de vida (UNODC, 2016).

Os programas mais eficazes de prevenção ao uso de drogas na atualidade são aplicados nas escolas (Hanley et al., 2010). Em contrapartida, os programas considerados efetivos, ou seja, que realmente reduzem o consumo de drogas ou retardam a iniciação do uso, são aqueles que mesclam diversos modelos e favorecem o desenvolvimento de habilidades para a vida em diversas dimensões (Robertson; David, Rao, 2003). A implantação de um programa de prevenção pode ser uma ferramenta importante na redução da prevalência do consumo de álcool e outras drogas em adolescentes e também pode atrasar o início do consumo (Malmberg et al., 2010).

Até a década de 90 existiam seis modelos básicos de programas de prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas, classificados da seguinte maneira (Carlini-Corim, Pinsky, 1989):

1. O Modelo do amedrontamento: que oferecia de maneira dramática informações que enfatizam as consequências negativas do uso de drogas.

2. O Modelo do conhecimento científico: que oferecia informações sobre drogas de modo imparcial e científico, permitindo que os jovens pudessem utilizar essas informações para tomar decisões racionais e bem fundamentadas sobre as drogas.

3. O Modelo de educação afetiva: que estimulava e valorizava a autoestima, a capacidade de lidar com a ansiedade, a habilidade de decidir e relacionar-se em grupo, acreditando que os jovens emocionalmente e psicologicamente saudáveis, correriam menos riscos de fazer um uso problemático de substâncias psicoativas.

4. O Modelo de estilo de vida saudável: que educava para uma vida saudável, com orientação para uma alimentação adequada, para atividades não propiciadoras de estresse, para uma vida sexual segura, para a prática de exercícios físicos, uso adequado de remédios e até para a escolha correta da pessoa que dirigirá o carro num passeio de grupo. Compunha um currículo em que a orientação sobre os riscos do uso de tabaco, álcool e drogas também se fazia presente. Discussão de temas mais gerais como meio ambiente, poluição e trânsito visando uma formação do

indivíduo consciente de algumas características problemáticas do mundo que o cerca e com capacidade de escolher uma vida mais saudável para si e sua comunidade.

5. O modelo da pressão positiva do grupo: identificava entre os adolescentes, os líderes naturais onde estes eram treinados para desenvolver ações preventivas. Neste modelo acredita-se que os jovens são capazes de liderar atividades de prevenção.

6. Oferecimento de alternativas: desenvolvimento de atividades profissionalizantes, esportivas, artísticas e culturais como atividades alternativas no ambiente escolar que sejam interessantes e saudáveis. Tem com o objetivo, proporcionar aos jovens, possibilidades de lazer, prazer e crescimento pessoal.

Uma classificação mais atual que tem sido feita considera a distinção dos programas em 3 eixos: oferta de conhecimento, influência social, programas cognitivo-afetivos. O programa de conhecimento tem como objetivo informar os alunos sobre os aspectos biológicos e psicológicos do uso das substâncias psicoativas, com finalidade de promover atitudes negativas frente ao uso. Os programas de influência social visam melhorar as habilidades sociais e de vida, cujo objetivo é diminuir a pressão do grupo que estimula o primeiro consumo. Finalmente os programas cognitivos e afetivos que têm como objetivo recuperar a autoconfiança e a autoestima dos adolescentes (Malmberg et al., 2010; Faggiano et al., 2008).

Alguns estudos têm discutido que as abordagens proibicionistas na prevenção do uso de álcool tem apresentado insucesso, além disso, tendo contribuído para o crescimento de uso de álcool e drogas por parte dos adolescentes, observados nas últimas décadas (Adade et al., 2014; Galduróz et al., 2010; Bastos et al., 2008). Essa evidência sugere que as políticas públicas descontinuadas, descontextualizadas, orientadas somente pela visão teórico-metodológico com características repressiva e meramente informativa, com a proposta de não consumo de drogas pode não ser a ideal.

Nessa perspectiva, a droga representa um mal que precisa ser exterminado e as pessoas são agentes passivos, vítimas e vulneráveis, indefesas perante as substâncias psicoativas precisando de proteção e orientação das entidades jurídicas e médicas (Adade et al., 2014; Bucher, 2007; Canoletti, Soares, 2005). Contraponto a essa perspectiva, a redução de danos propicia uma nova forma de compreensão de

intervenção e na prevenção ao uso de álcool e drogas (Soares, Jacobi, 2000; Carlini-Cotrim, 1992).

De acordo com Santos, Soares e Campos (2010) existem diferentes variações e formas de conceituação da redução de danos, diferindo nos campos disciplinares e seus contextos. A OMS define a redução de danos como uma estratégia de redução do consumo de álcool e drogas para que ocorra futuramente uma interrupção do consumo (WHO, 2004). Para Andrade et al. (2006) a redução de danos é uma política de saúde que tem como objetivo reduzir os prejuízos causado pelo uso problemático de álcool e outras drogas de natureza da saúde, social, psicológica e econômica, pautada na decisão do indivíduo e no seu direito de usar drogas, porém não pode ser entendida como uma incitação ao consumo de drogas e sim como o respeito individual de escolha.

Para a *International Harm Reduction Association* (IHRA), redução de danos se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo (IHRA, 2010).

A aproximação da abordagem da redução de danos com a educação, feita por Acserald (2005) parte da visão de uma educação autônoma, proposta por Freire (2008), afirmando que o aprendizado deve conter elementos críticos da sua realidade, ou seja, uma reflexão de todos os saberes. Portanto, nesta visão, o educando e educador são sujeitos ativos na construção do conhecimento, partilhando suas experiências e reflexões.

Antes do debate dos modelos de prevenção para uso de drogas em escolas, Leavell e Clark (1978), apresentaram um modelo de história da doença, onde ficou instituído três níveis de prevenção à saúde, que são: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Extrapolando esses conceitos para o consumo de drogas por adolescentes, a prevenção primária tem como objetivo evitar o primeiro consumo, sendo aplicável a indivíduos que não entraram em contato com o álcool e outras drogas pela primeira vez.

A prevenção secundária é destinada aos indivíduos que já fizeram uso ou fazem uso recreativo de álcool e outras drogas e têm como objetivo evitar o uso abusivo e o uso problemático, não permitindo que evolua para a dependência. A prevenção terciária é aplicada aos usuários que já fazem uso abusivo e se destina ao

tratamento por parte de profissionais especializados para redução do consumo problemático causado pelo uso de álcool e outras drogas, podendo ou não enfatizar a redução de danos.

Outra forma de classificar os níveis de prevenção, que não invalida a anterior, mas complementa é: prevenção universal, seletiva e indicada. A prevenção universal é ampla e se aplica a todos da população, independentes dos fatores de riscos. Nos ambientes escolares, cabe destacar as vantagens da intervenção universal que se destacam em: ser aplicável em alunos de diferentes faixas etárias e com isso nas diferentes séries; evitar a discriminação entre os alunos e em uma única intervenção pode reduzir ou evitar diversos problemas, entre elas o consumo de drogas, insucesso escolar, ansiedade e depressão (Peters et al., 2003; Evans, 1999).

A prevenção seletiva é direcionada para alunos ou população que apresenta mais de um fator de risco para o consumo de álcool e outras drogas. Não necessariamente se aplica a alunos que consumam, porém, àqueles que têm maior risco ou vulnerabilidade para o uso. A prevenção indicada se aplica aos indivíduos com comportamento de risco pelo uso de álcool e outras drogas ou que já apresentem sinais de uso problemático da substância psicoativa. A prevenção direcionada visa reduzir o consumo e melhorar a qualidade de vida do indivíduo (Foxcroft, 2014).

Em linhas gerais, a estratégia de prevenção ao uso de álcool e outras drogas em ambientes escolares está baseada em reduzir a demanda das drogas e os riscos associados. Porém o que define a prevenção é o estímulo ao desenvolvimento de fatores protetores do indivíduo e redução dos fatores de risco (Chávez, Andrade, 2005).

Os fatores de proteção e de riscos podem estar diretamente ligados ao indivíduo, família e sociedade (Nida, 2003), podem-se destacar os fatores protetores do indivíduo como elevada autoestima, crenças e valores; os fatores de riscos incluem pouca informação sobre as drogas, baixa autoestima e comportamentos agressivos. Por sua vez, os fatores protetores familiares, estão relacionados ao envolvimento familiar positivo, pais presentes e participativos. Como fator de risco, têm se: relacionamentos familiares frágeis, desarmonia doméstica, usam de álcool e outras drogas por parte dos pais. Fatores de proteção ligados à escola incluem, compromisso da escola, atividades extraescolares, alunos não usuários; fatores de riscos, baixa

qualidade da escola, envolvimento em atividade ilícitas e amigos usuários (Nida, 2003; Stigler, 2016)

A intervenção preventiva elaborada com o desenvolvimento do conhecimento científico leva em consideração que o uso de álcool e outras drogas é um problema que envolve a tríade biopsicossocial. Por várias décadas, quando se falava sobre prevenção de álcool e drogas, a intervenção era desenvolvida nos ambientes escolares, com informações sobre o assunto. As informações eram somente sobre o prejuízo da substância sobre o indivíduo.

Os técnicos abordavam o tema baseados nos efeitos danosos do álcool e drogas no aluno sem abordagens lúdicas ou outras técnicas. O Ministério da Educação, baseado nos principais das diretrizes de política educacional de prevenção ao uso de drogas, consideram as programações preventivas os contextos sociais, históricos, econômicos e culturais e a realidade do indivíduo no consumo e as motivações que levaram ao uso (Buchele, Coelho, Lindner, 2009).

Na descrição da literatura observa-se que os programas de influência social, mencionados anteriormente, parecem ter uma maior eficácia e apresentam mais efeitos positivos quando comparados com os programas de conhecimento e programas cognitivos (Malmberg et al., 2010; Cuijpers et al., 2002; Midford et al., 2002; Paglia, Room, 1999). Estudos anteriores mostraram que os métodos interativos têm maior eficácia quando comparados aos métodos não interativos na prevenção de uso de álcool e drogas (Malmberg et al., 2010).

A estratégia de prevenção baseada em evidência científica é importante para garantir a eficácia dos programas e evitar resultados prejudiciais (Faggiano, 2010) e, quando incorporam a família e a comunidade, possuem ainda mais chance de apresentarem melhores resultados (Ariza, 2013; Kumpfer et al., 2002).

De acordo com a UNODC, os resultados positivos para um programa de prevenção para pré-adolescentes e adolescentes dependem de métodos interativos, sessões semanais estruturados com 10 a 15 encontros, aulas com reforços durante vários anos, facilitadores treinados, práticas de habilidades pessoais e sociais (capacidade de tomar decisão e resistência para o consumo de substâncias psicoativas) e mostrar os riscos e danos causados pelas substâncias psicoativas enfatizando as consequências imediatas e relevantes (UNODC, 2016)

Ainda de acordo como este documento, os resultados negativos de um programa de prevenção compreendem metodologias não interativas, como palestras sendo a única forma de aplicação e oferecer apenas informações que reforcem o medo. Por muito tempo os programas de prevenção ao uso de drogas foram baseados em modelos de informação sobre os malefícios da droga, no conceito moral, entre outros. Atualmente, os modelos de prevenção se baseiam em uma compreensão mais socioecológica (Sanchez, 2014).

No entanto, é importante destacar que as autoridades educativas não devem acreditar serem as únicas responsáveis pela mudança dos comportamentos de saúde dos alunos, incluindo redução do uso de drogas. Na realidade, é papel primordial da escola ensinar habilidades, transmitir conhecimentos e estabelecer uma sólida base de valores em relação ao uso de drogas e outras questões de saúde, porém, é preciso ter claro que nem sempre é possível alterar comportamentos influenciados também por fatores extraescolares (UNODC, 2004).

Na implantação de cada programa é fundamental considerar as características de cada comunidade escolar, as diversidades dos alunos e dos usuários, o tipo de droga de maior consumo na região e o contexto local, permitindo que cada programa de prevenção seja adequado à realidade da escola (Wilson, Kolander, 2011).

Práticas preventivas devem proporcionar discussões das particularidades de um determinado contexto sociocultural, desenvolver formas de abordagens próprias e garantir a continuidade das ações preventivas para modificar o comportamento dos adolescentes em relação às drogas (Martini, Furegato, 2008). É importante que as famílias e a comunidade também assumam a responsabilidade e esforços para redução dos fatores de riscos e promoção dos fatores de proteção ao uso de drogas, proporcionando, assim, uma vida mais saudável às crianças e aos adolescentes (Wilson, Kolander, 2011).

A educação com base na prevenção é importante para todos. A educação tem como objetivo não só transmitir o conhecimento e sim conscientizar as pessoas com proposito de mudanças de seus paradigmas e conseqüentemente mudanças nas suas atitudes na com proposito de mudanças no comportamento consumo de drogas (Nogueira, 2010).

1.4 Avaliação dos programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas em ambientes escolares

As atividades que incluem o fornecimento de algum tipo de serviço ou intervenção, que podem incluir pessoas, famílias, pequenos grupos, organizações ou comunidades devem se utilizar de algum tipo de avaliação desses serviços usados como uma ferramenta de credibilidade da atividade profissional e garantia de que não estão prejudicando os envolvidos.

De acordo com a literatura internacional, diversas pesquisas na área de prevenção alcançaram um considerável número de publicações conceituais e empíricas com programas preventivos direcionados a crianças e adolescentes (Murta, 2011), mas ainda faltam estudos de avaliação dos programas.

Carvalho (1995) fez uma análise dos programas de prevenção ao uso de drogas de três décadas (1970, 1980 e 1990). O autor começa a discutir metodologias avaliativas no domínio da prevenção e propõe para o futuro um progresso satisfatório de instrumentos metodológicos para avaliar programas de prevenção.

Avaliar programas preventivos consiste em uma investigação aplicada cuja iniciativa técnica científico, das características e da excelência de um programa que são inseridos no contexto político-organizacional (Fink, 2005). A avaliação tem como objetivo contribuir para que os programas se tornem mais coerentes, por meios de análises sistematizadas que possam esclarecer seus efeitos, justificativas e repercussões sociais das intervenções aplicadas. Portanto, os resultados garantem tomadas de decisões como, por exemplo, a ampliação dos programas para outros contextos, interrompe-los se for necessário, cancelar seus trabalhos (Royse, 2010; Gremboswsk, 2001).

No âmbito internacional, obtiveram-se avanços nas pesquisas na área de prevenção onde se observou evidência da eficácia e efetividade das intervenções preventivas. Segundo a OMS (2004) diversos programas baseados em evidências científicas foram capazes de reduzir a incidência e o desenvolvimento de doenças mentais que devem ser incluídas em políticas públicas mundiais para a prevenção de transtornos mentais tais como, alimentares, depressão, suicídio e uso indevido de álcool e outras drogas. De acordo com a revisão sistemática de Abreu et al. (2016),

não foi encontrado nenhum programa de prevenção às drogas no Brasil com evidências científicas que garantam sua eficácia.

A eficácia de um programa preventivo é entendida como a identificação de efeitos positivos da intervenção obtidos em condições altamente controladas, enquanto a efetividade são os efeitos encontrados em situações do mundo real (Flay et al., 2005). Assim, programas eficazes e efetivos deverão ser alicerçados de acordo com os padrões teóricos de intervenção, planejamento sistemático e avaliação rigorosa de sua implementação (Murta, 2011).

A eficácia de um programa de prevenção está em reduzir a prevalência do uso de álcool e outras drogas na adolescência ou retardar o início do consumo (Malmberg et al., 2010)

Muitos programas preventivos são originalmente oriundos de países desenvolvidos. A adaptação transcultural e avaliação desses programas é um desafio para as nações emergentes que implementam em seus países. Assim, avaliar esses programas em países vulneráveis é extremamente importante pois podem sofrer adaptações ou sugerir alternativas (Stelko-Pereira, 2016)

A avaliação de programas de prevenção destinados ao uso de álcool e outras drogas objetiva investigar os desfechos, analisar a estrutura das atividades e as características da intervenção (Fink, 2005; Gremboswsk, 2001).

De acordo com Windle e col. (2008) a avaliação de programas de prevenção ao uso de drogas pode estar dificultada pela exposição dos jovens aos diferentes contextos: acadêmico (escola, professores e colegas), familiar, religioso, cultural, social e econômico. Afora isso, trata-se de uma fase de intensa mudança interna do adolescente. Em um estudo avaliativo sobre prevenção ao uso de drogas, Monteiro et al. (2003) verificaram que a iniciação do uso de drogas psicoativas relaciona-se aos seguintes fatores: vulnerabilidade à pressão do grupo, fácil acesso as drogas, curiosidade de experimentação, desconhecimento dos efeitos das drogas, desconhecimento do uso, ainda que descontinuo, pode levar a dependência e falta de diálogo franco tanto em âmbito familiar quanto na escola. Desse modo, no entender desses estudos, nem a família e nem a escola tem contribuído para impedir o consumo precoce a essas substâncias.

Um estudo conduzido por Pavani et al. (2009) com 1041 estudantes do ensino médio realizado no interior do Estado de São Paulo, os autores verificaram 93,1% dos

estudantes avaliaram o programa como muito útil e útil. Deve-se considerar que pais e professores exerceram influência positiva no aprendizado sobre as drogas, como também seriam os escolhidos para os estudantes conversarem sobre drogas. Ainda neste estudo pode-se observar que os professores e os pais interferiram de modo positivo para a redução de consumo de álcool na semana, uso de cigarros no mês, uso de maconha no mês e uso de drogas (cocaína, crack, alucinógeno estimulantes) no mês.

Com relação à importância da avaliação de programas de prevenção ao uso de álcool e drogas em ambientes escolares espera-se que eles sejam conduzidos com certa flexibilidade e com uma diversidade metodológica. Não existe uma metodologia específica para ser utilizado na pesquisa, porém o uso de abordagens mistas que reuni técnicas qualitativas e quantitativas e outras abordagens complementares tem sido utilizado em estudos avaliativos (Minayo, Assis, Souza, 2005).

1.5 A realidade brasileira da prevenção ao uso de drogas nas escolas

Em se tratando de programas de prevenção brasileiros, a literatura ainda é bem tímida. Apesar de o Brasil, nos últimos 25 anos, ter estabelecido certa tradição na execução de levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de drogas por estudantes de ensino fundamental e médio (Cebrid, 2010), a prevalência e as características de programas de prevenção desenvolvidos nestas escolas ainda é desconhecida. Na prática, o que se nota é o desenvolvimento intuitivo de atividades sobre drogas em sala de aula ou debates com ex-usuários, contrariando as evidências científicas atuais que apontam para a ineficácia deste tipo de modelo quando utilizado de maneira isolada e não contextualizada (Sloboda, Bukoski, 2006).

Nos Estados Unidos, apesar desses esforços políticos de divulgação e suporte federal na implantação de programas de prevenção em escolas, apenas 35% de escolas públicas de ensino médio e 13% das escolas particulares estavam usando um dos 10 currículos de prevenção classificados como eficazes por estudos de meta-análise (Ringwalt et al., 2002). Além disso, neste país, aparentemente as secretarias de ensino são mais influentes do que a direção da escola na seleção dos currículos de prevenção que serão implantados nestes estabelecimentos (Ringwalt et al., 2004).

No Brasil, como medida amplamente conhecida, as escolas têm recebido gratuitamente o Programa Educacional de Resistência às Drogas (Proerd), realizado pela polícia militar de alguns estados brasileiros. O programa veio da adaptação criando nos Estados Unidos chamado de Projeto *Drug Abuse Resistance Education* (Dare). O Dare surgiu em 1983, quando o Departamento de Polícia de Los Angeles-EUA, realizou um estudo com dados estatísticos sobre a ocorrência de drogas entre crianças e jovens da cidade de Los Angeles e que se percebeu que a repressão não estava atingindo os objetivos propostos. A partir dessas experiências, o departamento de polícia junto ao distrito escolar da cidade de Los Angeles, criou-se o Dare, sob a supervisão da coordenação pedagógica de Ruth Riche, utilizando material pedagógico adequado à faixa etária de crianças entre 9 a 12 anos de idade (Constantino, 2007; Silva, Gimeniz-Paschoal, 2010)

Em um estudo qualitativo brasileiro conduzido Demétrio e col. 2013 no Brasil, avaliou-se o Proerd como política pública no ensino fundamental em um município de Laranjeiras do Sul no Paraná, os autores chegaram a conclusão que o Proerd atinge seus objetivos visando a prevenção às drogas e aborda uma sugestão para extensão aos demais series como o ensino médio, porém, a metodologia do estudo não permite avaliar eficácia e efetividade do programa. Observa-se também que os estudos de metanálises não têm evidenciado eficácia deste modelo Dare/Proerd na redução do consumo de drogas no mundo (Pan, Bai, 2009).

Destaca-se ainda que os professores brasileiros aparentemente não estão preparados para lidar com o tema e nem sempre estão convencidos de seu papel em programas escolares de prevenção. Apesar desses profissionais reconhecem que são formadores de opinião, não se consideram habilitados para abordar o tema drogas com os seus alunos. Atribuem essa dificuldade a falta de três fatores: informação, interesse e habilidade (Ferreira et al., 2010).

Dados semelhantes aos dos professores foram observados em outro estudo entre coordenadores pedagógicos de escolas municipais. Esses profissionais apresentam discursos de impotência e paralisia frente ao aluno usuário de drogas, não sabendo como reagir ao consumo que muitas vezes ocorre dentro da própria escola. O medo decorrente da associação real ou imaginária do usuário de drogas com a marginalidade e as condições precárias de trabalho dos coordenadores pedagógicos e professores dificulta o desenvolvimento de um programa de prevenção

mais sólido e baseado em evidências científicas (Moreira, Silveira, Andreoli, 2006). Porém, o engajamento dos dirigentes das escolas é necessário para efetividade da implantação de estratégias de prevenção ao uso de drogas neste ambiente (Ronzani et al., 2009).

Ribeiro (2005) destaca que aparentemente a maioria das escolas não possui um projeto continuado de prevenção e tampouco desenvolve atividades adaptadas à realidade dos alunos. Isto ocorre pelo fato de grande parte dos professores não ser preparada para lidar com o tema.

Além disso, e em linhas gerais os programas escolares brasileiros visam somente fornecer informações sobre drogas e suas consequências. A maioria dos programas é desenvolvida no eixo Rio - São Paulo e suas avaliações são feitas pelos próprios professores, sem metodologia científica e desenho que permita avaliação de resultados (Canolett, Soares, 2005).

Um programa que tem sido implantado em diversos estados brasileiros como política do Ministério da Saúde é o *#Tamojunto*, originalmente chamado *Unplugged*. A escolha deste programa europeu se deu pela evidência de resultados promissores a partir de estudos controlados randomizados multicêntricos, onde se evidenciou resultados efetivos para o retardo no primeiro consumo de drogas e redução no consumo de álcool em jovens (Faggiano et al., 2010; Vigna-Taglianti et al., 2009; Faggiano et al., 2008; Eu-dap, 2006).

Um estudo avaliativo do *Unplugged* no Brasil mostrou que, apesar de bem aceito no Brasil, o programa precisava de amplas adaptações para ser incorporado no currículo das escolas públicas. O tempo de aulas não era suficiente para completar as atividades e diversas atividades não foram compreendidas pelos alunos (Medeiros et al., 2016).

Durante o século XX, o Brasil passa a integrar em suas pautas, as políticas públicas sobre drogas (Brasil, 2010). Na convenção de Haia em 1911, estabeleceu-se o controle na comercialização de ópio, morfina e cocaína. O Brasil incorporou esse tratado e em 1914 criou o Decreto nº 2.861/1914 que reafirmava adoção de medidas criminais contra o comércio de drogas no país. Com todas essas mudanças, foi criado o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), que logo foi extinto em 1998, e substituído pela a Secretaria Nacional Antidrogas, hoje Secretaria Nacional de Políticas de Drogas (Senad), cujo objetivo era traçar e articular planos e políticas sobre

drogas no Brasil (Observatório Brasileiro de Informações sobre Droga, 2011). Portanto, a Senad criada a partir da medida provisória nº 1669, de 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011 é a executora da política pública brasileira sobre drogas (Brasil, 2016).

Com a formação da Senad, o governo brasileiro passou a disponibilizar vários cursos de formação na área de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, como o Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependências de Substâncias Psicoativas: Encaminhamentos, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento (Supera), conselheiros e lideranças comunitárias, curso para educadores de escolas públicas, líderes comunitários, voluntários profissionais e gestores de comunidades terapêuticas, todos gratuitos nos formatos de ensino à distância (EAD) em parceria com as universidades federais de São Paulo, Santa Catarina e Brasília (Brasil, 2016).

Diante do exposto, fica clara a necessidade de uma caracterização daquilo que vem sendo implantado nas escolas brasileiras, denominado de programa de prevenção ao uso de drogas a partir da ótica dos professores ou coordenadores destas ações escolares.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar os programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas implantados em escolas brasileiras públicas e privadas do ensino fundamental e médio que declaram possuir ações preventivas.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as escolas que empregam tantos programas de prevenção quanto atividades de prevenção;
- Identificar as estratégias pedagógicas desenvolvidas no contexto escolar para prevenção do uso de drogas psicotrópicas;
- Analisar os fatores que favorecem a escolha de um programa de prevenção em uma escola;
- Verificar a participação dos docentes e gestores de toda a comunidade escolar no programa ou atividade de prevenção;
- Analisar a percepção dos respondentes sobre a avaliação dos programas e atividades implantadas em suas escolas.

MÉTODO

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo com análise de conteúdo (Bardin, 2004) para a avaliação dos programas de prevenção ao uso de drogas desenvolvidos em escolas brasileiras, com dados coletados no ano letivo de 2014. O delineamento foi baseado nos estudos de Ringwalt et al. (2002) para o levantamento nacional norte-americano *School-Based Substance Use Prevention Programs Study* (SSUPPS), financiado pelo *National Institutes of Health* (NIH).

3.1 Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa, exploratória, na qual se realizou análise dos dados relativos às entrevistas semiestruturadas em escolas brasileiras que apresentaram programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas ou qualquer atividade de prevenção.

A pesquisa qualitativa mesmo trabalhando com aspectos subjetivos, amplos e com profundidade de detalhes pode chegar a resultados objetivos (Codato, Nakama, 2006), pois não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou um fenômeno social (Patton, 2001; Hudelson, 1994).

3.2 Obtenção da amostra

A obtenção da amostra qualitativa ocorreu por seleção de casos com base em um banco de dados de levantamento epidemiológico com 1151 escolas das cinco regiões brasileiras, realizado entre os anos de 2013 a 2014. As escolas participantes deste estudo epidemiológico foram selecionadas por sorteio aleatório simples a partir do Cadastro Nacional das Escolas de Educação Básica, Censo Escolar de 2012, que é o dado oficial do governo federal, fornecido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep).

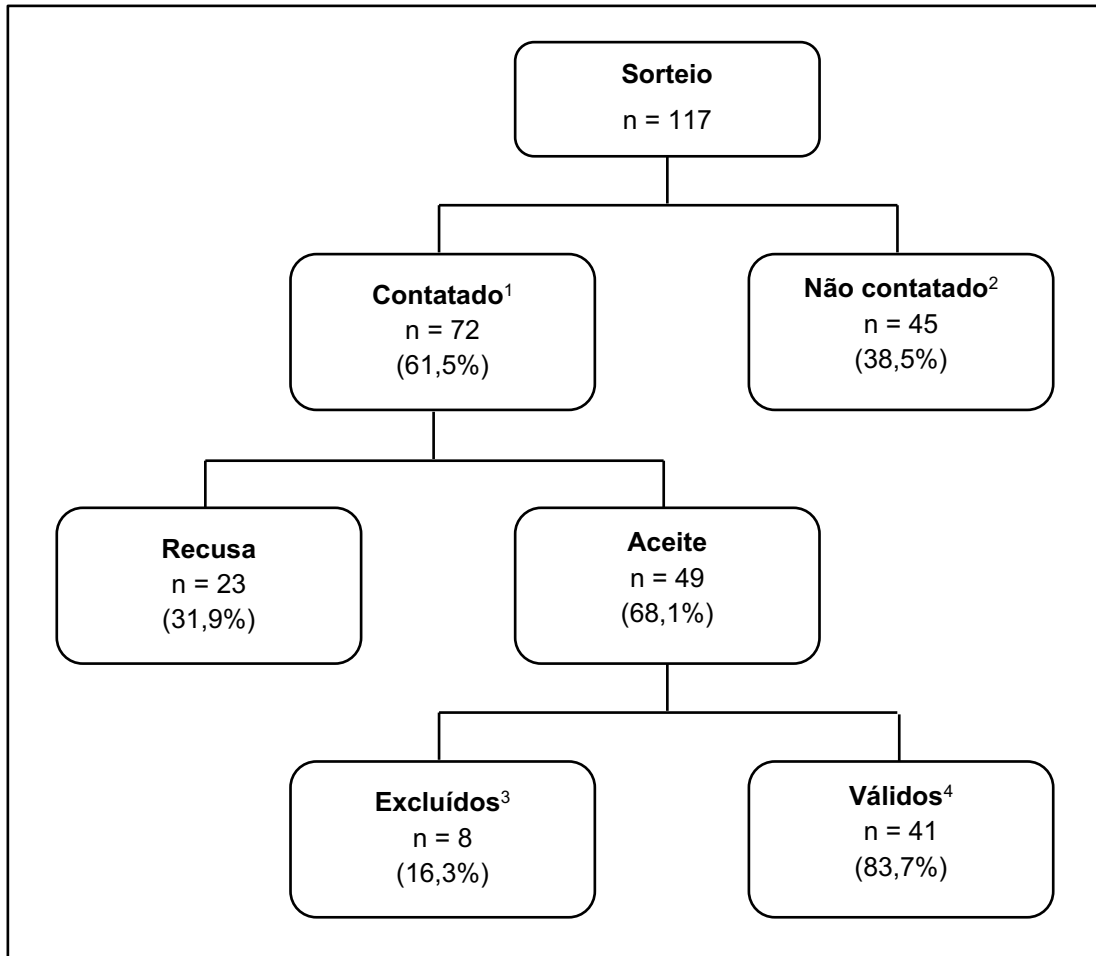
Do banco de dados quantitativo, foram selecionadas todas as escolas que responderam positivamente às perguntas sobre “possuir programas de prevenção ao uso de drogas na escola” E possuir “mais de cinco anos de implantação” do programa,

e que tinham mais de 50% do seu questionário quantitativo preenchido. Dessa forma, a amostragem foi feita com casos ricos em informação (Patton, 2001), ou seja, foram escolhidos como potenciais casos para o estudo qualitativo as escolas que evidenciaram possuir programa de prevenção por um tempo suficiente para que a experiência colaborasse com informações sólidas para a compreensão do fenômeno.

Neste caso, apesar de a unidade amostral ser a escola, o respondente do estudo qualitativo foi o diretor, coordenador pedagógico ou professor responsável pela implantação do programa. Nos estudos qualitativos, a formação da amostra pode ser utilizada por técnicas especiais de amostragem como a participação dos sujeitos do estudo selecionados previamente de acordo com os critérios de inclusão que favoreçam mais conhecimento sobre o fenômeno investigado (Patton, 2001).

O tamanho da amostra em uma investigação qualitativa deve ser o suficiente para garantir a inclusão de todos os perfis a serem analisados e que satisfaçam os critérios estabelecidos. Esse fato foi garantido com a inclusão de 41 entrevistas válidas e pode ser detectado quando os entrevistados chegaram à redundância em suas respostas. Isto é, quando todas as fontes potenciais de variação tenham sido exploradas, nenhuma nova informação foi descoberta (Patton, 2002; WHO, 1994). A redundância ficou clara em torno da 30ª entrevista, mas optou-se por se continuar as entrevistas para garantir um número mínimo de 6 entrevistas em cada região socioeconômica brasileira.

Do total de 117 escolas do banco de dados quantitativo que preencheram os critérios de inclusão para potencialmente participarem da amostra qualitativa, não se obteve resposta sobre aceite ou recusa em 45 (38,5%) delas. Dentre as 72 (61,5%) escolas contatadas, 23 (31,9%) dirigentes se recusaram a participar das entrevistas. Participaram do estudo qualitativo 49 (68,1%) sujeitos (entre diretores, coordenadores e professores) e oito entrevistas foram excluídas por inconsistências nas informações. Dessa forma, analisaram-se no presente estudo 41 entrevistas, como pode ser observado na Figura 1.



1. Contatos telefônicos concluídos, projeto apresentado e convite à participação enviado.
2. Contatos telefônicos sem sucesso após diversas tentativas (número inexistente e chamadas não atendidas).
3. Entrevistas excluídas das análises por não preencherem efetivamente os critérios de inclusão propostos inicialmente.
4. Entrevistas válidas e analisadas.

Figura 1. Fluxograma da amostra de escolas brasileiras participantes do estudo qualitativo

Na Figura 2 e Tabela 1 pode-se observar a distribuição das escolas que participaram das entrevistas por estado brasileiro. De acordo com a Figura 2, nota-se que a maior participação foi a de escolas da região Sul.

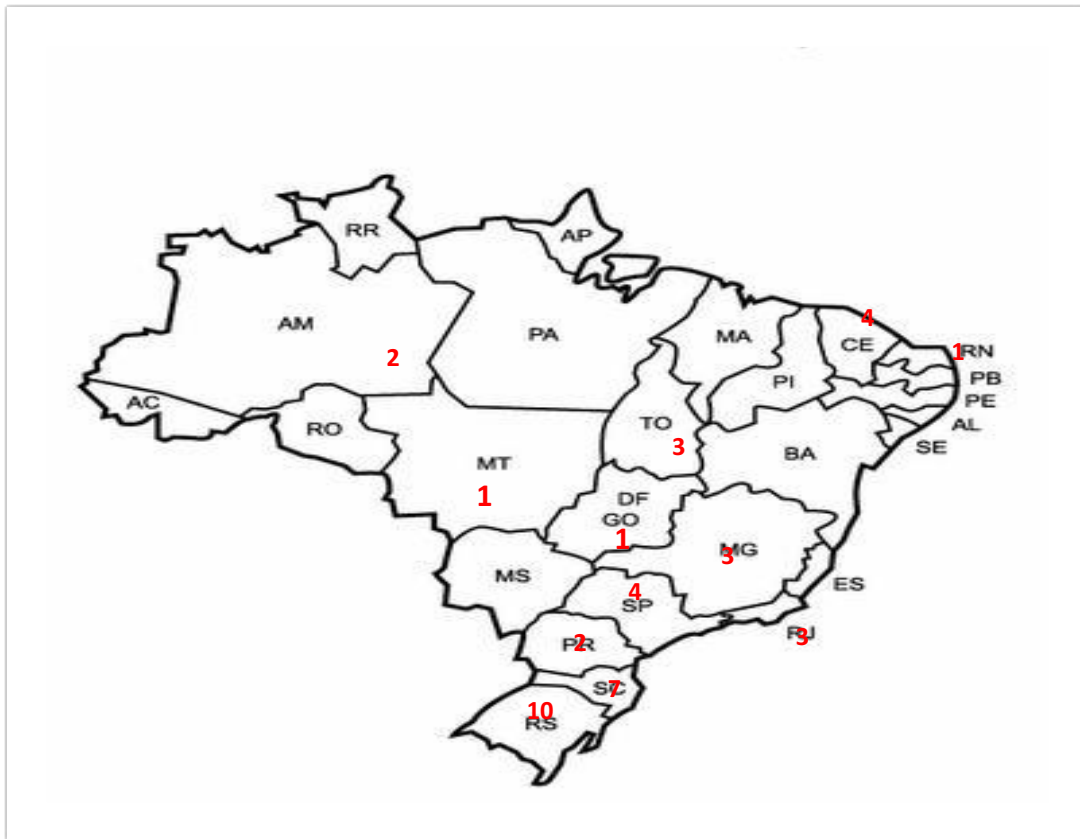


Figura 2. Mapa do Brasil e a distribuição das escolas por estado (n=41)

Tabela 1. Distribuição das entrevistas por regiões brasileiras

Regiões brasileiras	Contato realizado	Aceite	Válidas
Norte	7	6	5
Nordeste	9	6	5
Sul	27	20	19
Sudeste	20	12	10
Centro-Oeste	9	5	2
Brasil	72	49	41

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Preencheram os critérios de inclusão, escolas públicas e privadas de ensino fundamental II e médio, escolas que responderam aos questionários previamente do banco quantitativo e disseram ter programas em suas escolas, como também escolas

que desenvolviam atividades de prevenção. Foram excluídas da amostra as escolas que não responderam o questionário do banco quantitativo previamente, escolas rurais, escolas dentro de presídios e escolas que não faziam nenhuma modalidade de prevenção ao uso de álcool e outras drogas.

3.4 Entrevistas semiestruturadas

3.4.1 Instrumento

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade baseadas em roteiro. O roteiro foi elaborado alicerçado em questionário de autopreenchimento do banco quantitativo, mas tornando as questões mais detalhadas e abertas (Anexo 1).

O roteiro para a coleta de dados foi misto, ou seja, formado por algumas questões previamente padronizadas e outras elaboradas no decorrer da entrevista. As questões padronizadas tiveram por finalidade permitir a comparabilidade de respostas, reduzir a interferência do entrevistador na investigação e facilitar a organização e análise dos dados. As outras questões surgiram para esclarecer tópicos particulares originados em cada entrevista, permitindo aprofundamento de modo a aumentar a compreensão da problemática da investigação (WHO, 1994).

O roteiro de entrevista apresentou oito tópicos centrais, totalizando 60 perguntas. Os tópicos foram divididos com a finalidade de alcançar o objetivo dessa pesquisa de acordo com a descrição a seguir: 1. Dados sociodemográficos: composto de sete questões com informações gerais e descrições sobre as condições sociais e de trabalho do entrevistado; 2. Consumo de drogas: composto por três questões; 3- Implantação do programa de prevenção: composto de duas questões sobre as ações e implantação dos programas de prevenção; 4. Características do programa: composto de oito questões que avaliaram as práticas dos programas propostas pela escola; 5. Participação dos professores e comunidade escolar: composto de seis questões que avaliaram de que forma ocorre a participação de cada um dos envolvidos na escola; 6. Práticas do programa: composto de três questões que avaliavam como o programa foi executado e quais os materiais envolvidos; 7. Evidências científicas: composto de cinco questões que avaliaram os aspectos detalhados de como foi o programa, abordagem científica e referencial teórico para

sua implantação; 8. Avaliação da eficácia do programa: composto de sete questões para entender o sucesso ou fracasso do programa de prevenção na escola; 9. Prevenção curricular: composto de duas questões que avaliou a opinião do entrevistado sobre a experiência do programa de prevenção na escola; 10. Proerd: composto de 14 questões, com o propósito de compreender se a escola aplicou o Proerd e opinião oriunda dessa prática ou a opinião de escolas que não tinham o Proerd. 11. Saúde na escola: composto de três questões que avaliou a presença do PSE na escola.

3.4.2 Coleta de dados

Em se tratando de amostra nacional, as entrevistas foram realizadas via Skype ou telefone convencional originados do Estado do Rio de Janeiro. O áudio das entrevistas foi totalmente gravado e transcrito na íntegra, conforme prediz a técnica qualitativa (Creswell, 2009).

Pela limitação financeira e pela distância territorial, é complexo atingir os entrevistados em seus locais de trabalho, quando se quer ter uma amostra nacional. No entanto, com o advento tecnológico nas últimas décadas, principalmente com o incremento da internet, várias experiências foram desenvolvidas em entrevistas qualitativas on-line, reduzindo os problemas com distância e mobilidade física do entrevistador (Hooley, Wellens, Marriott, 2012).

A utilização da ferramenta Skype, revolucionou as entrevistas convencionais da modalidade face a face. Além de ser usada em entrevistas individuais, a ferramenta Skype pode ser utilizada em pequenos grupos focais (Janghorban, et al., 2014).

Foi feito o contato por e-mail e contato telefônico para agendamento das entrevistas das pessoas que leram e aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), respeitando os horários e disponibilidade dos respondentes.

As entrevistas foram realizadas durante o segundo semestre de 2014 (de agosto a dezembro), com agendamento prévio e duraram em média 45 minutos.

3.4.3 Análise dos dados qualitativos

Os áudios transcritos na íntegra foram submetidos à análise de conteúdo com referencial teórico proposto por Bardin (2004). Inicialmente realizaram-se leituras flutuantes das entrevistas, de modo a entrar em contato exaustivo com o material. Após a primeira fase, procedimentos exploratórios foram empregados de forma a permitir que hipóteses pudessem surgir.

A preparação do material, fase em que as entrevistas foram desmembradas e agrupadas de acordo com os tópicos e questões, e com base na análise desse material, procedeu-se à categorização da informação, identificando-se os perfis distintos de opiniões e atitudes em relação ao tema; por último procedeu-se ao tratamento dos resultados, que foram submetidos a operações simples, como porcentagens que permitiram colocar em destaque as informações obtidas quando necessário. Foram realizadas as inferências, interpretações e hipóteses em relação ao tema investigado (Bardin, 2004). Toda a análise qualitativa foi realizada com o auxílio do software NVivo versão 9 (Gibbs, 2007). Esse programa facilitou o armazenamento do material transcrito, organização e codificação das entrevistas (Patton, 2001).

3.4.3.1 Preparação do material

A composição do código foi feita pela inicial E (escola) e o número da ordem de colocação de entrevistas realizadas. Assim, o código E1 refere-se a primeira escola da amostra.

Quadro 1. Distribuição das escolas por estado brasileiro e rede de ensino

Escola	UF	Tipo de escola
E1	RJ	Municipal
E2	RJ	Municipal
E3	SP	Municipal
E4	SP	Municipal
E5	SP	Municipal
E6	RJ	Estadual
E7	MG	Estadual
E8	MG	Estadual
E9	SP	Estadual
E10	MG	Estadual
E11	GO	Estadual
E12	MT	Estadual
E13	CE	Estadual
E14	CE	Municipal
E15	TO	Estadual
E16	TO	Municipal
E17	TO	Municipal
E18	AM	Privada
E19	RN	Privada
E20	CE	Federal
E21	AM	Estadual
E22	SC	Estadual
E23	RS	Municipal
E24	SC	Estadual
E25	RS	Estadual
E26	RS	Estadual
E27	SC	Estadual
E28	SC	Estadual
E29	RS	Municipal
E30	RS	Municipal
E31	RS	Municipal
E32	RS	Privada
E33	SC	Privada
E34	SC	Privada
E35	RS	Estadual
E36	SC	Municipal
E37	PR	Estadual
E38	RS	Municipal
E39	PR	Privada
E40	TO	Estadual
E41	RS	Municipal

3.4.5 Procedimentos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e na Plataforma Brasil sob o parecer CEP 668.375 (mantido Anexo 2), além de contar com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Os respondentes que aceitaram a participação na fase quantitativa receberam o consentimento on-line no início do projeto e novamente na fase qualitativa (consentimento digitalizado).

Os entrevistados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviados previamente por e-mail. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também foi lido no momento da entrevista e gravado em áudio, como também o respondente poderia “aceitar” ou “não aceitar”. Em todas as escolas foi garantido o anonimato e em nenhum momento os dados serão divulgados de maneira a permitir identificação da escola participante.

O conteúdo da Declaração de Helsinki foi respeitado em todas as etapas do projeto.

Aqueles que consentiram à participação receberam em suas instituições apostilas sobre prevenção ao uso de drogas nas escolas e o livreto do Cebrid.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Das análises, observou-se que emergiram duas situações conceituais sobre prevenção ao uso de álcool de outras drogas nos estabelecimentos de ensino: escolas que possuíam programas de prevenção propriamente ditos e escolas que realizaram atividades de prevenção ou atividades preventivas.

As escolas que foram identificadas como portadoras de programas de prevenção possuíam em suas estruturas, características próprias de programas tais como, continuidade no ano letivo, sistematização, treinamento de habilidades e diferentes abordagens. No que concerne às atividades de prevenção, foram identificadas como eventos pontuais sobre o uso e o abuso de álcool e outras drogas em ambientes escolares, sem continuidade no período letivo.

Nesta seção dos resultados foram apresentados tanto os programas quanto as atividades de prevenção, analisando-se cada uma de suas características e ações.

4.1 Dados sociodemográficos dos entrevistados

A amostra qualitativa foi composta por 41 profissionais da área de educação de escolas públicas e privadas do Brasil, de ambos os sexos, com faixa etária entre 26 e 58 anos, escolaridade mínima de graduação, exercendo funções de professores, coordenadores, orientadores pedagógicos, vice-diretores ou diretores, diretamente envolvidos em atividades relacionadas à prevenção e ao uso e abuso de álcool e outras drogas. O perfil demográfico consta na Tabela 2.

Observa-se na Tabela 2 maior frequência de entrevistados do sexo feminino (75,6%), com faixa etária média entre 40-50 anos (56%) e predomínio de formação em nível de especialização lato sensu (65,9%). A maioria dos entrevistados (63,4%) exercia o cargo de coordenador pedagógico nas escolas entrevistadas. A carga horária de trabalho média foi de 37,4 horas/semanais. Todos relataram que 1/3 de sua carga horária semanal foi destinado às tarefas de prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas. O tempo médio de exercício da profissão foi de 17 anos.

Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos entrevistados em escolas do Brasil (n=41)

Características	n	%
Sexo		
Masculino	10	24,4
Feminino	31	75,6
Faixa etária		
Até 26 anos	1	2,4
27-40 anos	8	19,5
40- 50 anos	23	56,0
Acima de 50 anos	9	21,9
Grau de escolaridade		
Graduação	8	19,5
Latu sensu (especialização)	27	65,9
Stricto sensu (mestrado ou doutorado)	4	14,6
Cargo na escola		
Professor	6	14,6
Coordenador pedagógico	26	63,4
Diretor	9	21,9
Carga horária de trabalho (horas)		
Média	37,4	

Nas escolas nas quais os profissionais da educação possuíam *stricto sensu*, havia um plano de cargos e salários que favorecia a sua titulação. Nas demais, em que havia professores somente com cursos de especialização (*latu sensu*), não existia esse dispositivo para gratificações salariais.

Com relação aos cargos de ocupação na escola, observou-se predomínio das equipes pedagógicas que incluíram o coordenador pedagógico, supervisão pedagógica e a orientação pedagógica, totalizando 63,4% dos entrevistados. Diretores representaram 21,9% dos entrevistados e tinham como função incentivar e apoiar as equipes nos trabalhos. Por sua vez, os professores, representaram 14,6% da amostra e estavam diretamente ligados às atividades de organização e execução de tarefas de prevenção em sala de aula.

A pesquisa envolveu escolas públicas e privadas, do ensino fundamental e médio. As características dessas escolas podem ser observadas na Tabela 3.

Tabela 3. Características das escolas brasileiras que fizeram parte desta pesquisa (n=41)

Características	n	%
Nível de ensino ofertado		
Fundamental	25	61
Fundamental e médio	6	15
Médio	10	24
Instituição de ensino		
Estadual	15	36,5
Municipal	19	46,3
Federal	1	2,4
Privada	6	14,6
Localização		
Capital	10	24,4
Interior	31	75,6
Regiões brasileiras		
Norte	5	12,1
Nordeste	5	12,1
Sul	19	46,3
Sudeste	10	24,4
Centro-Oeste	2	2,9

Dentre as escolas investigadas, 85,4% são públicas (municipais, estaduais ou federais). Nessas instituições, todos os respondentes são estatutários e haviam passado por um concurso público para ingresso na carreira. As escolas particulares representaram 14,6% da amostra e os entrevistados tinham vínculo celetista, em que o empregado tem um contrato de salário regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Com relação à localização das escolas, 75,6% estavam instaladas no interior do Brasil, ou seja, em municípios fora das capitais e 24,3% nas capitais dos estados. A maior parte das escolas investigadas está localizada na região Sul, seguida pela região Sudeste.

4.2 Programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas identificadas nas escolas brasileiras

Foram identificadas 29 escolas (71%) que desenvolveram programas de prevenção em suas escolas e 32 escolas que aplicaram atividades de prevenção, como consta no Quadro 2.

Quadro 2. Programas e atividades de prevenção nas escolas avaliadas

Escola	UF	Programas de Prevenção	Atividades de Prevenção
E1	RJ	Prevenção às drogas (SMS)	Aulas de ciências
E2	RJ	Prevenção às drogas (SMS)	Palestras do PSE e aulas
E3	SP	Oficina de prevenção (próprio)	Não há
E4	SP	Proerd (PM)	Aulas de ciências
E5	SP	Proerd (PM)	Não há
E6	RJ	Não há	Palestras e aulas de biologia
E7	MG	Não há	Palestras e seminários
E8	MG	Proerd (PM)	Aula de ciências
E9	SP	Não há	Palestras e aulas
E10	MG	Proerd (PM)	Não há
E11	GO	Protagonismo juvenil (próprio)	Não há
E12	MT	Não há	Palestras do PSE
E13	CE	Projeto Professor diretor de turma (SE)	Não há
E14	CE	Não há	Palestras
E15	TO	Proerd (PM)	Não há
E16	TO	Proerd (PM)	Palestras e visita técnica*
E17	TO	Proerd (PM)	Semana da saúde (ciclo de palestras)
E18	AM	Não há	Palestras e aulas
E19	RN	Proerd (PM)	Aula de ciências
E20	CE	Não há	Palestras
E21	AM	Proerd	Aulas
E22	SC	Proerd (PM) e Nepre (SE)	Não há
E23	RS	Proerd (PM)	Palestras e aulas
E24	SC	Proerd (PM)	Palestras
E25	RS	Proerd (PM)	Palestras
E26	RS	Não há	Palestras
E27	SC	Proerd (PM)	Aulas
E28	SC	Proerd (PM)	Palestras
E29	RS	Não há	Palestras e disciplinas integradas (aulas)
E30	RS	Proerd (PM) e Dignidade: uma conquista diária (escola)	Não há
E31	RS	Proerd (PM)	Palestras e visita técnica*
E32	RS	Não há	Palestras e aulas

E33	SC	Não há	Palestras e aulas
E34	SC	Proerd (PM)	Palestras
E35	RS	Proerd (PM)	Palestras
E36	SC	Nepre (PM)	Palestras e aulas
E37	PR	Agrinho (SE)	Não há
E38	RS	Proerd (PM)	Palestra PSE
E39	PR	Proerd (PM)	Palestras e atividades lúdicas
E40	TO	Não há	Palestras e aulas
E41	RS	Proerd (PM)	Palestras

Nota: PM=Polícia Militar; SMS=Secretaria Municipal de Saúde; SE=Secretaria Estadual.

O programa de maior prevalência utilizado pelas escolas investigadas foi o Proerd desenvolvido em 54% escolas (n=22). Como o Proerd é direcionado apenas ao ensino fundamental (5º ano), 17 dessas escolas que ofereciam também o ensino médio, combinaram o Proerd com outras atividades de prevenção. Além do Proerd, foram encontradas duas escolas que combinaram dois programas: Proerd com Núcleo de Educação e Prevenção (Nepre), numa escola do Estado de Santa Catarina, e Proerd com “Dignidade” numa escola do Estado do Rio Grande do Sul. A justificativa da combinação de dois programas se deu pela necessidade de se ofertar programas no fundamental e médio.

Ainda foram encontradas duas escolas de Santa Catarina utilizando o programa de prevenção de Nepre, apoiadas pelo governo estadual. No Estado do Rio de Janeiro foram encontradas duas escolas que desenvolveram programas oriundos do governo da cidade Rio de Janeiro. Os demais programas encontrados no Brasil foram os seguintes: 1) Agrinho, programa governamental implantado em escola do interior do Paraná; 2) Protagonismo juvenil, programa encontrado em uma escola do Estado de Goiás; e 3) Projeto Professor diretor de turma, que foi identificado em uma escola do Estado do Ceará.

Depois de identificados, os programas foram assim classificados: atividades ou programas exclusivos e atividades ou programas combinados (Quadro 3). Os programas exclusivos utilizaram apenas a temática das drogas em seu currículo (n=24) enquanto os programas combinados abordaram temas mesclados, como sexualidade, violência, meio ambiente, drogas, entre outros, e foram encontrados nas seguintes escolas 13, 22, 30, 36 e 37 (n=5).

Quadro 3. Escolas que aplicam atividades ou programas exclusivos e atividades ou programas combinados

Escola	UF	Atividades ou programas exclusivos	Atividades ou programas combinados
E1	RJ	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E2	RJ	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E3	SP	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E4	SP	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E5	SP	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E6	RJ	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E7	MG	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E8	MG	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E9	SP	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E10	MG	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E11	GO	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E12	MT	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E13	CE	-	Programa com temática de sexualidade e DST/HIV
E14	CE	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E15	TO	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E16	TO	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E17	TO	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E18	AM	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E19	RN	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E20	CE	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E21	AM	Programa sobre álcool e outras drogas	
E22	SC	-	Nepre - Programa com temática de DST/HIV, prevenção de câncer (HPV) e acidentes de trânsito
E23	RS	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E24	SC	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E25	RS	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E26	RS	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E27	SC	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E28	SC	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E29	RS	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E30	RS	-	Dignidade: programa com temática de sexualidade e gravidez na adolescência
E31	RS	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E32	RS	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E33	SC	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E34	SC	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza

E35	RS	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E36	SC	-	Nepre Programa com temática de DST/HIV, prevenção de câncer (HPV) e acidentes de trânsito
E37	PR	Atividades com temática sobre drogas	Agrinho: temática de saúde, meio ambiente e agricultura
E38	RS	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E39	PR	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza
E40	TO	Atividades com temática sobre drogas	Não realiza
E41	RS	Programa sobre álcool e outras drogas	Não realiza

Com relação às escolas E22 e E36 que aplicaram o Nepre, o relato a seguir descreveu em linhas gerais o conteúdo do programa:

“Nós temos o Nepre. O Nepre que é um programa na escola, chama-se Núcleo de Prevenção, onde aborda todos os tipos de prevenção de doenças, de doenças sexualmente transmissíveis de prevenção de acidentes, de acidentes de trânsito, prevenção às drogas, prevenção as doenças como câncer, HPV e HIV. Então, ele trabalha todo o tipo de prevenção, inclusive as drogas.” E22

Os quatro programas combinados (que foram aplicadas em cinco escolas) são governamentais e englobaram temas relacionados às drogas, sexualidade e gravidez na adolescência (Nepre, ministrado em duas escolas); meio ambiente, agricultura, saúde e prevenção às drogas (Agrinho); drogas, HIV e DSTs (Projeto Professor diretor de turma); drogas, prevenção de acidentes de trânsito e meio ambiente (Protagonismo juvenil).

“A Secretaria do Paraná desenvolve esse programa, o Agrinho, com as escolas e é bem interessante. Eles montam um material complementar e nós temos o programa por quatro meses e um deles é saúde, meio ambiente e prevenção ao uso de drogas. É bem interessante. E o Agrinho é aplicado no ensino médio e ensino fundamental.” E37

“Na nossa escola é o Projeto Professor diretor de turma. Cada turma do ensino médio tem um professor que é diretor daquela turma [...]. A gente trabalha com o projeto porque, desse projeto, toda semana a gente tem que ter uma aula que a gente chama de Aula de Formação Cidadã. E com essa formação cidadã, sexualidade, a gente trabalha justamente esses temas. E aí o professor passa o ano inteiro dedicado àquela turma.” E13

Apesar de o Proerd ser utilizados em 21 das escolas como programas exclusivos, em apenas duas escolas (E22 e E30) utilizaram o Proerd associado a outro programa de prevenção.

Todos os entrevistados manifestaram-se satisfeitos com o Proerd desenvolvido em suas escolas. Com relação à opinião sobre o material didático e a forma pelo qual os policiais abordaram o tema, todos concordaram e reforçaram que o Proerd é a melhor forma de esclarecer sobre o uso de álcool e outras drogas os alunos, professores, coordenadores, orientadores pedagógicos, vice-diretores e diretores.

Foram encontrados alguns fatores que determinaram a boa aceitabilidade do Proerd nas escolas e que incluem: 1) presença de um policial militar no ambiente escolar, o que dá a sensação de segurança para o diretor e professores; 2) qualidade do material didático, que segundo os entrevistados é muito boa; 3) abordagem dos diferentes tipos de drogas; linguagem adaptada ao aluno, feita por policiais capacitados; e 4) aprovação por parte dos alunos e familiares, que gostam das atividades e formatura.

“Eu adoro. Eles têm uma linguagem relacionada ao aluno da quinta série, ao nível de estudos deles. E essa mensagem que eles trazem para a escola é uma mensagem que os alunos levam para casa. Eles estão atingindo a família.” E28

“Eu acho que é bom o material. E bastante acessível para os alunos. Não é um material assim, é uma linguagem que eles entendem. Eu acho que é bom. É adequado. Ele é eficiente.” E25

Com relação à eficácia do Proerd, os entrevistados acreditaram que ela satisfaz as expectativas, tanto que relataram ter observado mudança comportamental nos alunos durante a aplicação do Proerd.

Quando os entrevistados foram interrogados sobre o que poderia ser retirado do Proerd, todos disseram não ter nada a ser retirado. Em relação à opinião dos entrevistados para a possibilidade de acrescentar algo ao Proerd, foram verificados que apareceram três características importantes: 1) o Proerd poderia se estender para as demais séries, como, por exemplo, o ensino médio; 2) envolver mais as famílias e; 3) funcionar durante o período letivo por mais tempo.

Os participantes das escolas que não tinham o Proerd relataram ter ouvido falar no programa da polícia e que ouviram falar muito bem dele, contudo, optaram por não tê-lo em suas escolas por realizarem outras ações governamentais ou próprias.

O Programa “Dignidade: uma conquista diária” tem características similares aos dos outros programas combinados aqui relatados, mas com ações voltadas para prevenção ao uso de drogas, prevenção de acidentes de trânsito e meio ambiente. Esse foi o único programa combinado de criação da própria escola.

“Os projetos são feitos com todos os professores, comunidade, reuniões com pais, reuniões com formadores, professores, com os alunos e a gente sempre tem um tema. O tema nosso há três anos é Dignidade: uma conquista diária, ou seja, nessa dignidade envolve prevenção contra acidentes, educação para o trânsito. Projeto voltado também para a sexualidade, ao cuidado ao meio ambiente, enfim várias áreas do conhecimento que envolva os alunos.” E30

A Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, em conjunto com a Secretaria Municipal de Educação, criou um programa de prevenção chamado “Programa de prevenção à droga e à dependência química”, que envolveu órgãos da saúde e educação do estado e município. O programa foi implantado por toda a rede de educação do município do Rio de Janeiro e que consta em duas entrevistas deste estudo. Antes da implantação do programa, os professores foram capacitados por um workshop financiado pela prefeitura. Uma vez capacitados, esses professores desenvolveram o programa em suas escolas. Seguem dois relatos:

“Esse programa é um programa que vem da própria Secretaria Municipal de Educação e Saúde. Já existe na Secretaria já há algum tempo e eu acredito que é cerca de dez, doze anos. O nome do programa é Programa de prevenção à droga e à dependência química, esse é o nome dado. Ele é implantado assim como na minha escola como em outras escolas da Prefeitura. A própria Secretaria de Educação, via gerencia de educação de cada coordenadoria e o projeto é feito com atividades dentro e fora da unidade escolar [...] os professores que são envolvidos nessa atividade fazem uma capacitação na própria Secretaria da Educação” E01

“A Secretaria manda para a gente [o material] e a gente vai abordando aqueles temas e tudo mais. Esse ano um dos focos é exatamente o uso de drogas, álcool, crack, e em especial o crack” E02

Além disso, duas outras escolas tinham seus próprios programas, porém, criados e desenvolvidos por professores. Uma ofertou o programa “Oficina de prevenção” que consistiu na realização de atividades pelos alunos em uma sala, com palestras, músicas e algumas dinâmicas enquanto a outra escola ofereceu o “Protagonismo juvenil”, que foi um programa desenvolvido com base em um “problema” surgido na escola. O programa consiste de atividades durante a semana com finalidades de desenvolver a autonomia dos alunos. Os próprios alunos resolvem seus problemas, conferindo responsabilidades a eles. Seguem os trechos, respectivamente:

“É uma oficina de prevenção de drogas e álcool também. Vai fazer dois anos que ele é implantado aqui na escola como uma oficina. Que ela é necessária, ela é. Vamos dizer assim, ela é prioridade hoje na nossa escola e está trabalhando com a prevenção das drogas e do álcool.”

E03

“Nós temos um programa de Protagonismo juvenil, onde os alunos têm um momento durante a semana que eles vão desenvolver os trabalhos que eles acreditam que são importantes para eles, porque existe uma autonomia [...]. A questão droga está presente todos os dias em todos

os momentos. Cada aluno, cada professor é o tempo todo atento. O tempo todo.” E11

4.3 Atividades de prevenção ao uso de álcool e drogas encontradas nas escolas brasileiras

As atividades de prevenção exclusivas foram menos prevalentes que os programas e apareceram em 29,26% (n=12) como consta no Quadro 1. Isso pareceu decorrer do fato de o governo não oferecer programas formais de prevenção, de modo que essas instituições optaram por atividades que não necessitassem de investimentos financeiros. Nessas escolas, de acordo com os entrevistados, as atividades foram desenvolvidas por meios de palestras, seminários, aulas integração de disciplinas, atividades lúdicas e visitas técnica a clínicas de recuperação, entre outras.

As atividades preventivas desenvolvidas foram estratificadas em duas categorias: as desenvolvidas por um agente externo à escola (aplicador externo) e as desenvolvidas pelos próprios docentes (aplicador interno), ao passo que o aplicador interno se aplica ao docente da própria instituição. O aplicador externo geralmente é um especialista da área da saúde, participante de PSE da área social, ex-usuários de drogas ou parceiros que desenvolveram atividades lúdicas (encenações, musicalidade, monólogos, brincadeiras etc.).

- Palestras

As palestras são apresentações orais, com o intuito informar ou ensinar pessoas a respeito de um assunto. É ferramenta utilizada por aplicadores que a desenvolvem de acordo com as suas qualificações. Por exemplo, o ex-usuário fez preleções sobre o seu cotidiano nas ruas, enquanto usava drogas, os motivos que o levaram a usar drogas, os efeitos da droga, sempre com ênfase em um cenário devastador e baseado em sua experiência de vida. Por sua vez, os profissionais de saúde abordaram temas relacionados aos efeitos físicos e psicológicos do uso de

drogas. Dentre as escolas investigadas, 63% (n=26) reportaram utilizar palestras como atividade de prevenção em algum momento do ano escolar.

“Trazemos pessoas para dar palestras, ligadas à área médica e à área social para mostrar pra eles a importância de estar fora desse caminho.” E35

“Trazemos dois ou três ou um rapaz que são os palestrantes, ex-usuários de drogas onde ambos ou os trios são muito bem-sucedidos advogado, lutador de jiu-jítsu e tal. Dando o depoimento deles.” E36

Durante as entrevistas, observamos que as escolas realizaram somente palestras, palestras associadas a programas, palestras com outras atividades preventivas e palestras com programa e atividades juntas (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição das escolas em diferentes formas de apresentação de palestras e outras intervenções

Escolas que fazem somente palestras	Escolas que fazem palestras associadas aos programas	Escolas que fazem palestras associadas às atividades preventivas	Escolas que fazem palestras associadas aos programas e atividades preventivas
E12	E24	E2	E16
E14	E25	E6	E17
E20	E28	E7	E23
E26	E38	E9	E31
	E41	E18	E34
		E29	E35
		E32	E36
		E33	E39
		E40	
N=4	N=5	N=9	N=8

As escolas que fizeram somente palestras de aplicador externo incluíram profissionais da área de saúde, ex-usuários e policiais militares. Nas escolas E12 e E20 essas palestras ocorreram durante a semana temática e incluíram, além de palestras sobre drogas, outros temas como sexualidade, alimentação e temas relacionados à saúde.

“Em uma semana há um ciclo de palestras, é um tema e em outra semana é outro, questão de alimentação em outro das drogas e aí

sempre tem as pessoas afins que tem esse domínio que vem para dar essas palestras.” E12

Na escola E14, o entrevistado relatou utilizar ex-usuários para palestras sobre sua trajetória e sobre as drogas. Houve a participação familiar nessas palestras, também dentro de uma semana específica para essas atividades.

“O interessante foi trazer pessoas das casas de recuperação para darem palestras sobre a vida que eles tiveram no tempo que estiveram na dependência química, na Cracolândia de Fortaleza.” E14

Já na escola, E20, uma escola pública federal que tem em seu corpo de funcionários, médicos, psicólogos e assistentes sociais, que integram uma equipe multidisciplinar, durante uma semana esses profissionais são recrutados para fazerem palestras para os alunos.

“No nosso quadro nós temos um setor de Saúde, que é trabalhado, e formado por psicólogos, assistentes sociais, médicos e enfermeiras dentro da própria instituição [...] a gente faz semana da saúde, a gente faz a semana da mulher, agora a gente está fazendo o outubro rosa, então a gente vai trazendo palestras de acordo com o tema em questão, certo? Então a abordagem do uso de drogas é corriqueira na instituição, agora não há um programa específico de combate nem de prevenção. O que há sobre isso, são medidas pontuais.” E20

Das cinco escolas que utilizaram palestras associadas a programas, todas têm como programa o Proerd. Essas palestras, segundo os entrevistados, tiveram como objetivo estender aos demais alunos de diferentes faixas etárias o conteúdo sobre drogas, pois o Proerd atingiu somente o primeiro segmento do ensino fundamental.

Essas escolas também se utilizaram de parceiros, como brigada militar e profissionais da área de saúde.

“Nós temos o Proerd que é um projeto da Brigada Militar aqui no Rio Grande do Sul e são trabalhadas. Esse ano está sendo trabalhadas três turmas e cada ano é trabalhado algumas turmas. Esse ano estão

sendo trabalhados os quintos e sétimos anos. Nós temos professores que fazem um projeto que trabalham com os alunos nas demais series Nós temos parcerias com uma Instituição de ensino superior aqui do município que vem aqui fazer palestras e atividades com alunos e com os pais também.” E25

Foram encontradas nove escolas que associaram palestras com outras atividades preventivas, que incluem aulas com professor de ciências e biologia, junto com química, sociologia e religião, apresentação de vídeos, debates e conversas. Todas as escolas declararam usar a maioria das aulas com temas transversais.

- Seminário

Entre as atividades preventivas que foram identificadas nesta pesquisa, foi encontrada somente uma escola que desenvolveu essa atividade. Os seminários foram realizados juntos com as aulas como se fossem atividades complementares aos assuntos. Observamos a escola que se utilizou desse recurso.

“[...] então a gente discute o assunto com eles. Às vezes, nós fazemos rodinhas e ficamos discutindo, seminários, alunos em círculos.” E07

A execução do seminário não foi específica à percepção do respondente. Os alunos participaram na forma interativa junto as outras atividades.

- Aulas

Aulas podem ser consideradas como palestras, uma vez que são exposições de conteúdo. Entretanto, as aulas podem ser expositivas ou expositivas dialogadas.

Por não haver uma disciplina destinada à prevenção ao uso e abuso de drogas, as aulas ocorreram em forma de atividades de prevenção.

“O professor trabalhar na sala de aula, ele trabalha textos, trabalho, fala sobre os tipos, sobre os efeitos, fala das consequências, tudo.”

E40

Nas escolas investigadas, chamou à atenção a abordagem do tema prevenção ao uso e abuso de drogas nas disciplinas. Sempre utilizando a exposição dialogada, em algum momento, quando a aula comportou a possibilidade de abordagem do tema drogas, o professor inseriu o assunto e levantou questionamentos. Ocorreu, assim, uma integração entre disciplinas, na abordagem da prevenção ao uso e abuso de drogas.

“[...] a gente faz palestras e os professores desenvolvem o tema dentro das suas aulas, de acordo com sua disciplina. Eles abordam o tema na química, biologia, história, geografia, dentro das disciplinas.” **E41**

Essa abordagem é bastante interessante, pois favoreceu a integração dos assuntos com a disciplina que é lecionada.

- Atividades lúdicas

Apenas uma escola citou a atividade lúdica como possível atividade de prevenção ao uso de drogas. O discurso que segue definiu quais as atividades lúdicas que foram consideradas atividades preventivas nessa escola, enfatizando ações de teatro e música.

“Através do lúdico, da música, do teatro, das atividades que eles fazem também buscando uma coisa mais, a gente busca palestras com algo mais assim, sabe. É temos as palestras e normalmente assim, no primeiro e no segundo semestre, para não ficar uma coisa muito formal assim. Então, a gente tem essas duas modalidades e os mais são os projetos com o pessoal do rap.” **E39**

- Visitas Técnicas

Em nossas entrevistas, observamos duas escolas que fizeram a visita técnica em clínicas de reabilitação de dependentes químicos, não como um recurso metodológico de aprendizagem, mas como uma forma de permitir que os alunos pudessem conviver com usuários de droga em recuperação.

“Nós temos aqui a Fazenda da Esperança, [...] é uma casa de recuperação de pessoas drogadas e é envolvida com a Igreja Católica [...]. A gente não tem um auditório aqui na escola e os alunos vão até a casa e lá acontece uma palestra de uma hora e meia. Onde eles falam da dificuldade de como entraram na droga e o que estão passando agora. E lá, eles passam um filme da casa da recuperação, como é o trabalho deles lá da recuperação lá na Fazenda da Esperança.” E16

“A gente teve também esse ano um grupo de alunos que foi conhecer uma clínica que tem esses usuários em recuperação, nesse sentido.”

E31

Segundo as percepções dos entrevistados, esses espaços funcionaram como atividades preventivas, pois ofereceram palestras nas quais os dependentes em recuperação contaram a trajetória de vida junto às drogas e a dificuldade em se recuperar. Dessa forma, a visita técnica é uma forma alternativa de palestra com os usuários de drogas.

4.4 Estratégias pedagógicas identificadas no ambiente escolar para a prevenção do uso de álcool e outras drogas

As estratégias percebidas nos discursos incluíram mecanismos de como pensar em uma ação pedagógica para expor o tema prevenção ao uso de álcool e outras drogas para os alunos.

Como constatado nas entrevistas, não há uma política nacional que delineie ou oriente a implantação de programas de prevenção ao uso e abuso de álcool e drogas nas escolas. O que se observou foram ações locais e pontuais de implantação de programas e atividades de prevenção nas escolas brasileiras, de cunho particular

(responsabilidade da escola) ou capacitações e treinamentos oferecidos por órgãos dos governos municipais ou estaduais. Embora se observasse o empenho de algumas secretarias de educação, as ações ainda são muito tímidas se considerarmos a estrutura dos programas e a sua dimensão.

Dentre as escolas investigadas, há relatos de que a inserção de atividades ou programas de prevenção no projeto político-pedagógico (PPP) é um fator facilitador para o bom desempenho da política de prevenção. Outros fatores como recursos didáticos apropriados, aplicadores treinados, envolvimento da comunidade e da família nas ações preventivas, linguagem adequada à faixa etária, são cruciais para o êxito de qualquer estratégia pedagógica.

4.4.1 Inserção de atividades ou programa de prevenção no PPP

O PPP é uma ferramenta gerencial que auxilia a escola a definir suas prioridades estratégicas e pedagógicas em sua integralidade, apesar disso, em 20 escolas os entrevistados não souberam responder se as atividades ou programas estavam incluídos no PPP.

Foram encontradas 10 escolas cujos programas e atividades estavam incluídos. Dessas escolas, oito tinham programas de prevenção e duas desenvolviam atividades de prevenção. Essa inclusão faz com que as atividades tivessem periodicidade definida e efetivamente fossem executadas.

“Sim, está (no PPP). Também os projetos de DST que eu me recordo agora, que é a doença sexualmente transmissível. Tem a questão dos valores que a gente trabalha bastante durante o ano; os temas transversais. A saúde mental. São esses que eu me recordo, no momento.” E31

Em contrapartida, 11 não incluíam seus programas ou atividades de prevenção no PPP das escolas. As demais não souberam responder o motivo pelo qual se está ou não incluso no PPP da escola.

“Agora a gente vai reformular. Porque até então, nós não tínhamos. Quando nós entramos no curso nós tínhamos um projeto e agora que

está em época de reformulação, estamos colocando no projeto. Mas ele já virou tema gerador.” E26

Observamos uma preocupação dos respondentes cujas ações não estavam contempladas no PPP. Todas as que desenvolviam alguma ação de prevenção e que ainda não tinham feito a inclusão, relataram já estar se organizando para incluí-la no PPP, pois viam a necessidade de ter um norteador para sua escola e a regularidade da ação. Uma vez incorporado o programa de prevenção no PPP, a escola passa a ter uma responsabilidade em executar o projeto.

4.4.2 Recursos didáticos

Os recursos didático-pedagógicos são componentes utilizados em ambientes escolares para melhorar o aprendizado. Nas atividades e programas de prevenção, observamos que as escolas lançaram mão desses recursos, na forma de folders, cartazes, apostilas, recursos audiovisuais e apresentações lúdicas, dentre outros.

Os recursos audiovisuais aparecem como coadjuvantes, no processo de aprendizado do aluno sobre o tema prevenção às drogas, geralmente são vídeos e filmes com a temática sobre drogas ou grandes reportagens sobre o tema.

“A gente trabalha vídeos assim, sobre drogas, vídeos que são de trinta minutos que esclarecem como começa o uso, falam sobre todos os tipos das drogas ilícitas. Dizem tudo.” E40

“Nós trabalhamos com vídeos, filmes, entrevistas. [...] os vídeos a gente traz e a gente busca. A gente conseguiu na RBS TV.” E26

A construção de material visual, tais como, cartazes, folders etc., exposto na escola, também aparece como um importante recurso na divulgação dos efeitos e das consequências do uso da droga. É um material produzido em sala de aula com o apoio do docente, durante atividades relacionadas à prevenção ao uso de drogas.

“Os professores fazem os cartazes e a gente divulga nos murais.” E01

“A própria professora de ciências faz os trabalhos com o aluno na sala de aula e aí é com cartazes, com apresentação, com vídeo; a professora já fez uma vez e os próprios alunos fizeram um vídeo e apresentaram para a escola, inclusive foi nessa sala, e aí cada hora uma turma vinha assistir o trabalho dos próprios alunos sobre a pesquisa e discutiam no final.” E02

Outro recurso utilizado pelas escolas são as oficinas. São encontros com o objetivo de dialogar sobre prevenção ao uso e consumo de drogas. Esse diálogo pode vir após uma exposição oral ou visual, gerando debates e aprofundando informações.

“São feitas oficinas onde os alunos são levados por sala, porque a gente não tem um espaço físico pra trabalhar todo mundo junto e até mesmo porque por sala você estando com quarenta alunos é muito mais proveitoso, a gente vai conseguir mais efeito, vai render muito mais.” E03

Em uma escola privada, o material com os assuntos referentes ao abuso de álcool e outras drogas já vinham adicionados à apostila da disciplina do professor, impressa em editora, como consta no discurso abaixo:

“A gente aborda basicamente pelo conteúdo que hoje a gente tem no material apostilado, que no nosso caso é da coleção do Positivo. E aí, dentro do planejamento que a gente faz no início do ano, a gente tenta convergir para um determinado semestre em que as disciplinas, elas começam a abordar, digamos o uso da droga, o consumo, a questão social, a questão política e econômica e tudo mais, de acordo com o conteúdo” E33

Assim, na apostila o professor trabalha os conteúdos da sua disciplina e os referentes ao abuso de álcool e outras drogas com abordagem pré-estabelecida.

4.4.3 Adequar a linguagem à faixa etária

Nas entrevistas, foram observados que os educadores têm uma preocupação com a correta abordagem do tema prevenção às drogas. Muitos entenderam que, dependendo da faixa etária, a linguagem deve ser adequada para se tornar compreensível. Ainda que isso seja o mais correto, apenas algumas escolas investigadas dividiram as atividades de acordo com a faixa etária como nos relataram os três discursos a seguir:

“Porque nós temos o programa do Proerd, que é um programa de prevenção contra as drogas, para os meninos que são trabalhados desde o quarto ano do ensino fundamental 1.” E15

“A gente começa as palestras e as conversas a partir dos treze anos, nas sétimas e oitavas e a gente segue até o ensino médio.” E19

“Depende do assunto e depende da série, mas a gente faz bastante com o ensino médio. Entre 15 a 17 anos que é quando eles entram no primeiro ano do ensino médio até o terceiro ano do ensino médio que sai com 17 anos. Porque a oitava série e sétima série são alunos que os professores, eles fazem esse comentário, abordam o assunto em sala de aula. E no ensino médio é melhor a aceitação pra falar sobre esse assunto.” E28

Quando interrogados sobre os motivos da escolha da faixa etária para a execução das atividades, os entrevistados disseram que a adolescência é a fase mais importante para se implantá-los, pois os adolescentes são mais vulneráveis que as crianças: vão a festas e começam a beber. Em alguns estados brasileiros, os adolescentes frequentam festas que, na concepção dos professores, são locais onde muitos adolescentes iniciam tanto a vida sexual quanto o uso de álcool e outras drogas.

“A partir dos quatorze, a gente tem percebido que a partir dos quatorze, quinze e dezesseis boa parte dos alunos aqui frequentam bailes. Esses bailes funk [...] mas são grupos determinados e a gente

já sabe quais são os grupos. Então eles frequentam esses bailes, em que eles viram a noite, e que a gente conhece bem e sabe que ali, tudo ali está à disposição.” E02

Nas escolas que desenvolveram somente o Proerd, a faixa etária envolvida foi de alunos do ensino fundamental, entretanto, nas escolas que desenvolveram o Proerd com apoio de outras atividades, a faixa etária foi estendida as demais séries.

Um achado interessante foram as escolas que usavam como palestrante um ex-usuário e para tal conduta pediam para que os pais assinassem um termo para os alunos na faixa etária de 13 a 16 anos pudessem assistir à palestra, como constam no relato abaixo:

“Os alunos de treze, quatorze e quinze anos. Dezesseis. A gente mandou para a família um questionário pra saber se o aluno poderia ou não participar das atividades. Com a autorização dos pais.” E26

Verificamos uma preocupação da direção com relação aos alunos quando um desses palestrantes frequenta o espaço escolar para proferir palestras. Em se tratando de adolescentes e problemas com o conselho tutelar, preventivamente a direção requereu a autorização prévia dos pais.

4.4.4 Conhecer as drogas psicotrópicas utilizadas no entorno escolar

Foi observado que os respondentes relataram experiências distintas quando o assunto foi droga no entorno na escola, porém, predominou nos discursos a vulnerabilidade dos alunos e da escola com relação ao tráfico e consumo de drogas no arredor e interior das escolas.

Do total de escolas investigadas, 26 respondentes dessas escolas disseram ter problemas com drogas dentro de seus ambientes, embora duas relataram ter problemas raros ou pontuais. Contudo, havia uma preocupação em relação ao uso de álcool e outras drogas em seus ambientes, como constou no discurso que segue:

“Temos alguns problemas sim, mas que a gente consegue detectar, chamar o pai, a polícia se for o caso e resolver a situação.” E28

Com relação às escolas que declararam ter raros casos de uso de drogas, pode-se perceber nos seguintes relatos:

“Olha, particularmente aqui a gente tem pouco muito pouco mesmo esse tipo de problema. São raríssimos casos, a gente nunca teve essa situação de encontrar ou de pegar alunos nossos fumando, utilizando droga aqui na escola.” E18

“Nós temos assim alguns casos isolados, mas a gente tem conseguido isolar mais ainda, sabe, para evitar que isso se alastre. Nada assim comprovado, comprovar com documentação, com exame e tal, né? Mas assim, vários que a gente tem certeza existe.” E27

Encontrou-se apenas uma escola que relatou não ter tido problemas com drogas, porém, de uns tempos para cá os professores e coordenadores perceberam que havia alunos consumindo algum tipo de droga no ambiente escolar.

“Houve um tempo e não faz muito tempo em que a nossa escola, nós não tínhamos absolutamente nenhum tipo de problema de uso de droga, assim, eu posso precisar em cinco anos. Depois disso a gente teve assim, alguns problemas, mas assim, uma coisa bem tranquila assim, no caso do sentido de que os alunos chegaram perto, é vamos dizer assim. Alguns alunos chegaram perto da droga e mais precisamente da maconha.” E39

Com relação aos discursos dos dirigentes que relatam que não têm problema com drogas em seus ambientes e no entornos entrevistados, foram categóricos em afirmar que os problemas com drogas ocorreram fora do ambiente escolar, como, por exemplo, em festas.

“A gente vê assim, nas festas da comunidade. Ingerir bebida alcoólica, mas as drogas mesmo ou outro tipo de droga, a não ser o cigarro e o álcool aqui dentro da escola, a gente nunca viu, mas a gente fez e continua sempre fazendo um trabalho bem de conscientização. Não

existe. Na nossa escola o número de ocorrência em relação às drogas é zero.” E23

Ainda foi encontrada uma escola que nos relatou não ter problemas com drogas em seus ambientes por conta das atividades instaladas em seus na escola, como constou no discurso abaixo:

“Agora não mais. Aqui na nossa nós conseguimos diminuir o índice de uma forma muito grande através dos projetos dos trabalhos que se tem desenvolvido dentro do ano de 2010.” E26

É importante esclarecer que a escola E26 apresentou em seu currículo somente atividades preventivas, e por meio de observação acreditaram que as atividades levaram a uma diminuição dos problemas relacionados às drogas dentro da escola.

4.4.5 As drogas que são mencionadas nos programas e atividades preventivas

Percebeu-se uma preocupação quando o assunto foi qual droga deveria ser abordada nas aulas da escola. O crack predominou nos discursos.

A maioria dos entrevistados das escolas brasileiras teve preocupação em esclarecer sobre o crack, principalmente porque a mídia divulga informações incompletas e distorcidas. Muitos relatos referiram-se ao medo da chegada dessa droga às suas cidades e os efeitos provocados por elas.

Depois, a maconha foi colocada em destaque para as discussões, pois de acordo com os entrevistados, está perto dos adolescentes e alguns já fazem uso. Ao contrário, o álcool, tabaco e outras drogas aparecem pouco nos relatos e pareceu que não tiveram muita importância sob o ponto de vista dos entrevistados.

Em alguns casos, os respondentes relataram que discutiram sobre drogas como LSD, heroína e krokodil, mas nem citaram o álcool ou o tabaco com drogas importantes.

“Bom, as drogas abordadas normalmente são drogas sintéticas, maconha, cocaína. O crack tem tido um peso muito grande, principalmente nesse local que a gente mora. A escola está inserida em uma comunidade onde antes da pacificação tinha redutos de crack na minha porta, por exemplo. Como eu moro muito perto, minha porta mesmo era um reduto de crack.” E01

“A maconha. A gente recebe os alunos aqui que já vem que já usou lá fora e que está sob o efeito. Eu tenho a situação da questão do banheiro e que não é só no período da manhã.” E03

“Bom, é claro que a primeira é a maconha, mas eles falam também da bebida alcoólica, do cigarro, a droga lícita, no caso. Abordam bastante a questão do cigarro comum ainda, que no caso o pai fuma em casa e que a mãe fuma e seus efeitos pra quem não está respectivamente fumando.” E39

Em alguns casos, os aplicadores do Proerd e que são policiais levaram para a escola drogas verdadeiras ou réplicas para mostrar aos adolescentes a aparência, textura e formas de uso.

Eles [a polícia] falam de todas. Eles trazem até um mostruário numa cabine de vidro lacrado pra mostrar para os alunos. Então, eles mostram desde a maconha, a cocaína, o crack.” E16

4.4.6 Aplicadores das atividades e dos programas

Emergiram duas categorias para aplicadores de programa e de atividades de prevenção: os aplicadores internos e os aplicadores externos.

Com relação à execução dos programas de prevenção desenvolvidos e aplicados pelos membros da comunidade escolar (aplicadores internos), a figura do professor de ciências, biologia e química é muito marcante. Esses profissionais utilizaram momentos de suas aulas regulares para fazerem inserções sobre o tema prevenção às drogas. Apesar das abordagens não terem a profundidade daquelas utilizadas em programas específicos, contribuíram para manter o aluno pensando

sobre o tema. Essa ação, que deveria ser complementar a um programa de prevenção ao uso de drogas, fez com que algumas coordenações pedagógicas tomassem a decisão de não utilizar outras ações preventivas e acreditassem que aulas sobre drogas são suficientes para prevenir o início do consumo. Nas entrevistas, percebeu-se que boa parte dos respondentes das escolas brasileiras mantêm essas práticas.

“Normalmente são programas que são desenvolvidos por professores de ciências e a gente procura envolver toda comunidade escolar, em especial os professores de ciências.” E01

“Nós temos parceiros, nossos professores, alguns principalmente de ciências e biologia.” E03

“Trabalha geralmente a professora da área de ciências e da área de biologia ou às vezes o professor de química, mas fica muito limitada a essa nossa informação. Porque eu sou bióloga de formação, e geralmente quando a gente vai trabalhar em algum projeto nessa área da saúde, geralmente fica pra esse professor.” E12

Observou-se nessas entrevistas a interface entre as disciplinas, o que estimula a transdisciplinaridade, que é uma abordagem importante para integrar diferentes saberes e compreensão do todo.

Percebeu-se que, parece haver nas escolas brasileiras um movimento de envolver professores de diversas áreas na execução de atividades relacionadas à prevenção ao uso e abuso de álcool e drogas.

“... eu me uni ao professor de educação física e filosofia e, cada um na sua disciplina relacionada, trouxe o tema para ser abordado na sua área. O de educação física abordou a consequência do uso de drogas no corpo humano. Na minha parte, na área religiosa, abordei a consequência das drogas no uso familiar. O que a família passa com o usuário de droga. A filosofia abordou a questão da não produção de pensamentos sobre drogas, a questão da ciência, os problemas que a droga causa, questão geográfica, o problema econômico que a pessoa tem. Então, foi uma coisa interdisciplinar.” E14

“Nós trabalhamos assim, dentro das disciplinas, das matérias pontuais assim, português, matemática, religião, educação física, artes, as disciplinas da grade curricular os professores ou fazem projetos individuais, assim só a matéria dele envolvendo todas as turmas desde o fundamental I, II e médio ou alguns professores trabalham em grupo, arte, literatura e português, biologia e ciências, então juntamos os níveis em projetos assim. Então nós temos projetos de biologia e ciências, onde os alunos buscaram informações na comunidade, é feito através de estatísticas, são feitas pesquisas, o pessoal de educação física trabalham na questão de corpo ali saudável.” E32

Com relação aos aplicadores externos da área de saúde, observamos três relatos dos entrevistados que descreveram parcerias com o PSE. Assim, os profissionais da saúde envolvidos no sistema de saúde via PSE foram à escola para fazerem as palestras.

“É uma coisa que é feita nas escolas e aqui e a Secretaria de Saúde (PSE) eles vêm pra cá com a equipe deles e desenvolvem semanas de palestras. Em uma semana é um tema e em outra semana é outro, questão de alimentação em outro das drogas e aí sempre tem as pessoas afins que tem esse domínio que vem pra dar um respaldo pra gente.” E12

Para os entrevistados que se utilizaram do Proerd em suas escolas, ministrado por policiais fardados em sala de aula, há uma percepção de que a presença do policial próximo ao aluno é extremamente positiva. Segundo eles, no decorrer do programa, a figura da polícia, vista como repressora, vai sendo substituída pela imagem da polícia protetora, aliada do cidadão. Na concepção dos entrevistados, criou-se um elo de confiança que tende a afastar o aluno das investidas de traficantes.

A forma pela qual os policiais abordaram o tema é apontada como uma forma de linguagem adequada aos alunos do ensino fundamental que levam as informações até a família, difundindo a informação.

“[...] eu acho positivo porque são policiais que vêm pra escola e, assim, tem duas partes essa nossa questão em relação a esses policiais. Uma é a questão de a criança ver o policial como um aliado, como um parceiro e não como uma autoridade repressora e aquela pessoa ali, aquele policial que vem fardado e tudo, a questão de vir fardado pra mostrar que apesar da farda e todo aquele equipamento que ele traz ele está ali pra proteger e esclarecer as situações... e mostrar também a questão da proteção, que eles estão ali pra incentivar essas crianças, pra esclarecer.” E39

“Eles já vêm fardados, então vêm trazendo aquela outra característica que não é o professor trabalhando o conteúdo. Porque tudo o que o Proerd faz, os professores também tem condição de fazer, mas é uma pessoa de fora, é uma pessoa que traz outras questões que traz o cotidiano, que traz a situação do dia a dia, então isso é muito bacana.” E34

Um entrevistado de uma escola mencionou que o responsável pelo programa de prevenção era o professor mediador. O professor mediador e comunitário é um cargo criado com a Resolução SE nº 19, de 12 de fevereiro de 2010, da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo cuja função inclui mediar conflitos escolares, orientar pais e alunos no processo educativo, identificar e sugerir atividades pedagógicas complementares. Nesse caso, a professora mediadora e comunitária foi selecionada pela direção para ser a responsável pela implantação de um programa de prevenção na escola.

“Olha toda essa ideia surgiu já em função da minha profissão, daquilo que é exigido do professor mediador. Isso é cobrado lá na diretoria de ensino. Isso é cobrado porque nós temos o adicional de tempo de serviço mensal. São encontros entre todos os professores mediadores da diretoria de ensino Norte Um, que é onde a minha escola pertence, porque existem várias em São Paulo.” E03

4.4.7 Capacitação dos aplicadores

Conforme se pode observar no Quadro 5, deparou-se com 75,6% (n=31) dos entrevistados que responderam não ter nenhum tipo de capacitação ou treinamento para trabalhar o tema álcool e drogas, enquanto 24,4% (n=10) relataram ter algum tipo de capacitação e orientação sobre o assunto álcool e outras drogas.

Quadro 5. Entrevistados que relataram ter ou não capacitação para discorrer sobre o assunto álcool e outras drogas

Escola	UF	Capacitação para o tema drogas	Tipo de intervenção
E1	RJ	Sim	Atividade de prevenção
E2	RJ	Sim	Atividade de prevenção
E3	SP	Sim	Programa
E4	SP	Não	Programa e atividade
E5	SP	Não	Programa
E6	RJ	Não	Atividade
E7	MG	Sim	Atividade
E8	MG	Não	Programa e atividade
E9	SP	Sim	Atividade
E10	MG	Não	Programa
E11	GO	Sim	Programa
E12	MT	Não	Atividade
E13	CE	Sim	Programa
E14	CE	Não	Atividade
E15	TO	Não	Programa
E16	TO	Não	Programa e atividade
E17	TO	Não	Programa e atividade
E18	AM	Não	Atividade
E19	RN	Não	Programa e atividade
E20	CE	Não	Atividade
E21	AM	Não	Programa e atividades
E22	SC	Não	Programa
E23	RS	Sim	Programa e atividade
E24	SC	Não	Programa e atividade
E25	RS	Não	Programa e atividade
E26	RS	Sim	Atividade
E27	SC	Não	Programa e atividade
E28	SC	Não	Programa e atividade
E29	RS	Não	Atividade
E30	RS	Não	Programa
E31	RS	Não	Programa e atividade
E32	RS	Não	Atividade
E33	SC	Não	Atividade
E34	SC	Não	Programa e atividade

E35	RS	Não	Programa e atividade
E36	SC	Não	Programa e atividade
E37	PR	Sim	Programa
E38	RS	Não	Programa e atividade
E39	PR	Não	Programa e atividade
E40	TO	Não	Atividade
E41	RS	Não	Programa e atividade

Com relação aos respondentes que relataram não ter capacitação sobre o tema, observou-se que 22 utilizaram programas e programas combinados com atividades. Desses, em 21 o programa utilizado foi o Proerd.

“Eles não têm uma capacitação específica, né! Que nem eu te falei quando a gente precisa de um profissional mesmo para isso a gente busca fora daí. Mas a gente estuda os casos, os planos de estudo, né, e tenta passar o melhor possível.” E29

Somente uma escola utilizou o programa Nepre e também não ofereceu capacitação, apesar da escola ter empregado o programa associado a algumas atividades.

Foram encontradas nove escolas que utilizaram somente atividades preventivas e relataram não ter capacitação sobre o assunto álcool e drogas. Como os aplicadores foram externos, os respondentes não entenderam a necessidade de qualquer treinamento.

“Tanto é que quando é assunto daqui a gente chama alguém que tenha essa capacitação. Como eu te falei, né, chama alguém de fora preparado pra isso.” E29

Das escolas que disseram ter algum tipo de capacitação, sete utilizaram programas de prevenção associados às atividades, e três desenvolveram somente atividades preventivas.

Foram identificadas duas escolas no Rio de Janeiro que capacitaram os professores que voluntariamente se candidataram para receber o treinamento.

Em São Paulo, em uma escola uma professora criou seu próprio programa e participou de um curso sobre drogas patrocinado pelo Departamento Estadual de

Prevenção e Repressão ao Narcotráfico (Denarc). A informação sobre essa atualização veio por meio de e-mail recebido pela professora que voluntariamente se prontificou a participar do curso.

“Só eu que fiz. Específico mesmo, mesmo totalmente voltado para aquilo que eu te falei em todos os sentidos, foi esse do Denarc.” E03

Os entrevistados das escolas E11, E13 e E23, responderam se reunir com os docentes interessados no tema e buscar informações na internet sobre o assunto. Somente na escola E37, que empregou o programa Agrinho, foi organizado pelo Estado do Paraná em um curso de capacitação para os aplicadores e supervisão de aplicação.

“O próprio SENAR. Eles oferecem uma formação de quatro a oito horas sobre esse assunto. De quatro a oito horas sobre o programa em si [...]. Como trabalhar. Como proceder mediante a sequência das etapas do programa e o conteúdo em si conforme a decisão da escola. Se a escola acha mais interessante uma palestra sobre ou sobre outro que esteja ali. Sobre o desenvolvimento, várias palestras com profissionais preparados. É bem interessante.” E37

Uma vez capacitados, os aplicadores se reuniram e começaram os trabalhos sobre o assunto aprendido no curso.

Também se deparou com três escolas cujos entrevistados participaram de alguma formação, porém, só realizaram atividades preventivas. Em duas dessas escolas, a E7 e E9 havia um tutor responsável pela capacitação dos docentes. Na E26, os professores que se interessaram fizeram cursos on-line com tutor a distância, como cursos da Senad.

4.4.8 Recurso financeiro - o principal entrave à implantação e execução dos programas e atividades de prevenção

Os respondentes das escolas foram unânimes em apontar que não receberam nenhum apoio financeiro externo, governamental ou não para o desenvolvimento de

atividades de prevenção ou de programas. O apoio foi feito por meios de movimentos solidários entre os professores e a comunidade escolar que se cotizou para a compra do material.

“não tem... não temos financeiro. A gente trabalha com o financeiro da escola em si, né? O cartaz que usa é em forma de uso da escola, os papéis da escola, tudo da escola em si, entra o financeiro é isso, agora assim especificamente não tem né, não tem.” E40

“Olha. Tudo que a gente conseguiu foi por intermédio dos nossos meios mesmo. Com recursos próprios. Alguma coisinha ou outra a Secretaria de Educação até que nos apoio, nos ajudou, mas a gente sempre procurou fazer por conta própria.” E23

Mesmo nas escolas que implantaram programas de prevenção desenvolvidos por órgãos governamentais, as reclamações sobre a falta de apoio financeiro para o bom desenvolvimento do programa foram constantes. Apesar de o governo ter cedido o material e pessoal treinado para executar o programa de prevenção, as outras ações complementares e necessárias para o sucesso do programa não receberam qualquer ajuda financeira.

“Com o Npre não há financiamento. É um programa feito do estado e essas pessoas, tem uma pessoa responsável em cada escola e na nossa escola, que trabalha à tarde e à noite e que uma vez por ano se reúnem pra discutir isso com outros coordenadores pra ver o andamento dos trabalhos, mas não tem nenhuma verba específica.” E22

“É que nem essa oficina da saúde mental ela é financiada pelo município. E o Proerd pela Brigada Militar. E quando é o palestrante para palestrar, pra falar com os alunos, aí é financiado pela escola.” E31

O material didático foi outra dificuldade encontrada. As escolas se queixaram de nem sempre conseguir obter material adequado sobre prevenção ao uso de

drogas, com linguagem que os alunos de diferentes faixas etárias conseguissem entender.

Em alguns casos, esses materiais estavam disponíveis na internet, com acesso liberado, porém, nem todas as escolas têm conectividade e acessibilidade à internet para baixar o material.

4.5 Fatores que influenciam na escolha de um programa de prevenção

Nessa categoria, analisaram-se como os gestores escolheram aquilo que para eles seria um programa a ser utilizado em seus ambientes escolares. Contudo, isso nem sempre ocorreu, pois ora de fato se tratava de um programa de prevenção ora de atividades de prevenção.

4.5.1 Escolhas por programas institucionalizados pelos governos estaduais e municipais

Das 41 entrevistas realizadas nas escolas, foram encontradas 28 que optaram pelos programas de prevenção institucionalizados propostos pelos governos municipais e estaduais. Desses programas, dois tiveram origem no âmbito municipal e 26 no estadual.

Na Tabela 4, conforme segue, foi apresentada a distribuição de programas institucionalizados (estaduais e municipais) nas cinco regiões brasileiras.

Tabela 4. Distribuição de programas Institucionalizados

Regiões brasileiras	Programas municipais	Programas estaduais	Total
Sul	0	15*	15
Sudeste	2	4	6
Centro-Oeste	0	1	1
Norte	0	4	4
Nordeste	0	2	2
Total	2	26	28

*Nas escolas de Santa Catarina e Paraná foram encontrados mais de um programa estadual na mesma escola.

Os programas municipais foram identificados apenas na região Sudeste, ao passo que os programas estaduais predominaram nas escolas brasileiras.

Observaram-se entre os programas estaduais, escolas que utilizaram dois programas simultâneos e encontrados na região Sul. Os motivos pelos quais essas escolas optaram pelos programas foram os mais distintos: escolas que possuíam problemas com drogas em seus ambientes e gostariam de intervir para reduzir o problema; presenças de alunos sob efeitos de drogas; ter ensino fundamental e médio no mesmo colégio, ou seja, convivência de crianças, pré-adolescentes e de adolescentes no mesmo espaço escolar. Quanto às duas escolas que optaram em utilizar programas municipais, elas estão localizadas na região Sudeste, observou-se que os relatos foram relacionados à implementação direta da secretaria de educação, sem decisão da escola.

Por sua vez, nas escolas que empregaram o Proerd como programa estadual, verificaram-se as razões mais variadas: cidades de pequena população, porém, com consumo de drogas significativo; existência desse programa em funcionamento na escola; não sabiam lidar com as diferentes situações, entre outras.

No que diz respeito aos programas estaduais na região Sul, no Estado de Santa Catarina, em uma escola, o Nepre tinha sido instituído, e o fator da escolha do programa havia sido em decorrência dos diferentes problemas na escola e do baixo rendimento escolar.

“Como veio do próprio estado e a Secretaria de Educação observando esse problema que acontece nas escolas de vandalismo e de uma série de coisas de baixo rendimento, optou pra fazer esse programa de prevenção.” E22

Ainda em relação aos programas estaduais, no Estado do Paraná identificou-se um programa estadual de combate as drogas sob a denominação de Agrinho.

“A escola aderiu ao Agrinho e fica á critério do professor da escola e é o único caminho metodológico que eu conheço. É bom professores também. Ele abre também essa possibilidade de trabalho.” E37

Os fatores para a escolha do programa Agrinho foram as seguintes: a adesão foi da secretaria estadual de educação, e nesse programa o professor pode trabalhar as propostas metodológicas que julgar necessárias. Acrescenta-se a isso, que o Proerd não fazia mais parte dos programas de prevenção às drogas nessa escola.

4.5.2 Programas que foram criados pela própria escola

Foram identificados dois programas criados pelas próprias escolas em decorrências de situações observadas na dinâmica escolar: um na cidade de São Paulo e outro na cidade de Goiânia no Estado de Goiás.

A escola E3 do município de São Paulo desenvolveu um programa baseado em oficinas de prevenção, depois de a professora mediadora ter participado de treinamento no Denarc de São Paulo. O programa que foi desenvolvido pela própria escola surgiu em virtude da função de professora mediadora, cargo estabelecido conforme resolução estadual. Com base na identificação de alunos com idades de 8 a 9 anos sob o efeito de drogas psicotrópicas, como também da escola estar situada em uma área de muita vulnerabilidade, dentro de uma comunidade próxima de uma cadeia, a professora mediadora implantou o programa.

“Eu tive uma situação aqui nessa escola que me deixou bastante constrangida, eu peguei três alunos do fundamental I fumando maconha dentro do banheiro da escola, que são crianças que tem apenas dez e nove anos de idade. É lógico que o meu trabalho, que eu tenho aqui na escola, que sendo a professora mediadora daqui da escola, a gente trabalha em rede.” E03

O outro programa desenvolvido pela própria escola foi desenvolvido em Goiânia no Estado de Goiás. Trata-se do programa Protagonismo juvenil. O programa foi escolhido em virtude da queda do rendimento escolar e a identificação do uso de drogas no ambiente escolar. Depois disso, foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Educação para a escola desenvolver um programa. Por ser tratar de escola de período integral, os alunos permaneciam em média nove horas diárias no estabelecimento escolar.

“Vários pequenos traficantes entram nas escolas como aluno e ali eles ficam dois, três, quatros anos repetindo a série, sendo reprovados já que meio de propósito para ficar distribuindo o produto nas escolas.”

E11

Os diretores e professores identificaram alunos que possuíam rendimento escolar baixo, e verificaram que os mesmos traficavam drogas dentro da escola, funcionando como comercio no ambiente escolar.

4.5.3 Relevância do tema droga na escola

Entre todos os respondentes das escolas entrevistadas, 22 da rede pública implantaram programas ou atividades após a identificação de casos de drogas em seus ambientes, enquanto na rede privada quatro escolas também implantaram programas ou atividades preventivas, como consta na Tabela 5.

Tabela 5. Identificação ou não drogas em seus ambientes quando da escolha do programa

Regiões brasileiras	Identificação de uso de droga na escola	Escolas públicas	Escolas privadas	Total
Sul	Presença	11	4	15
	Não presença	4	-	4
Sudeste	Presença	6	-	6
	Não presença	4	-	4
Centro-Oeste	Presença	2	-	2
	Não presença	-	-	-
Norte	Presença	1	-	1
	Não presença	3	1	4
Nordeste	Presença	2	-	2
	Não presença	2	1	3

Na região Sul, uma escola relatou que droga no ambiente escolar foi um pequeno problema, ou seja, houve repercussões importantes do ponto de vista do entrevistado. Todos os dirigentes de escolas privadas da região Sul foram unânimes em afirmar que houve presença de drogas no espaço escolar. O entrevistado da

escola E26 relatou que naquele momento, a escola não tinha mais problemas de ocorrência com drogas, mas que no passado, os problemas foram muitos.

Nas demais regiões brasileiras, os respondentes disseram não ter problemas com drogas, apenas numa escola foi relatado problema no entorno, não dentro.

Todos os entrevistados afirmaram que desenvolvem programas ou atividades sob o tema droga na escola. As respostas foram embasadas em duas grandes áreas: 1) escolas que tiveram problemas com drogas; e 2) escolas que não tiveram problemas com drogas.

Com relação às escolas que tiveram problemas com drogas, neste estudo representaram 61,4% (26 escolas) do total. Nesses relatos observou-se que os alunos foram encontrados com drogas ou pegos usando drogas dentro do estabelecimento escolar. Outros relataram que só souberam que a droga estava presente por meio de comentários dentro da escola. Disseram não ter problemas com drogas em seus ambientes 36,6% (15).

Dentre os entrevistados que relataram que sua escola tem problemas em seus ambientes, emergiram várias explicações que incluíram: a presença de drogas lícitas como o álcool e cigarro com os alunos e presença de drogas ilícitas, como maconha e até crack, relatados por gestores. Outros fatos importantes detectados pelos entrevistados dessas escolas foram a dificuldade de controle dos estudantes dentro da escola, pois alguns relataram o uso de álcool e outras drogas no entorno; o elevado número de alunos que transitam na escola, e o turno escolar, principalmente no horário da noite. Apontaram também para altos níveis de violência dentro da escola e alunos com mudanças de comportamento e aprendizagem.

“Porque como são drogas lícitas eles tem mais liberdade de usar, e de repente de ser uma porta de entrada pra outras drogas, porque eles se reúnem pra conversar, e pra beber e pra fumar e aí de repente há essa porta de entrada, então assim a gente tem um grupo de alunos muito grande, então a gente está em contato constante, com atividades, mas infelizmente é comum.” E20

Dentre as escolas cujos participantes disseram não ter problemas com drogas incluem: não ter conhecimento sobre o fato, não teve casos nas escolas, não é a

características dos seus alunos, pois se tratava de uma escola pequena. Ela não conseguia reconhecer o cigarro como uma droga, como segue no relato abaixo:

“Na nossa escola não tem problemas de alunos com drogas. Não tem. Não, assim, a não ser de alunos que fumem e que fumassem” E23

Muitos dos gestores atribuíram que o programa de prevenção instalado causou esse efeito de não uso pelos alunos. Porém, o que mais chamou a atenção foi o fato dessa professora ter relatado que não havia problemas de drogas em sua escola, pois “os alunos só fumavam cigarros”.

4.5.4 Construção de uma escola modelo

A construção de uma escola pública considerada como modelo no cenário nacional pareceu ser entendida como ter boas notas no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb). Nessa subcategoria, encontrou-se uma escola pública localizada no interior do Estado de Minas Gerais em que o gestor relatou que a sua escola era modelo, uma vez que desenvolvia várias atividades e programas relacionados à prevenção ao uso de álcool e outras drogas e que seus índices de aproveitamento de notas no Ideb foram considerados altos.

“[...] nós melhoramos aqui na escola pra você ter uma noção, depois desses programas e de outros programas e enfrentando problema de cara, nós melhoramos do nosso Ideb. Então nós nos tornamos a escola com melhor Ideb da superintendência de Januária.” E10

Essa escola tem problemas com drogas em seu ambiente, seus alunos são provenientes da zona rural e nessa localidade o consumo de álcool é muito alto.

4.5.5 Militarização de escola

Durante a realização das entrevistas foi detectada uma escola no município de Ijuí interior do Rio Grande do Sul, que sofreu o processo de militarização, ou seja, a escola era pública e por problemas como violência na escola e uso de drogas, passou a ser administrada pela Brigada Militar. O entrevistado, o gestor escolar, era militar da polícia do Rio Grande do Sul e se mostrou, durante a entrevista, muito satisfeito com a transição. De todas as entrevistas realizadas, somente nessa houve relatado eufórico com os programas de prevenção por eles desenvolvidos.

A escola, do ponto de vista do entrevistado, era composta por alunos que primeiramente passaram por um processo seletivo e cumpriam ordens dentro do ambiente escolar. O trabalho era realizado com disciplina e ordem, o que fez a escola ter regras, e as regras não cumpridas implicaram em punições.

Quando interrogado sobre o consumo de drogas no ambiente, o entrevistado afirmou que a conduta inadequada não existia mais em sua unidade desde a militarização.

“A princípio que a gente tenha conhecimento, o envolvimento com a droga, ela não é características dos nossos alunos não. [...] a nossa escola, ela é uma escola com características totalmente militares. E em cima disso, nós temos alguns princípios e características, objetivos que nos levam a antecipar o uso da droga. Os nossos alunos todos, eles entram aqui mesmo sendo uma escola pública, ela é uma escola diferenciada, até pelo processo que se conduz para o ingresso. O ingresso que se dá por processo seletivo, e aí são provas que eles se submetem.” E35

Segundo o respondente, a militarização da escola teve aspectos positivos no que diz respeito à violência escolar, uso de álcool e outras drogas e ao abandono escolar. O diretor tinha total apoio dos familiares e da comunidade em decorrência do modo que dirige a escola.

4.6 Participação dos docentes, familiares e da comunidade na prevenção ao uso de drogas

Nesse tópico foi tratado separadamente da participação docente, familiar e comunitária, porque para cada um dos atores envolvidos houve análise estratificada.

4.6.1 Participação dos docentes

As participações dos docentes nos programas de prevenção nas atividades foram no geral bem avaliadas pelos respondentes.

No Quadro 6 nota-se que 48,8% (n=20) dos respondentes afirmaram que os professores se envolveram, não houve resistência com relação ao desenvolvimento das intervenções, ao passo que 51,2% (n=21) afirmaram que os professores não se envolveram nas atividades, ainda que não estivessem resistentes aos programas ou às atividades.

Quadro 6. Participação dos docentes e gestores no desenvolvimento dos programas e atividades

Escola	UF	Participação dos docentes e gestores	Tipo de intervenção
E1	RJ	Sim	Programas
E2	RJ	Sim	Programas
E3	SP	Sim	Programas
E4	SP	Não	Programas
E5	SP	Sim	Programas
E6	RJ	Sim	Atividades
E7	MG	Sim	Atividades
E8	MG	Sim	Programas e atividades
E9	SP	Sim	Atividades
E10	MG	Não	Programas
E11	GO	Sim	Programas
E12	MT	Não	Atividades
E13	CE	Não	Programas
E14	CE	Sim	Atividades

E15	TO	Não	Programas
E16	TO	Sim	Programas
E17	TO	Sim	Programas
E18	AM	Sim	Atividades
E19	RN	Sim	Programa
E20	CE	Sim	Atividades
E21	AM	Não	Programas
E22	SC	Não	Programas
E23	RS	Não	Programas
E24	SC	Não	Programas
E25	RS	Sim	Programas
E26	RS	Sim	Atividades
E27	SC	Não	Programas
E28	SC	Não	Programas
E29	RS	Sim	Atividades
E30	RS	Não	Programas
E31	RS	Não	Programas
E32	RS	Não	Atividades
E33	SC	Não	Atividades
E34	SC	Não	Programas
E35	RS	Não	Programas
E36	SC	Sim	Programas
E37	PR	Sim	Programas
E38	RS	Não	Programas
E39	PR	Não	Programas
E40	TO	Não	Atividades
E41	RS	Não	Programas

Em nossa análise, os respondentes que disseram sim para a participação da intervenção e programas executados foram de escolas em que os programas exigiram o envolvimento de todo o corpo docente e dos funcionários das escolas, como se observou em E1, E2, E11, E36 e E37, o que exigiu também o envolvimento a capacitação para a execução do programa. Nas escolas que aplicaram o Proerd, os professores somente auxiliaram as atividades e apoiaram as ações.

Por sua vez, nas escolas que disseram que seus docentes não participaram, emergiram duas situações: 1) emprego do Proerd que ficou a cargo do policial militar e os professores não participaram; 2) as escolas que possuíam somente atividade e

os aplicadores oriundos do âmbito externo ministraram suas palestras ou executaram as atividades sem a presença dos docentes.

4.6.2 Participação familiar

A participação familiar na escola foi relevante no processo de acompanhamento escolar das crianças e dos adolescentes. Porém, envolver a família na escola e nos programas de prevenção é um desafio imenso. Boa parte dos entrevistados relataram dificuldades em incluir pais de alunos nas atividades relacionadas à prevenção ao uso de drogas.

“Esse é o nosso grande nó. Para conseguir a participação da família, não só apenas nesse programa, mas em qualquer programa que se desenvolve dentro da unidade escolar.” E01

“Porque não existe essa participação. É difícil ter a participação dos pais. Por quê? O que eles falam pra gente? Eles falam que saem cedo para trabalhar e voltam à noite.” E09

As escolas utilizam estratégias para que os pais possam participar das atividades por meio de reuniões de pais e mestres e tentaram ao máximo possível essa aproximação.

“Agora a gente faz reunião com pais e inclusive para falar a respeito de como está a disciplina dos filhos, como eles devem atuar com os filhos em casa. Então, a gente tem esse tipo de trabalho também com os pais.” E09

“A gente organiza através da escola, marca o dia e nesse dia então, a gente tem esse palestrante ele faz a palestra e nesse dia os pais são convidados a participar.” E31

Alguns entrevistados relataram o envolvimento familiar na escola, pois os pais foram convidados a participar de todas as atividades escolares. Conforme se verificou

nos relatos desses entrevistados, os pais estavam sempre presentes, principalmente naquelas escolas que utilizaram o Proerd.

“Às vezes levam tarefas pra casa. No Proerd tem livrinho que de uma semana pra outra eles tem atividades específicas, nas quais eles têm que levar pra discutir com a família pra responder, mas não vejo muita preocupação nesse sentido com a família, porque a grande dificuldade aqui é em questão das tarefas, como em qualquer disciplina e inclusive também do Proerd.” E22

4.6.3 Participação da comunidade

Quando os respondentes foram interrogados sobre a participação comunitária nos programas e atividades no interior do ambiente escolar, encontrou-se 41,4% (n=17) confirmaram participação comunitária e as outras 58,6% (n=24) afirmaram que a comunidade não participou dos eventos escolares de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, como se verifica no Quadro 7:

Quadro 7. Participação da comunidade nos programas e atividades de prevenção

Escola	UF	Participação da comunidade	Tipo de intervenção
E1	RJ	Não	Programas e atividades
E2	RJ	Não	Programas e atividades
E3	SP	Não	Programas
E4	SP	Não	Programas e atividades
E5	SP	Não	Programas
E6	RJ	Sim	Atividades
E7	MG	Não	Atividades
E8	MG	Sim	Programas e atividades
E9	SP	Não	Atividades
E10	MG	Não	Programas
E11	GO	Sim	Programas
E12	MT	Não	Atividades
E13	CE	Sim	Programas
E14	CE	Não	Atividades
E15	TO	Não	Programas

E16	TO	Não	Programas e atividades
E17	TO	Sim	Programas e atividades
E18	AM	Não	Atividades
E19	RN	Sim	Programa e atividades
E20	CE	Não	Atividades
E21	AM	Não	Programas e atividades
E22	SC	Não	Programas
E23	RS	Não	Programas e atividades
E24	SC	Sim	Programas e atividades
E25	RS	Sim	Programas e atividades
E26	RS	Sim	Atividades
E27	SC	Não	Programas e atividades
E28	SC	Não	Programas e atividades
E29	RS	Não	Atividades
E30	RS	Sim	Programas
E31	RS	Não	Programas e atividades
E32	RS	Sim	Atividades
E33	SC	Não	Atividades
E34	SC	Sim	Programas e atividades
E35	RS	Não	Programas e atividades
E36	SC	Sim	Programas e atividades
E37	PR	Sim	Programas
E38	RS	Sim	Programas e atividades
E39	PR	Sim	Programas e atividades
E40	TO	Sim	Atividades
E41	RS	Não	Programas e atividades

Entre os entrevistados das escolas que responderam positivamente a participação da comunidade nos programas e atividades de prevenção foram observados o emprego de programas em cinco escolas, ao passo que em quatro delas, desenvolveram-se atividades preventivas, e oito aplicaram programas mais atividades.

Das escolas que somente desenvolveram programas (E11, E13, E30, E36 e E37), em três relatos os organizadores dos programas convidaram toda a comunidade, entretanto, a participação não foi efetiva. Na escola que empregou o Agrinho, a participação da comunidade foi maior, como consta no relato:

“Existe sim. A gente sempre está trazendo a família, como eu te falei, para outros eventos, como assim, nós temos vários eventos aqui na escola que envolve comunidade e família. Mas é bem interessante, o Agrinho favorece essa atividade.” E37

Encontraram-se quatro escolas que fizeram somente atividade de prevenção e envolveram a comunidade local. Para esses entrevistados, foram feitos à comunidade convite para a participação nas palestras, exposição de trabalhos, dentre outras atividades.

“Quando a gente faz exposição dos trabalhos a comunidade é convidada á visitar, mas a gente, assim, a gente até por um motivo, assim, a gente tenta não invadir a comunidade com o nosso estudo do caso.” E06

As escolas que combinaram programas e atividades somaram oito, dentre elas identificou-se que todas possuíam como programa o Proerd. Os respondentes convidaram a comunidade quando as atividades de prevenção foram desenvolvidas com palestras e exposição de trabalhos dos alunos.

“Dentro da nossa sede de conhecimento, aí sim, a comunidade é chamada e cada momento, dependendo do trabalho abordado por cada turma algumas trabalham com a própria questão da droga. Então a comunidade também é chamada pra ver os trabalhos e conhecer o que os alunos fazem através das pesquisas.” E39

Encontrou-se uma escola que criou estratégia de aproximação da comunidade com a escola, pois se observou que as pessoas da comunidade não tiveram tempo para o envolvimento com as atividades.

“A gente faz geralmente aos sábados facilitando para que os pais e toda a comunidade venham visitar os trabalhos de seus filhos e amigos que fazem na escola e também pra que eles avaliem o trabalho da escola.” E24

As escolas cujos respondentes disseram não ter participação da comunidade nas atividades nem nos programas, mesmos os que tinham somente programas (oito escolas), atividades e programas (11 escolas) e somente atividades (oito) delas, surgiram duas situações que justificaram a ausência de participação da comunidade: 1) os trabalhos desenvolvidos foram destinados somente aos alunos; e 2) a interação com a comunidade foi difícil ou ela não se interessou.

“Não. Somente a comunidade da escola. Os professores, os funcionários e os alunos.” E27

“Não existe. É muito difícil envolver toda a comunidade no entorno.” E01

Quando a escola aplicou o Proerd, verificou-se que a participação da comunidade na perspectiva do respondente foi no final, espaço destinado à cerimônia de encerramento.

“Geralmente a comunidade é convidada na hora da formatura, mas durante as palestras, durante os estudos assim, não. Aí é só os alunos e os professores.” E31

Nos discursos, os respondentes entenderam que é importante a participação da comunidade, mas que essa interação foi muito difícil, pois requer o envolvimento de todos nos programas e nas atividades preventivas.

4.7 Percepções sobre a avaliação dos programas e atividades preventivas

A avaliação é o processo para verificar se o programa de prevenção foi desenvolvido em conformidade com os propósitos estabelecidos e atingindo os resultados esperados. Quando se avalia um programa, é possível detectar as dificuldades e facilidades encontradas no desenvolvimento do trabalho em cada etapa, de modo que se corrijam os problemas e se ajuste o programa para as próximas etapas.

A avaliação dos programas de prevenção é um processo complexo, que exige instrumentos adequados e procedimentos de pesquisa claros e efetivos. Seria esperada nestas escolas que implantam programas pelo menos uma avaliação de processo, que evidencia se o programa foi cumprido como originalmente planejado, e uma avaliação de resultados, que evidencia as alterações no perfil de consumo de drogas dos participantes do programa.

Nas entrevistas percebeu-se desinformação geral quanto às formas de avaliações dos programas. Porém, os respondentes acreditaram estarem “avaliando o programa”, medindo como desfecho a observação de ter havido ou não intercorrências com drogas dentro da escola.

4.7.1 Metodologias adotadas nas escolas para avaliação dos programas e atividades de prevenção

Nos discursos analisados, percebeu-se falta de instrumentalização para avaliar os resultados dos programas e atividades implantadas nas escolas. Todos responderam não possuir nenhum instrumento de avaliação dos seus resultados e nem souberam avaliar se as atividades ou programas preventivos foram positivos na redução do consumo de álcool e outras drogas. Observou-se até a dificuldade e resistência por parte dos entrevistados em responder às perguntas, como pode ser notado nos discursos a seguir:

“Instrumento?! Ah! Não tenho. O instrumento é o nosso dia a dia. É o olhar o que nós temos todos os dias. É o local que a gente vem

trabalhar e eu sei que não vou encontrar esse tipo de problema [uso de drogas].” E06

Quando interrogado sobre a forma de avaliação, o entrevistado respondeu que é realizada com provas dissertativas sobre o tema drogas, como visto no relato:

“Nós temos todas as segundas feiras à tarde, nós temos instrumentos à mão. Porque a primeira coisa que se faz na segunda-feira é uma avaliação do que foi trabalhado nos dias anteriores. Essa avaliação é uma avaliação feita por provas.” E11

Alguns dos entrevistados avaliaram seus programas pelos comentários de satisfação feitos pela comunidade e pelos alunos, após a execução de uma atividade, sem nenhum critério que validasse seu resultado.

“A gente, não, não temos nenhum instrumento que medisse isso. Eu acho que o único instrumento foi o comentário da comunidade, do trabalho, de nos parabenizar sobre a repercussão que teve.” E23

“A gente, não, não temos nenhum instrumento que medisse isso. Eu acho que o único instrumento foi o comentário da comunidade, do trabalho, de nos parabenizar sobre a repercussão que teve.” E23

Um relato interessante relacionou o programa de prevenção com o Ideb. Segundo um educador, após a implantação do programa de prevenção na sua unidade escolar, houve melhora perceptível no Ideb. A partir de então, eles utilizaram esse índice como parâmetro de avaliação do programa de prevenção, apesar de não considerarem os desvios de instrumentos nem um grupo controle que não tenha recebido o programa.

“Assim, eu não tenho, por exemplo, um mecanismo de avaliação como o estado faz, mas a minha avaliação pessoal a respeito dos programas é que eles estão tendo um efeito muito positivo. Positivo por quê? Porque nós melhoramos, pra você ter noção, se nós melhoramos a

evasão escolar, por mais que nós subamos um ponto no Ideb, já é um resultado significativo.” E10

Outra forma encontrada de avaliar o programa de prevenção da escola foi registrar todas as ocorrências de consumo de drogas e apreensões dentro da escola em livros de registro e comparar com os anos anteriores.

“Temos um livro de registro e esse livro de registro fica na sala da direção. Inclusive nós enquanto setor de orientadores pedagógicos também temos os nossos apontamentos que a gente faz e que tudo que acontece a gente também tem. Porque se você me perguntar de três anos atrás o que aconteceu naquele ano com os alunos? Quantas ocorrências? Quantos documentos eu fiz? Eu tenho tudo arquivado.” E30

4.7.2 Resultados obtidos das atividades e programas de prevenção

A dificuldade de escolher um instrumento para avaliação predominou neste estudo, justificando a falta de procedimento padrão de avaliação por parte das escolas. Em contrapartida, verificou-se que todos os entrevistados relataram que suas atividades e programas de prevenção foram bem-sucedidos. A noção de sucesso partiu da redução da observação de episódios de consumo de drogas nas escolas, como apresentado nos relatos:

“Ele é bem-sucedido. Ele é positivo quando a gente não vê a evasão da parte negativa da droga na escola. Se a gente não estivesse com um trabalho bem realizado a gente ia ver a negatividade invadindo.” E06

“Bem-sucedido. Que nem eu te disse. Justamente pelo fato da gente não ter mais esses problemas aqui na escola, de alcoolismo, de drogas na sala de aula.” E31

Ainda que a autoavaliação tenha sido positiva, muitas dessas escolas apontaram a necessidade de melhorar suas atividades, capacitações e de padronizar

ações. Percebeu-se que o conhecimento sobre o assunto e a capacitação técnica são, sob o ponto de vista dos entrevistados, ações necessárias para que os programas apresentassem melhores resultados na redução do consumo de drogas.

“Eu avalio de uma forma satisfatória, mas que poderia melhorar. Daria para melhorar ainda muito mais, trabalhar mais transversalmente esse tema, capacitando professores, o estado capacitando professores pra que juntos eles possam trabalhar esse tema de uma forma que envolvesse mais.” E24

Um questionamento detectado nesta pesquisa foi se a implantação do programa de prevenção havia oferecido benefícios ou malefícios à comunidade escolar e à família. Nenhuma escola parece identificar possíveis malefícios trazidos pelo programa, como um potencial efeito iatrogênico.

“O benefício que nós conseguimos visualizar, é o olhar clínico que a gente tem, crítico até, da não apresentação específica da droga na escola. Malefício eu não vejo. Porque ela não nos atinge.” E06

“Eu não vejo malefícios não. Eu vejo benefícios. Benefícios por quê? Porque com as parcerias sólidas que nós fizemos com essas outras instituições, essas instituições se colocam como parte da nossa escola.” E10

Durante as discussões sobre benefícios e malefícios que foram observados nos programas instalados nas escolas, todos responderam que só houve benefícios desde a implantação até a execução dos programas. Alguns relataram que os alunos tiveram benefícios sociais e redução do consumo. Entretanto, não foi aplicado por parte dos respondentes das escolas, nenhum instrumento que pudesse medir esses bons resultados.

“Bom, os benefícios é a questão social mesmo, que é o uso da droga. [...] eu acho que oportuniza uma avaliação da própria comunidade escolar com relação á esse uso mesmo.” E01

“Nós percebemos que hoje á nível de município, eu acredito que na questão do cigarro, nós tivemos uma diminuição entorno de mais de noventa por cento hoje.” E07

Na percepção do entrevistado, o fracasso do programa está ligado ao jovem que consumiu drogas e que é de conhecimento da escola.

“Ah sim. Quando eu percebo que tem alguém envolvido, pra mim é um fracasso.” E22

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 Os programas de prevenção e as atividades preventivas

No presente estudo foram entrevistados 41 profissionais do meio escolar em diferentes cidades das cinco regiões brasileiras, com o objetivo de caracterizar os programas de prevenção ao uso de drogas existentes nas escolas de ensino fundamental e médio.

Com base na análise das entrevistas realizadas, foi possível identificar que existem alguns programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas sendo desenvolvidos em escolas brasileiras, entretanto, o que se verificou foi o predomínio de atividades preventivas oferecidas às crianças e aos adolescentes que frequentaram as escolas.

De modo geral, as atividades preventivas identificadas nas escolas foram atividades eventuais, destinadas apenas a um grupo específico de alunos e aplicadas fora do currículo escolar. Tais ações não evidenciaram um caráter contínuo, pois foram motivadas pelo aparecimento de um problema relacionado ao uso de drogas nas escolas.

Neste contexto, ressalta-se que programa de prevenção é definido, na literatura científica, como um conjunto de atividades contínuas, inseridas dentro do cotidiano escolar (Agabio et al., 2015), cujo objetivo é de reduzir a prevalência dos fatores de risco e aumentar os fatores de proteção (Sanchez, 2014; Campos, Figlie, 2011). Além disso, os programas de prevenção devem ser de longo prazo e com intervenções repetidas para reforçar as metas de prevenção originais (Nida, 2003). Logo, pode-se perceber com base nos relatos descritos anteriormente, que os respondentes classificam de forma equivocada um programa de prevenção, pois consideram que a sua escola é possuidora de um suposto programa preventivo apenas por desenvolver uma ação preventiva e pontual ligada à temática das drogas, especialmente palestras e aulas sobre o tema.

A UNODC elaborou um documento em que propõe as boas práticas internacionais para a elaboração de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, baseado em programas efetivos, ou seja, aqueles que conseguiram evitar ou retardar o início do consumo de álcool e outras drogas. O propósito geral da

prevenção do uso de álcool e outras drogas, porém, abrange muito mais que isso, visto que busca assegurar às crianças e os jovens menos vulnerabilidade e mais resistência aos riscos que possam existir para o desenvolvimento saudável. A prevenção deve auxiliar de forma que crianças e jovens percebam os seus talentos e potenciais, tornando-se membros que contribuam para o bem de suas comunidades (UNODC, 2013).

O *National Institute on Drug Abuse* (Nida) também menciona as boas práticas preventivas por meio de 16 princípios, cujo propósito é o de contribuir com o planejamento, seleção e execução de programas preventivos no ambiente escolar. De maneira resumida, o Nida propõe em seus princípios: a melhoria dos fatores de proteção e diminuição dos fatores de riscos; discutir aspectos relacionados a todos os tipos de drogas, lícitas e ilícitas; desenhar programas específicos para cada idade, cultura e sexo; programas que envolvam a família, a comunidade, o entorno escolar e que combinem outras organizações, como, por exemplo, religiosa; programas combinados, que respeitem a cultura; reforcem os trabalhos preventivos ao longo dos anos e o uso de técnicas interativas (Nida, 2003).

O que foi denominado de programa de prevenção pelos respondentes não está em conformidade com o que é esperado dos programas de prevenção baseados em boas práticas. Os programas de prevenção identificados nesta pesquisa preencheram apenas alguns dos critérios propostos para as boas práticas de prevenção ao uso de álcool e drogas nas escolas, como foi proposto pelo Nida (2003) e UNODC (2015). Ressalta-se que a compreensão equivocada do que caracteriza um programa de prevenção pode decorrer da neutralidade de efeito das ações ou inclusive da iatrogenia (UNODC 2015).

Nas escolas norte-americanas, o investimento na área de prevenção ao uso de tabaco, álcool e de outras drogas é amplo. Aproximadamente 3/4 das escolas públicas apresentam programas baseados em evidências (Bruckner et al., 2014). Outros dados americanos mostraram que 35% das escolas públicas têm suporte federal para a implantação de programas de prevenção escolar no ensino médio público (Ringwalt et al., 2002). Apesar de existirem diretrizes do governo brasileiro (Senad, 2011) que regulamentem as políticas preventivas na área de álcool e outras drogas, ainda não há estudos que evidenciem as características dos programas de prevenção aplicados às escolas, não estando clara a relação custo-benefício da implantação de programas

de prevenção em ambientes escolares. Todo o desenvolvimento de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas depende de políticas públicas articuladas com a educação e com os demais segmentos da sociedade como, por exemplo, a saúde.

5.2 Características gerais dos programas de prevenção avaliados

Com relação à escolha das atividades preventivas desenvolvidas com os alunos, observou-se que não foram baseadas em nenhuma evidência científica. Os respondentes das escolas entrevistadas informaram desconhecer e não ter nenhum contato com a literatura nacional ou internacional existente sobre os programas de prevenção.

A ausência de embasamento científico para a elaboração e execução de qualquer prática preventiva tornou-se evidente quando se observou a presença de usuários em recuperação de drogas ditos “ex-usuários” dando depoimento nas escolas. Notou-se que essa deve ser uma prática comum nas escolas, uma vez que na nossa amostra encontrou-se evidência dessa ação em duas regiões diferentes. Nos discursos dos gestores, a justificativa para essa prática esteve embasada no relato de adolescentes que gostaram de saber o que ocorreu desde o uso até a recuperação. Entretanto, a UNODC (2013) postula que o uso de depoimento de ex-usuário em atividades preventivas está associado à ausência de efeito ou mesmo a resultados negativos, assunto que foi discutido no parlamento inglês como uma ação que não deve ser aplicada em escolas (Parliament, 2012).

As aulas, como atividades preventivas, foram observadas em quase todas as escolas estudadas, tanto nas que se utilizaram apenas de atividades preventivas, como naquelas que combinaram atividades com programas de prevenção. As aulas na maior parte do tempo foram expositivas e com conteúdos. O professor de ciências ou de biologia foi o mais requisitado pela sua formação, apesar de outros professores de outras disciplinas também participaram desse processo. Entretanto, segundo Botvin e Griffin (2007), ofertar somente informações sobre drogas e seus efeitos para um público-alvo meramente passivo costuma não produzir efeito.

Em trabalho proposto por Faggiano et al. (2008) mostrou que os programas de prevenção baseados no desenvolvimento das habilidades sociais e individuais foram

os que mais ajudaram a diminuir o consumo de drogas por parte dos adolescentes. Além disso, os seminários que também podem ser considerados ferramentas metodológicas idealmente utilizadas para suscitar a reflexão no processo de ensino e aprendizagem, pois permitem ao aluno produzir conhecimento e elaborar ideias (Anastasiou et al., 2007), foram utilizados em apenas uma escola.

Com relação à execução dos programas de prevenção, desenvolvidos e aplicados pelos membros da comunidade escolar, a figura do professor aparece com bastante frequência. Segundo Pavani et al. (2009), os professores têm um papel primordial na orientação e informações sobre drogas para os alunos. Sodelli (2010) relatou que os professores estão mais perto dos jovens e por isso são considerados importantes agentes de formação e informação sobre drogas. Contudo, estudos mostraram que professores que compreendem a importância da prevenção ao uso de álcool e outras drogas, tendem a delegar a tarefa para outros profissionais. Até mesmo os professores que são capacitados por meio de cursos não evidenciaram mudanças comportamentais para assumirem tarefas preventivas em ambientes escolares (Sodelli, 2007).

Além disso, um estudo realizado por Ferreira et al. (2010), no Brasil, identificou baixa percepção dos professores sobre os riscos causados pelas drogas, sugerindo a presença de um profissional externo mais qualificado sobre o assunto para tratar dessa temática com os alunos, para se isentarem da responsabilidade de ministrar essas aulas.

Complementarmente, em um estudo qualitativo conduzido por Araldi et al. (2012), que buscou uma reflexão acerca das representações sociais dos professores sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas nas escolas, observou que os educadores têm uma visão estigmatizada do aluno que consome álcool e outras drogas, o que acaba dificultando o diálogo aberto entre professor e aluno para atuação nesse campo nas escolas, uma vez que se trata de tema permeado por tabu.

De acordo com nossos achados, aproximadamente 26 entrevistados relataram ter problemas com uso e abuso de álcool e drogas em suas escolas. Todos os relatos apresentaram experiências diferentes e únicas, porém, as características foram relacionadas à localização das escolas em comunidades carentes, pressão do tráfico, presença de alunos sob efeitos de drogas, presença de alunos traficantes e violência escolar.

Portanto, mesmos com os programas de prevenção ou atividades preventivas nas escolas, os professores e aplicadores têm dificuldade em lidar com alunos que fazem uso problemático de álcool e drogas, realizando uma abordagem totalmente fora dos pressupostos teóricos. Desse modo, cabe à escola identificar os fatores de riscos e de proteção e iniciar um projeto preventivo com programas seletivos para que esses alunos diminuam o consumo e retomem suas atividades estudantis (Peters et al., 2003; Evans, 1999). No entanto, as condições precárias de trabalho dos professores ou aplicadores de programas ou atividades, associados ao medo da marginalidade do usuário de álcool e outras drogas, dificultam as práticas preventivas para o uso e abuso de álcool e drogas (Moreira, Silveira, Andreoli, 2006).

Baseado nos preceitos teóricos das estratégias pedagógicas, neste estudo encontrou-se docentes preocupados com o desenvolvimento das estratégias para o melhor aprendizado dos alunos, produzindo esforços no sentido de melhorar e aprimorar a técnica. De acordo com Petrucci e Batiston (2006), as estratégias pedagógicas são recursos disponíveis aos professores e gestores, pouco foram empregados pelos respondentes desta pesquisa, sendo implementadas sem critério científico. A palavra estratégia historicamente esteve atrelada ao planejamento de ações para ser executada em guerra, proposta por militares. Porém, na atualidade, a palavra estratégia tem uma relação direta com o processo ensino-aprendizado.

Para Anastasiou e Alves (2004), o termo “estratégias de ensino” é definido como as formas utilizadas pelos professores entre o processo de ensino com a atividade executada e os resultados obtidos por essa intervenção. Com relação às estratégias de prevenção ao uso de drogas nas escolas, podemos destacar três formas de estratégias preventivas: diminuir a oferta do produto, diminuir a demanda por parte do usuário e intervir nas ações favorecedoras da oferta e procura. A primeira estratégia implica em ações exclusivamente de repressão, voltadas para os “fornecedores” de droga na escola e nos arredores, contando com auxílio de atores da segurança pública. A segunda destina-se as ações educativas no ambiente escolar, e a terceira estão relacionadas às ações estratégicas para neutralizar ou minimizar fatores ligados aos riscos e proteção, referindo-se a um programa estruturado (Hanley et al., 2010).

A estratégia encontrada em nossas análises foi a inserção do programa ou atividade no PPP da escola. A criação do PPP pelas instituições educacionais está

disposta na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394/96, especificamente nos artigos 12, 13, e 14. O PPP faz com que a escola consolide sua autonomia, podendo criar estratégias e executar o trabalho e fazer sua própria avaliação. As escolas que inseriram as atividades e programas nos PPP garantiram que todas essas ações iriam ser executadas ao longo do ano. Foram executadas, porém, não avaliadas em sua qualidade, quando avaliadas, relataram ter resultados positivos baseados no empirismo, ou seja, no simples fato de os alunos terem gostado, por exemplo. Também encontramos escolas que não inseriram os programas e atividades em seus PPPs. Alguns dos respondentes não souberam expor os motivos pelos quais não foram inseridos e outros não responderam.

É importante destacar que alguns programas de prevenção, tais como o Nepre, abordam também outros desfechos, além do uso de drogas, como: sexualidade, gravidez na adolescência, alimentação saudável, práticas corporais, DSTs e violência escolar. Segundo a literatura internacional, programas de prevenção devem combinar outros temas, tais como sexualidade, DSTs e prevenção aos riscos de exposição (Nida, 2003). Segundo Nation et al. (2003), as abordagens preventivas devem tratar de vários conteúdos temáticos relacionados à saúde, educação, condições sociais e a qualidade de vida dos adolescentes, permitindo que eles apreendam uma variedade de conhecimentos individuais e sociais.

De acordo com o Nida (2003) um bom programa de prevenção tem que atingir várias faixas etárias e combinar diferentes assuntos como sexualidade, gravidez na adolescência e prevenção de riscos. Dessa forma, destaca-se que os programas que combinaram mais de um comportamento de risco, apesar de não avaliados em seus resultados, potencialmente tiveram mais chances de apresentarem bons resultados do que os que trabalharam apenas a questão das drogas.

5.3 As drogas que foram mencionadas nos programas e atividades preventivas

Um dos dados evidenciados pela presente pesquisa foi o de identificar as drogas mencionadas nos programas e atividades de prevenção. Conforme os nossos resultados, o crack ganhou destaque nas principais abordagens, seguido de maconha, drogas sintéticas e, por último, o álcool (Horta et al., 2014; IBGE, 2012).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), realizada pelo Ministério da Saúde, que monitora a saúde dos alunos de escolas brasileiras, apenas 7,3% deles usaram alguma droga ilícita na vida (Horta et al., 2014; IBGE, 2012). Em outra pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2013), mostrou que existem 370 mil usuários de crack distribuídos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, o que representa 0,8% da população, sendo que apenas 14% dessa amostra tem idade inferior a 18 anos de idade, representando cerca de 50 mil crianças e adolescentes (Bastos et al., 2014).

Os dados referentes ao uso de álcool pelos adolescentes são bem mais expressivos nos levantamentos do Cebrid (2010), uma vez que 42,6% dos adolescentes relataram ter ingerido bebidas alcoólicas. O Pense revelou ainda que 21,8% dos jovens se embriagaram alguma vez na vida (Horta et al., 2014; IBGE, 2012). Um estudo conduzido por Sanchez et al. (2013) evidenciou que o comportamento de *binge drinking* é bastante comum entre estudantes do ensino médio brasileiro, visto que cerca de 35% dos estudantes haviam sido expostos ao *binge drinking* pelo menos uma vez na vida. O *binge drinking* é definido como um consumo de quatro a cinco doses de bebidas alcoólicas em um único episódio e está fortemente associado ao aumento de outros comportamentos de risco, tais como: intoxicação, morte, violência e exposição as HIV/DSTs (Wechesler e Nelson, 2001).

Diante desses dados epidemiológicos fica claro que a droga psicotrópica mais importante a ser abordada nos programas preventivos nas escolas seria o álcool. Porém, observamos que nas entrevistas esse tema pareceu não ter muita relevância para os respondentes. O desconhecimento sobre o uso de álcool e seus efeitos entre os adolescentes nas escolas esteve presente em boa parte dos respondentes. Houve mais preocupação com as drogas, às vezes, inexistentes em nosso meio, como heroína e *krokodil* do que com cigarro, álcool e maconha, por exemplo, o que refletiu um descompasso entre a prevalência de consumo e os temas abordados em sala de aula.

Entre as características que justificariam o comportamento dos aplicadores ou professores dos programas ou atividades preventivas poderiam ser incluídas o desconhecimento dos dados epidemiológicos, influência da mídia que enaltece outras drogas e experiências pessoais e únicas de familiares e amigos, gerando nessas pessoas um sentimento protetor e senso comum sobre drogas. No entanto, o que se

sabe é que as práticas preventivas devem conter particularidades próprias de cada região, levar a uma reflexão crítica sobre as drogas, respeitar o contexto sociocultural, desenvolver atividades autênticas e garantir a continuidade do trabalho preventivo. Devem-se considerar, ainda, as características dos alunos, o tipo de droga mais frequente e o contexto social inserido (Martini, Furegato, 2008). Os conteúdos têm que ser culturalmente apropriados e importantes para os alunos, de maneira que eles façam uma reflexão crítica sobre sua vida (Nation, 2003).

5.4 Participação dos familiares e da comunidade na prevenção ao uso de drogas

Com relação à participação familiar nos programas e atividades de prevenção, foi identificado que os respondentes tiveram dificuldade em atrair os familiares para participarem das práticas preventivas realizadas nas escolas. Algumas escolas até criaram estratégias como reunião de pais e mestre para convencer a participação da família nos eventos escolares, mas isso não se mostrou efetivo. O Proerd, por exemplo, tentou envolver a participação familiar de forma tímida. Ao final do programa, a família foi convidada a participar da formatura dos alunos, embora também existisse a participação com atividades proposta nas residências para que os pais ajudassem na construção do conhecimento.

Todavia, o que a literatura mostra é que a participação familiar é de fundamental importância nos programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, pois apresenta maior eficácia na redução do consumo entre adolescentes (Foxcroft, Tsertsvadze, 2012). No entendimento de Sanchez et al. (2011), os programas de prevenção devem contar com a presença e participação familiar em sua estrutura, pois a influência familiar parece ter maior repercussão na decisão pelo não uso da droga.

Os domínios de prevenção ao uso de álcool e drogas para um adolescente envolvem diversos aspectos, dentre eles o individual, familiar, social, amigos e escolar (Schenker, Minayo, 2005). Entretanto, programas que se destinam a apenas um desses domínios podem não ter eficácia do ponto de vista da redução do consumo de drogas por adolescentes (Campos, Filglie, 2011).

5.5 Ausência de avaliação dos programas e atividades de prevenção existentes

Os resultados obtidos neste estudo com relação à avaliação dos programas ou atividades preventivas desenvolvidas nas escolas identificou desconhecimento por parte dos respondentes sobre instrumentos de avaliação dos programas. Porém, algumas escolas preocupadas em avaliar suas práticas utilizaram indicadores como o Ideb ou o registro de ocorrência de drogas nas escolas. Para algumas o simples fato do aluno estar satisfeito foi uma forma de avaliação. Desse modo, verificou-se que a falta de evidência científica na implantação de programas de prevenção ao álcool e outras drogas no Brasil é notória.

Do ponto de vista científico, um programa de prevenção baseado em evidência científica deve ter monitoramento e avaliação com o propósito de identificar se o programa está adaptado as condições socioeconômicas e culturais, bem como se produziu os resultados esperados (UNODOC, 2013).

Avaliar programas de prevenção é indispensável para saber se a estratégia que foi desenvolvida funcionou ou não ou se é necessário realizar adaptações para o melhor funcionamento do programa (Nation et al., 2003). Além disso, sem avaliação de programas, é possível que não se identifique efeitos nocivos. Dessa forma, a única maneira de saber se um programa está fazendo mal àqueles que o recebem, é por meio de avaliação de resultados e realizados com ensaios controlados randomizados (Royse et al., 2010). Destaca-se que nenhum entrevistado se quer cogitou que seria necessário avaliar os desfechos do programa (uso de drogas) em dois momentos (antes e após a aplicação do programa) e que esses resultados deveriam ser comparados com um grupo controle semelhante ao de alunos que participaram do programa.

5.6 Principais programas de prevenção encontrados nas escolas brasileiras

O programa de maior prevalência identificado neste estudo foi o Proerd. Em 21 entrevistas foi exposto que o Proerd foi o único programa de prevenção desenvolvido na escola (com ou sem associação a outros programas ou atividades preventivas). Da análise realizada com base nos discursos dos respondentes, foi possível observar que

os professores e diretores cujas escolas implementaram o Proerd exclusivo ou combinado estavam satisfeitos com programa.

Isso ocorreu pelo fato de o Proerd trazer a polícia para a escola e, indiretamente proteger a comunidade escolar, como também de tirar da escola e do professor a responsabilidade de ministrar um programa de prevenção ao uso de drogas, finalidade para a qual nem sempre se sentiram seguros ou capacitados.

Todavia, deve ser ressaltado que o Proerd brasileiro não possui nenhum estudo de efetividade com desenho adequado para medir os seus resultados. Há apenas alguns estudos nacionais qualitativos que avaliaram o impacto do Proerd de forma não específica. Melo e Campos (2012) enalteceram o Proerd como um potencial meio de redução do consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes que foram expostos ao programa. Em outro estudo conduzido por Salm e Menegasso (2007), no Estado de Santa Catarina, demonstrou-se o envolvimento da família, professores e servidores no processo como uma política de produção de bem público, no entanto, o estudo reforçou a necessidade de mais pesquisas para medir esses resultados.

Para Demétrio, Viana e Hoeflich (2013), que avaliaram o Proerd nas unidades escolares do município do interior do Paraná, o programa evitou comportamentos de violência e, por isso, sugeriram a expansão do programa para o ensino médio. Em contrapartida, em estudo quasi-experimental conduzido por Stephen et al. (2014), com 1677 alunos de São Paulo, os pesquisadores encontraram pouca evidência de eficácia do Proerd.

Os estudos que avaliaram o Dare (programa americano no qual o Proerd foi inspirado), sistematizados em uma metanálise, evidenciaram que o Dare tem pouco ou nenhum efeito sobre a redução do consumo de drogas por parte dos estudantes e um pequeno efeito sobre o comportamento psicossocial. O estudo sugeriu que novas versões devem ser melhoradas e avaliadas, pois os modelos desenvolvidos não evidenciaram redução do consumo (Pan, Bai, 2009).

Além disso, estudos bem desenhados e com acompanhamento de até 10 anos, com alunos submetidos ao programa Dare, evidenciam que os padrões de consumo de drogas desses sujeitos não se diferenciaram nem em curto nem em longo prazo do padrão observado entre os alunos que não foram submetidos ao programa (Lynam et al., 1999; Rosenbaum, Hanson, 1998).

5.7 Militarização de escola

Uma tendência mais recente no Brasil que se encontra em curso é a terceirização da gestão educacional assumida pela polícia militar (PM) ou pelo corpo de bombeiros militar. Essas corporações assumiram a gestão educacional em vários estados brasileiros, como, Goiás, Sergipe, Bahia, Ceará, Piauí, Amazonas, Tocantins, Minas Gerais, Distrito Federal e Rio de Janeiro. Ainda que sob fortes protestos, parece que há um avanço na militarização das escolas públicas, com o discurso de diminuição da violência escolar e melhorias da qualidade de ensino (Editorial, 2016).

Transferir a responsabilidade educacional de escolas públicas de educação básica para a gestão comandada pela polícia militar representa um verdadeiro retrocesso na política educacional do país. A deficiência de militares sem qualquer formação na área pedagógica exercendo a gestão significa impossibilitar uma gestão pedagógica democrática baseada na LDB (Lei 9.394 de 1996) e na Meta 19 do Plano Nacional de Educação (Lei 13.005, de 2014), que trata da gestão democrática da educação, transformando-a em uma questão de segurança e controle (Editorial, 2016).

Historicamente, os colégios militares foram criados e autorizados a funcionar em 1976, durante a ditadura militar com a Lei nº 8.125 de 18 de junho. No início, o colégio militar foi direcionado apenas aos filhos de militares ou parentes. Durante algum tempo, os colégios militares começaram a apresentar uma boa qualidade técnica, sensação de segurança e bom desempenho em avaliações institucionais. Baseados nessas características, a população se viu ansiosa para ter seus filhos em instituições como o colégio militar (Cruz, Ribeiro, 2015).

O Estado de Goiás é o que apresenta a maior expansão do projeto de militarização das escolas públicas. No momento, são mais de 30 colégios estaduais administrados pela polícia militar, sendo o maior registrado em todo o país (Velo, Oliveira, 2015).

A justificativa para a militarização das escolas diz respeito ao combate à violência escolar, sensação de segurança, redução do tráfico de drogas, prostituição e a repressão. A militarização dessas escolas no Estado de Goiás está acontecendo em áreas com elevados índices de criminalidades (Velo, Oliveira, 2015).

Foi encontrada, neste estudo, uma escola no interior do Rio Grande do Sul que também sofreu o processo de militarização. A administração escolar passou a ser comandada pela polícia militar daquele estado. Não se tem literatura indexada sobre o assunto militarização nas escolas do Rio Grande do Sul, somente uma literatura jornalística que enaltece a participação da polícia militar na escola. Com relação às práticas de prevenção, a escola se utiliza do Proerd e atividades preventivas.

A análise dos resultados mostrou que o respondente dessa escola se encontra muito satisfeito com a militarização (até por que a respondente foi uma militar) e que os problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas e violência escolar “diminuíram” após a militarização e como reflexo da intervenção militar. Além disso, ainda de acordo com a respondente, os índices de aprovação em avaliações nacionais foram acima da média nacional. Entretanto, foi identificado ao longo da entrevista, que no momento da transição da escola civil para militar alguns alunos que não conseguiram seguir a disciplina militar foram transferidos para outras escolas da região.

Portanto, o efeito positivo de melhora dos índices descritos pela respondente, inclusive uma possível redução no consumo de drogas, não correspondeu necessariamente à intervenção militar, mas sim a forma segregadora e discriminatória que o sistema estabeleceu. De qualquer forma, o programa de escolha dessas escolas militarizadas é o Proerd, com todas as limitações de resultados.

Apesar dos dados dessa pesquisa ser relevantes para a identificação de programas e atividades de prevenção nas escolas brasileiras, existem limitações a serem consideradas. A primeira delas diz respeito ao uso do Skype para a realização das entrevistas, que pode ter tornado a entrevista em profundidade mais formal, em virtude da distância física entre o pesquisador e os respondentes. Além disso, o perfil e coleta favoreceram escolas que tinham linha telefônica ou internet para que a comunicação fosse factível. A agenda plena de compromisso dos professores também foi um motivo de recusa que pode ter influenciado na perda de casos potencialmente importantes. Por fim, destaca-se que, por se tratar de estudo qualitativo, não é possível generalizar os achados para o universo amostral.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

O presente estudo evidenciou que a maioria das escolas brasileiras possui algum tipo de atividade preventiva que são autodenominadas de “programas de prevenção” pelos representantes das escolas. No entanto, de acordo com a literatura científica sobre o tema não completam requisitos para tal denominação. Isso porque as atividades preventivas oferecidas aos alunos possuem um caráter descontínuo e pontual, aplicadas fora do currículo escolar e sem cumprir critérios mínimos de boas práticas de prevenção. Ficou claro, portanto, que boa parte do que foi denominado de programa de prevenção pelos respondentes, não está em conformidade com o que é esperado dos programas de prevenção baseados em evidências científicas, estando mais bem enquadrados dentro da denominação de atividades preventivas.

As principais atividades de prevenção identificadas nas entrevistas foram: palestras, seminários, aulas, atividades lúdicas e visitas técnicas aos centros de recuperação de usuários de drogas. Os programas identificados nas 41 escolas foram: Proerd, Agrinho, Nepre, Prevenção às drogas, Oficina de prevenção, Protagonismo juvenil, Projeto Professor diretor de turma e Dignidade: uma conquista diária. Contudo, ficou evidente nas entrevistas que os programas ou atividades preventivas não foram baseados em nenhum conhecimento ou evidência científica sobre o tema, uma vez que os respondentes das escolas entrevistados informaram desconhecer e não possuir nenhum contato com a literatura nacional ou internacional existente sobre programas de prevenção.

O programa de prevenção ao uso de drogas mais comum nas escolas avaliadas foi o Proerd, ofertado pela polícia militar. O Proerd foi oferecido em 21 das 41 escolas entrevistadas. Esse programa tem boa receptividade por parte dos diretores das escolas, visto que se sentem protegidos pela presença do policial e também mais seguros por terem um programa sendo aplicado por “especialistas” e não por professores que têm pouca ou nenhuma experiência com o assunto.

Entretanto, os entrevistados não parecem saber das evidências científicas que sugerem que o Dare, programa que deu origem ao Proerd, não reduz efetivamente o consumo de drogas dos alunos. Assim, destaca-se a preocupação em relação ao trabalho desenvolvido pelo Proerd, visto que não se sabe se esse programa reduz ou aumenta o consumo de drogas entre os escolares. Logo, não se tem evidências que

o programa de prevenção mais ofertado nas escolas brasileiras de fato tenha algum efeito no desfecho primário principal: o uso de drogas pelos adolescentes.

É importante destacar que alguns programas de prevenção associaram o tema das drogas a outros desfechos como: sexualidade, gravidez na adolescência, alimentação saudável, práticas corporais, doenças sexualmente transmissíveis e violência escolar. Ressalta-se que essas práticas associativas são recomendadas pela literatura internacional de programas de boas práticas de prevenção.

Deve-se ainda salientar que as drogas mais mencionadas nos programas e atividades preventivas de acordo com os entrevistados foram o crack, seguido de maconha e das drogas sintéticas. O que mais uma vez denota a falta de embasamento técnico e teórico sobre o a temática da prevenção, porque a droga de maior prevalência e mais nociva aos jovens é o álcool. Logo, quando se trata de intervenção no âmbito da saúde pública, o álcool é a droga que deve ser abordada com maior ênfase.

Em relação à avaliação das atividades preventivas ou programas desenvolvidos nas escolas, os resultados do presente estudo identificaram lacuna de conhecimento sobre essa área. Os entrevistados desconheciam instrumentos de avaliação científicos e relataram o uso de indicadores de satisfação, Ideb e registro de ocorrência com drogas nas escolas.

Os relatos apontam que há falta de evidência na implantação dos programas no Brasil é notória, uma vez que do ponto de vista científico a maneira mais adequada de saber se um programa está funcionando é por meio de avaliação de resultados, realizados em ensaios controlados randomizados.

Dessa forma, podemos concluir que o campo da prevenção ao uso de álcool e outras drogas ainda tem muito que evoluir no Brasil, do ponto de vista teórico e prático. Não faltam indicadores apontando a necessidades de investimentos na prevenção ao uso de álcool e outras drogas na adolescência, uma vez que os riscos em curto e longo prazo para a sociedade são bem conhecidos. Neste sentido, é preciso que sejam realizados investimentos na valorização e na disseminação dos conhecimentos da área de prevenção, bem como em pesquisas que possam avaliar os efeitos dos programas na cultura brasileira, indicando, assim, os melhores métodos a serem utilizados com toda a comunidade envolvida nas escolas brasileiras.

REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

Abreu S, Miranda AAV, Murta SG. programas preventivos brasileiros: quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental? *Psico-USF*. 2016;21(1):163-77.

Acserald G. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: Acselrad G (org). *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Adade M, Monteiro M. Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos *Educ Pesqui*. 2014;40(1):215-30.

Agabio R, Giuseppina G, Floris F, Mura G, Sancassiani F, Angermeyer MC. A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2015;11(suppl 1: M6):102-12.

ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de AlmaAta; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Anastasiou LGC, Alves LP. Estratégias de ensinagem. In: Anastasiou LGC, Alves LP (orgs). *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. 3 ed. Joinville: Univille, 2004.

Anastasiou LGC. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: Anastasiou LGC, Alves LP (orgs). *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. 3 ed. Joinville: Univille, 2004.

Andrade IOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GW, et al. (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006.

Araldi JC, Njaine K, Oliveira MC, Ghizzoni AC. Teachers' social representations of abusive use of alcohol and other drugs during adolescence: repercussions on preventive actions in schools. *Interface*. 2012;16(40):135-46.

Ariza C, Pérez A, Sánchez-Martínez F, Diéguez M, Espelta A, Pasarina MI, et al. Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013;132(1-2):257-64.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições. 2004;3(70).

Bastos FI, Bertoni N, Hacker M. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(supl 1):109-17.

Bastos FI, 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: ICICT/Fiocruz, 2014.

Binder C, Knibbe K, Kreissl A, Repa A, Thanhäuser M, Greber-Platzer S, Berger A, Jilma B, Haiden N. Does acute alcohol intoxication cause transaminase elevations in children and adolescents? *Alcohol*. 2016;51:57-62.

Blake SM, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *American Journal of Public Health*. 2001;91(6):940-6.

Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training: empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*. 2004;25(2):211-32.

BRASIL. Decreto n. 7.637, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília*. 2010. p.43.

Brasil. Ministério da Justiça e cidadania. Políticas sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas>> Acesso em 21 de fev 2016.

Brasil. Observatório Brasileiro de Informações sobre Brogras (2011). Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

Brasil. Observatório: Crack, é possível vencer. Capacitação de profissionais e sociedade civil. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/prevencao/capacitacao-profissionais-sociedade-civil.html>> Acesso em 21 de fev 2016.

Bruckner TA, Domina T, Hwang JK, Gerlinger J, Carpenter C, Wakefield S. State-Level Education Standards for Substance Use Prevention Programs in Schools: A Systematic Content Analysis. *Journal of Adolescent Health*. 2014;54(4):467-73.

Buchele F, Coelho E, Lindner S. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;1(14): 2009.

Bucher R. A ética da prevenção. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2007;23(especial):109-15.

Bucher, R. Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: populações em situação de risco. Brasília: Ministério da Saúde; 1995.

Buss PM, Czeresnia D, Freitas C. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas C. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Camchong J, Lim KO, Kumra S. Adverse effects of cannabis on adolescent brain development: a longitudinal study. *Cereb Cortex*. 2016; Feb 23. pii: bhw015 [Epub ahead of print].

Campos GM, Figlie NB. Prevenção ao uso nocivo de substâncias focada no indivíduo e no ambiente. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p481-94.

Canoletti B, Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):115-29.

Carlini EA, Noto AR, Sanchez ZVM, Carlini CM, Locatelli DP, Abeid LR. 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. São Paulo: SENAD; 2010.

Carlini-Cotrim B, Pinsk I. Prevenção ao abuso de drogas na escola: uma revisão da literatura internacional recente. *Cad Pesqui.* 1989;(69):48-52.

Carlini-Cotrim B. A escola e as drogas: realidade brasileira e contexto internacional. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

Carvalho JN. Avaliação de programas de prevenção do abuso de drogas. Resultados de tres décadas de investigação. *Psicologia.* 1995;10(3):143-54.

Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Dev Res.* 2008;28(1):62-77.

Cavalcanti PVB, Batiston RR. Estratégias de ensino e avaliação de aprendizagem em contabilidade. In: Peleias IR (org). *Didática do ensino da contabilidade.* São Paulo: Saraiva; 2006.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Universidade Federal de São Paulo. 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: SENAD; 2010. 503p.

Chávez LMC, Andrade D. La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13(spec);784-9.

CNDSS. Comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Codato L, Nakma L. Health's Research: Quantitative or Qualitative Methodology? *Revista Espaço para a Saúde.* 2006;8:34-35.

Constantino GL. *O que é o Proerd.* Polícia Militar do Paraná; 2007.

Conway KP, Swendsen J, Husky MM, He JP, Merikangas KR. Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results From the

National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(4):280-8.

Corradi-Webster CM, Laprega MR, Furtado EF. Residentes em psiquiatria têm documentado problemas relacionados ao álcool em pacientes ambulatoriais? *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31(3),1-5.

Cossu G, Cantone E, Pintus M, Cadoni M, Pisano A, Otten R, et al. Integrating children with psychiatric disorders in the classroom: a systematic review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2015;11(Suppl 1 M3):41-57.

Coutinho ESF, França-Santos D, Magliano ES, Bloch KV, Barufaldi LA, Cunha CF, et al. ERICA: patterns of alcohol consumption in Brazilian adolescents. *Rev Saúde Pública* 2016;50(suppl 1):8s.

Creswell JW. *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications. 2009:273.

Cruz LACM, Ribeiro MESR. Militarização das escolas públicas do estado de Goiás: uma reflexão sob os olhares de Gloria Anzáldua e Michel Foucault. *Revista Mosaico*. 2015;8(2):173-82.

Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addict behav*. 2002;27(6):1009-23.

Dalbosco C, Pereira ALD. Introdução. In: *Prevenção ao uso de drogas: a escola na rede de cuidados*. Rio de Janeiro: Salto para o futuro, 2013.

Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. The increasing global health priority of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):251-64.

Demetrio AJ, Viana G, Hoeflich VA. Um estudo sobre o nível de eficiência do programa educacional de resistência às drogas. *Revista Capital Científico*. 2013;11(2).

Editorial. Privatização e militarização: ameaças renovadas. *Educ Soc*. 2016;37(134):1-7.

EU-DAP. European Drugs Addiction Prevention Trial Study Group. Results of the Evaluation of a School-Based Program for the Prevention of Substance use among Adolescents. Italy: Piedmont Centre for Drug Addiction Epidemiology; 2006.

Evans SW. Mental health services in schools: utilization, effectiveness, and consent. *Clin Psychol Rev*, 1999;19(2):165-78.

Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*. 2008;46:385-96.

Faggiano F. Prevención del consumo de sustancias: la absoluta necesidad de una evaluación aleatorizada u observacional. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*. 2010;22(1):11-14.

Faulkner AH, Cranston K. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *American Journal of Public Health*. 1998;88(2):262-6.

Ferreira ABH. Dicionário Eletrônico Aurélio Século XXI. [CD-ROM] versão 3.0. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira e Lexikon Informática; 1999.

Ferreira TCD, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Oliveira LG, Nappo SA. Perceptions and attitudes among public school teachers towards the topic of drugs. *Interface*.2010;14(34):551-62.

Fink A. *Evaluation Fundamentals*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005.

Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellan S, et al. Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*. 2005;6(3):151-73.

Foxcroft DR, Tsertsvadeze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspect Public Health*. 2012;132(3):128-34.

Foxcroft DR. Can Prevention Classification be Improved by Considering the Function of Prevention? *Prev Sci*. 2014;15(6):818-22.

Franco GDR, Rodrigues MC. Ensino de habilidades de vida: uma estratégia de prevenção e promoção da saúde na adolescência. In: Rozani TM, Silveira PS. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Juiz de Fora : UFJF; 2014.160p.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiology of alcohol use in brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004;26(supl 1):3-6.

Galduróz JCF, Sanchez ZM, Opaleye ES, Noto AR, Fonseca AM, Gomes PLS, et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):267-73.

Gibbs GR. *Qualitative Data Analysis: Explorations with NVivo*. New York: Open University Press; 2007.

Gouzoulis-Mayfrank E, Daumann J. The confounding problem of polydrug use in recreational ecstasy/ MDMA users: a brief overview. *J Psychopharmacol*. 2006;20(2):188-193.

Grant BF, Stinson FS, Harford TC. Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *J Subst Abuse*. 2001; 13(4):493-504.

Gudelsky GA, Yamamoto BK. Actions of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) on cerebral dopaminergic, serotonergic and cholinergic neurons. *Pharmacol Biochem Behav*. 2008;90(2):198-207.

Hanley SM, Ringwalt C, Ennett ST, Vincus AA, Bowling JM, Haws SW, et al. The prevalence of evidence-based substance use prevention curricula in the nation's elementary schools. *Journal of Drug Education*. 2010;40(1):51-60.

Hasin DS, Glick H. Severity of DSM-III-R alcohol dependence: United States, 1988. *Br J Addict*. 1992;87(12):1725-30.

Hendler RA, Ramchandani VA, Gilman J, Hommer DW. Stimulant and sedative effects of alcohol. *Curr Top Behav Neurosci*. 2013;13:489-509.

Hooley T, Wellens J, Marriott J. What is Online research?: Using the Internet for social science research. New York: Bloomsbury Academic; 2012.

Hopfer S, Hecht ML, Lanza ST, Tan X, Xu S. Preadolescent drug use resistance skill profiles, substance use, and substance use prevention. *J Primary Prevent.* 2013;34(6):395–404.

Horta RL, Horta BL, da Costa AW, do Prado RR, Oliveira-Campos M, Malta DC. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, national adolescent school-based health survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(Suppl 1):31-45.

Hudelson, PM. Qualitative research for health programs. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health; 1994. 102p.

Huebner DM, Thoma BC, Neilands TB. School Victimization and Substance Use Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescents. *Prev Sci.* 2015;16(5):734-43.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

IHRA. International Harm Reduction Association. What is Harm Reduction? A position statement. 2010. Disponível em: <<http://www.harm-reduction.org/library/what-harm-reduction-position-statement-international-harm-reduction-association>>

Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975– 2011. Volume II: college students and adults ages 19–50. The National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health. 314p.

Klein ZA, Romeo RD. Changes in hypothalamic-pituitary-adrenal stress responsiveness before and after puberty in rats. *Horm Behav.* 2013;64(2):357-63.

Kosterman R, Hawkins JD, Guo J. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: Patterns and predictors of first use in adolescence. *American Journal of Public Health.* 2000;90(3):360-66.

Kumpfer KL, Alvarado R, Tait C, Turner C. Effectiveness of school-based family and children's skills training for substance abuse prevention among 6–8-year-old rural children. *Psychol Addict Behav.* 2002;16(4):565-71.

Lauro MM, Leite DA, Vargas CP. Reflexões sobre a educação na atualidade e sua relação com a saúde. In: Rozani TM, Silveira PS. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar.* Juiz de Fora : UFJF; 2014.160p.

Leavell S, Clarck EG. *Medicina Preventiva.* São Paulo: McGraw-Hill; 1978.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2224-60

Lynam DR, Milich R, Zimmerman R, Novak S P, Logan T, Martin C, Clayton R. Project DARE: no effects at 10-year follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(4):590-3.

Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil: a national survey. *Addict Behav.* 2012;37(10):1171-5.

Maldonado-Devincci AM, Badanich KA, Kirstein CL. Alcohol during adolescence selectively alters immediate and long-term behavior and neurochemistry. *Alcohol.* 2010 Feb;44(1):57-66

Malmberg M, Overbeek G, Monshouwer K, Lammers J, Vollebergh W, Engels RCME. Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *Journal of Behavioral Medicine.* 2010;33(6):474-85.

Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DLP, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM et al. Prevalence of alcohol and drug consumption among adolescents: data analysis of the National Survey of School Health. *Rev bras epidemiol.* 2011;14(3): 36-46.

Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Supl II):32-6.

Marshal MP, Friedman MS, Stall R, King KM, Miles J, Gold MA, Bukstein OG, Morse JQ. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*. 2008;103(4):546-56.

Martini JG, Furegato ARF. Representações sociais de professores sobre o uso de drogas de uma escola de ensino básico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008;16(spe):601-6.

Medeiros PF, Cruz JI, R Schneider D, Sanudo A, Sanchez ZM. Process evaluation of the implementation of the Unplugged Program for drug use prevention in Brazilian schools. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2016;11(1):1-11.

Melo JS, Campos VG. O proerd como política pública sobre drogas em Águas Lindas de Goiás. *Anais eletrônicos da I CIEGESI. I Encontro científico do PNAP/UEG*. 2012; Goiânia. Disponível em: <www.anais.ueg.br/index.php/ciegesi/article/download/1125/829>

Mendes R. Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiaí e Maceió. 2000. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in us adolescents: results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (ncs-a). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-9.

Midford R, Mitchell J, Lester L, Cahill H, Foxcroft D, Ramsden R, et al. Preventing alcohol harm: early results from a cluster randomised, controlled trial in Victoria, Australia of comprehensive harm minimisation school drug education. *Int J Drug Policy*. 2013;25(1):142-50.

Midford R, Munro G, McBride N, Snow P, Ladzinski U. Principles that underpin effective school-based drug education. *J Drug Educ*. 2002;32(4):363-86.

Minayo MC, Assis SG, Souza ER (orgs). *A avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244p.

Monteiro SS, Vargas EP, Rebello SM. Educação, prevenção e drogas: resultados e desdobramentos da avaliação de um jogo educativo. *Educ Soc Campinas*. 2003;24(83):659-78.

Moreira FG, Silveira DX, Andreoli SB. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(3):807-16.

Moura JBVS, Lourinho LA, Valdês MTM, Frota MA, Catrib AMF. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos*. 2007;14(2):489-501.

Murta SG. Aproximando ciência e comunidade: difusão de programas de habilidades sociais baseados em evidências. In: Del Prette A, Del Prette ZAP (orgs). *Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.

Nappo AS, Sanchez ZM, Ribeirós LA. Is there a crack epidemic among students in Brazil? Comments on media and public health issues Há uma epidemia de crack entre estudantes no Brasil? Comments on media and public health issues. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1643-9.

Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, et al. What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *The American Psychologist* 2003;58(6-7):449-56.

Newcomb MD. Identifying high-risk youth: prevalence and patterns of adolescent drug abuse. *NIDA Res Monogr*. 1995;156:7-37.

NIDA. National Institute on Drug Abuse. Preventing drug use among children and adolescent: a research-based guide. 2 ed. Bethesda Maryland: NIH Publications; 2003.

Nogueira AN. O currículo do programa educacional de resistências às drogas e à violência. Proerd da Polícia Militar do Estado de São Paulo: exercício da cidadania. Dissertação (Mestrado). Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde; 2002.

Onrust AS, Otten R, Lammers J, Smit F. School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016;44:45–59.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas promotoras de la salud: fortalecimiento de la iniciativa regional: estrategias y líneas de acción 2003-2012. Washington: OPS; 2003.

Pagano ME, Swaringen SE, Frank SH. Low Other-Regard and Adolescent Addiction. *J Child Adolesc Subst Abuse.* 2016;25(3):268-276.

Paglia A, Room R. Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *J Prim Prev.* 1999;20(1):3-50.

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

Paiva FS, Ronzani TM. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: Revisão sistemática. *Psicologia em Estudo.* 2009;14(1):177-83.

Pan W, Bai H. A multivariate approach to a meta-analytic review of the effectiveness of the DARE program. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2009;6(1):267-77.

Parliament UK. Home Affairs Committee - Drugs: Breaking the Cycle. Written evidence submitted by Mentor (DP060). 2012. Disponível em: <<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmhaff/184/184wea07.htm>>.

Patton MQ. Qualitative research. Wiley Online Library; 2005.

Patton, MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. 688p.

Pavani RAB, Silva EF, Moraes MS. Avaliação da informação sobre drogas e sua relação com o consumo de substâncias entre escolares. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(2):204-16.

Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiat.* 2004;26(supl I):14-17.

Pentland B, Hutton LS, Jones PA. Late mortality after head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005;76(3):395-400.

Peters RDV, Petrunka K, Arnold R. The better beginnings, better futures project: a universal, comprehensive, community-based prevention approach for primary school children and their families. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2003;32(2):215-27.

Pope DA, Boomhower SR, Hutsell BA, Teixeira KM. Chronic cocaine exposure in adolescence: Effects on spatial discrimination reversal, delay discounting, and performance on fixed-ratio schedules in mice. *Neurobiol Learn Mem.* 2016;8(130):93-104.

Renard J, Loureiro M, Rosen LG. Cannabidiol Counteracts Amphetamine-Induced Neuronal and Behavioral Sensitization of the Mesolimbic Dopamine Pathway through a Novel mTOR/p70S6 Kinase Signaling Pathway. *J Neurosci* 2016;36(18):5160-9.

Ribeiro WA. *Drogas na escola: prevenir educando.* Belo Horizonte: Annablume; 2005. 158.

Ringwalt C, Ennett S, Vincus A, Rohrbach LA, Simons-Rudolph A. Who's calling the shots? Decision-makers and the adoption of effective school-based substance use prevention curricula. *Journal of Drug Education.* 2004;34(1):19-31.

Ringwalt CR, Ennett S, Vincus A, Thorne J, Rohrbach LA, Simonsrudolph A. The prevalence of effective substance use prevention curricula in US middle schools. *Prevention Science.* 2002;3(4):257-65.

Robertson EB, David SL, Rao SA. National Institute on drug abuse. *Preventing Drug Use Among Children and Adolescent.* Bethesda: NIH Publications, 2003. 41p

Roksana J, Robab LR, Ali T. Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9:10.

Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais; Prevención del uso de alcohol en la atención primaria en municipios del estado de Minas Gerais, Sureste de Brasil. Alcohol prevention within primary care in municipalities in the state of Minas Gerais, Southeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(1):51-61.

Rosenbaum DP, Hanson GS. Assessing the effects of school-based drug education: A six-year multilevel analysis of project DARE. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 1998;35(4):381-412.

Royse D, Thyer B, Padgett D. *Program Evaluation: An Introduction*. 5 ed. Belmont: Cengage Learning; 2010. 401p.

Rumel D, Sisson M, Patrício ZM, Moreno CRC. Cidade Saudável: relato de experiência na coleta e disseminação de informação sobre determinantes de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2005;14(3):134-43.

Russell ST, Driscoll AK, Truong N. Adolescents same-sex romantic attractions and relationships: Implications for substance use and abuse. *American Journal of Public Health*. 2002;92(2):198-201.

Saito MI, Silvia LEV, Leal MM. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu; 2007. 632p.

Salm JF, Ribeiro RM, Menegasso ME. Co-produção do bem público e o desenvolvimento da cidadania: o caso do Proerd em Santa Catarina. *Alcance*. 2007;14(2):231-46.

SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Administration. Inhalant use across the adolescent years. Office of Applied Studies, NSDUH Report; 2008.

Sanchez ZM, Martins SS, Opaleye ES, Moura YG, Locatelli DP, Noto AR. Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private high schools. *BMC Public Health*. 2011;31(11):201.

Sanchez ZM, Prado MCO, Sanudo A, Carlini EA, Nappo SA, Martins SS. Trends in alcohol and tobacco use among Brazilian students: 1989 to 2010. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(70):1-9.

Sanchez ZM, Santos MG, Pereira AP, Nappo AS, Carlini EA, Carlini CM, et al. Childhood alcohol use may predict adolescent binge drinking: a multivariate analysis among adolescents in Brazil. *J Pediat*. 2013;163(2):363-8.

Sanchez ZM. Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas. In: *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 5 ed. Brasília: SENAD; 2013.

Santos VE, Soares CB, Campos CMS. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. *SMAD*. 2012;8(1):41-7.

Santos VE, Soares CB, Campos CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis*. 2010;20(3):995-1015.

SCHENKER M, MINAYO MC. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(3):707-17.

Scholte RH, Poelen EA, Willemsen G, Boomsma DI, Engels RC. Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. *Addictive Behaviors*. 2008;33(1):1-14.

Senad. *Prevenção ao uso indevido de drogas : Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. 4 ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, 2011.

Sigampa J, Ferriani MGC, Nakano AMS. Factores protectores frente al consumo de alcohol: concepción de maestros de nivel inicial. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(supl):771-7.

Silva AG, Gimenez-Paschoal SR. Pesquisas sobre o programa educacional de resistência às drogas e a violência (Proerd). *Revista LEVS*. 2010;(6):106-14.

Silva C, Lopez F, Campos Jr D. Escola promotora de saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar. In: Lopez FA Campos Jr D. *Tratado de pediatria*. Barueri: Manole; 2007.

Silva LMVD, et al. O que saúde coletiva? In: Paim JS, Almeida FN. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. 720p.

Sisk CL, Zehr JL. Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Front Neuroendocrinol*. 2005;26 (3-4):163-74.

Sloboda Z, Bukoski WJ. *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science and Practice*. New York: Springer, 2006. 692p.

Sloboda Z, Petras H. *Defining Prevention Science*. New York: Springer; 2014.

Soares CB, Jacobi PR. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa de prevenção escolar. *Cad Pesqui*. 2000;(109):213-37.

Soares-Weiser S, Weiser M, Davidson M. Uso de maconha na adolescência e risco de esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(3):131-2.

Sobral A, Freitas CM. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. *Saúde e Sociedade*. 2010;19(1):35-47.

Sodelli MA. A prevenção em nova perspectiva: ações redutoras de vulnerabilidade ao uso nocivo de drogas. *Rev Port Int Saude Mental*. 2007;9(2):3-58.

Sodelli MA. Aborgadem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(3):637-44.

Spear LP. Adolescents and alcohol: acute sensitivities, enhanced intake, and later consequences. *Neurotoxicol Teratol*. 2014;41:51-59.

Spear, LP. *The Behavioral Neuroscience of Adolescence*. New York: WW Norton & Company; 2010.

Stelko-Pereira AC, William LCA. Evaluation of a Brazilian School Violence Prevention Program (Violência Nota Zero). *Pensamiento Psicológico*. 2016;14(1):63-76.

Stephen R, Shamblen MW, Courser MH, Abadi KW, Johnson LY, Thomas JB. An international evaluation of DARE in São Paulo, Brazil. *Drugs: education, prevention and policy*. 2014;21(2):110-19.

Stigler MH, Neusel E, Perry CL. School-based programs to prevent and reduce alcohol use among youth. *Alcohol Res Health*. 2011;34(2):157-62.

Stigler MH, Neusel E, Perry CL. School-Based Programs to Prevent and Reduce Alcohol Use Among Youth. *Alcohol Research & Health*. 2016;34(2):157-62.

Swendsen J, Burstein M, Case B, Conway KP, Dierker L, He J, Merikangas KR. Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(4):390-8.

Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(2):150-58.

Teixeira AR. *Sede de liberdade. O olhar adolescente*. São Paulo: Ediouro; 2007.p15-9.

Teixeira CF. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde e sociedade*. 2004;13(1):37-46.

Townsend L, Flisher AJ, King G. A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clin Child Fam Psychol*. 2007;10(4),295-317.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Escritório de ligação e parceria no Brasil. Normas internacionais sobre a prevenção do uso de drogas. 2013.

Disponível em: <www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/11/14-unodc-apresenta-normas-internacionais-de-prevencao-ao-uso-de-drogas-no-simposio-internacional-sobre-abuso-de-alcool.html>

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. School-based education for drug abuse prevention. New York: United Nations; 2004.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2015. Vienna: United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6; 2015.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2016. Vienna:United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7; 2016.

Veloso ER, Oliveira NP. Nós perdemos a consciência?: apontamentos sobre a militarização de escolas públicas estaduais de ensino médio em Goiás. VI Seminário Pensar Direito Humanos. 2015. UFG - Goiânia.

Vigna-Taglianti F, Vadrucchi S, Faggiano F, Burkhart G, Siliquini R, Galanti MR. Eu-Dap Study Group. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. J Epidemiol Community Health. 2009;63(9):722-8.

WHO. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2004.

WHO. World Health Organization. Management of substance abuse: alcohol. World Health Organization; 2008.

WHO. World Health Organization. Skills for health: an important entry-point for healthpromoting/child-friendly schools. Geneva: World Health Organization; 2004.

Wilson RW, Kolander CA. Drug abuse prevention: school and community partnership. 3 ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2011. 330p.

Windle M, Spear IP, Fuligni AJ, et al. Transitions into underage and problem drinking: Developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. Pediatrics. 2008;121(4):273-89.

Wu LT, Parrott AC, Ringwalt CL, Patkar AA, Mannelli P, Blazer DG. The high prevalence of substance use disorders among recent MDMA users compared with other drug users: Implications for intervention. *Addict Behav.* 2009;34(8):654-61.

Wu LT, Ringwalt CL, Mannelli P, Patkar AA. Hallucinogen use disorders among adult users of MDMA and other hallucinogens. *Am J Addict.* 2008;17(5):354-63.

ANEXOS

ANEXO 1 - Roteiro de entrevista qualitativa

1. Dados sociodemográficos

1.1 Sexo

1.2 Idade

1.3 Grau de escolaridade

1.4 Cargo na escola

1.5 Carga horária de trabalho

1.6 Tempo de trabalho

1.7 Vínculo empregatício

2. Consumo de drogas

2.1 O uso de drogas é um problema entre os adolescentes brasileiros? Por quê?

2.2 O uso de drogas é um problema entre os adolescentes da sua escola? Por quê?

2.3 Qual a conduta da escola em relação ao consumo entre os estudantes?

3. Implantação do programa

3.1 Você acredita ser importante a implantação de programas de prevenção nas escolas brasileiras? Por quê?

3.2 Descreva o modelo de programa de prevenção implantado em sua escola em detalhes.

4. Características do programa

4.1 Como são desenvolvidas as atividades do programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas na sua escola?

4.2 O programa é desenvolvido em quantas sessões (aulas) e período?

4.3 Quem são os aplicadores do programa?

4.4 Quais as principais facilidades encontradas no desenvolvimento do programa ?

4.5 Quais as principais dificuldades encontradas no desenvolvimento do programa?

4.6 Quais são as drogas abordadas no programa?

4.6.1 Como são abordadas?

4.7 Quem são as turmas atingidas (qual a média de idade dos alunos) e por quê?

5. Participação dos professores e comunidade escolar

5.1. Existe algum tipo de participação familiar neste programa?

5.1.1 Como se dá?

5.2. Existe algum tipo de participação da comunidade neste programa?

5.2.1 Como se dá?

5.3. Existe resistência dos professores, comunidade ou familiares em relação ao desenvolvimento deste programa, Como e por quê?

5.4 Como professores e funcionários de sua escola costumam se capacitar no tema drogas?

6. Práticas do programa

6.1 Descreva a dinâmica de execução do programa, com ênfase no papel da gestão escola, professores e alunos.

6.2 Como o projeto é financiado?

6.3 Ele está inserido no projeto político-pedagógico da escola?

7. Evidências científicas

7.1 Como sua escola chegou ao modelo atual?

7.2 Você conhece outros programas de prevenção?

7.3 Sua escola já implantou outros programas de prevenção? Por que optou pela mudança?

7.4 Quem criou o atual programa?

7.5 Houve capacitação para a aplicação do programa?

8. Avaliação da eficácia do programa

8.1 Como são avaliados/medidos os resultados do programa de prevenção em sua escola/instrumento?

8.2 Como você avalia o resultado final do programa de prevenção?

8.3 Quais são os principais benefícios e malefícios notados com a implantação do programa?

8.4 Como é medido o sucesso do programa/instrumento?

8.5 Você acredita que o programa fracassou?

8.5.1 Alternativa quando observa que o programa fracassou?

8.6 O que você mudaria no programa se pudesse?

9. Prevenção Curricular

9.1 O que você considera fundamental para um programa de prevenção ao uso de drogas ser inserido no currículo de uma escola?

9.2 Como você pensa um trabalho preventivo?

10. Proerd

10.1 Tem Proerd?

10.1.1 Há quanto tempo vocês tem o Proerd na sua escola?

10.1.2 Quantas vezes o Proerd vai à sua escola?

10.1.3 O que acha do Proerd?

10.1.4 O que acrescentaria ao Proerd?

10.1.5 O que tiraria do Proerd?

10.1.6 Você percebeu alguma resistência por parte da família com relação à presença da polícia na escola?

10.1.7 Com a presença do Proerd na sua escola, você observou sucesso?

10.1.7.1 Como mediu, usou algum instrumento?

10.1.8 O que acha do material didático?

10.2 Não tem Proerd

10.2.1 Você já ouviu falar do Proerd?

10.2.2 O que você acha do Proerd?

10.2.3 Por que sua escola não aplica Proerd?

11. Saúde na escola

11.1 Conhece o programa saúde na escola?

11.2 Atividades do PSE na escola.

11.3 Abordagem do tema drogas pela Equipe do PSE.

ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das características de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas nas escolas brasileiras

Pesquisador: Miguel Teixeira dos Santos Neto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31759714.8.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 668.375

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

Não se aplica

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto retirado por solicitação do pesquisador. O referido projeto já esta inserido em outro já aprovado anteriormente.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 668.375

Situação do Parecer:

Retirado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Retirado a pedido do pesquisador e liberado ad-referendum.

SAO PAULO, 30 de Maio de 2014

Assinado por:
MIRIAN APARECIDA GHIRALDINI FRANCO
(Coordenador)

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa qualitativa

Avaliação das características de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas implantados nas escolas brasileiras

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras: Diagnóstico da situação atual e fatores associados à implantação de programas

Objetivo: O presente estudo tem por objetivo realizar um diagnóstico das ações desenvolvidas para prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras do ciclo fundamental e médio da rede pública e particular.

Trata-se de projeto de pesquisa desenvolvido pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), que há 25 anos desenvolve estudos científicos sobre o consumo de drogas entre escolares.

Procedimentos: Sua participação no projeto consiste em responder às perguntas do entrevistador / pesquisador sobre as atividades e programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas. Também serão questionadas informações sobre as características da escola, e a experiência profissional do dirigente. Para fins deste estudo, consideram-se dirigente da escola o diretor e o coordenador pedagógico.

A participação é voluntária e anônima, podendo ser interrompida pelo participante a qualquer momento. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado, que não há despesas, nem compensações financeiras. Caso você prefira não participar, a não participação no estudo ou a desistência em qualquer momento da participação, não trará consequências negativas a você ou à escola. Além disso, destaca-se ainda que o resultado final do estudo será entregue a você e poderá também ser acessado pelo site do CEBRID (www.cebrid.epm.br) em 2015.

É compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Em nenhum momento os pesquisadores do projeto têm o direito de revelar dados individuais das escolas/dirigentes. Todo resultado será analisado no conjunto das escolas, sem que seja possível reconhecer a origem do dado.

Fica assegurada a sua desistência de continuar participando do estudo em qualquer etapa do projeto, e caberá também ao pesquisador responsável, a qualquer momento, proceder a sua exclusão se for para o seu bem-estar.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Zila van der Meer Sanchez, a qual poderá ser encontrada no telefone 98934-8282 no endereço: Rua Botucatu, 740 – 4º andar – São Paulo – SP, Telefone(s) 11 5576.4997.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br . Este projeto foi aprovado pelo referido Comitê sob o número 250.091

DECLARAÇÃO: Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa “Prevenção ao uso de drogas nas escolas Brasileiras: Diagnóstico da situação atual e fatores associados à implantação de programas”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Li e aceito participar.

Entrevistador/Pesquisador

Dirigente/Diretor/Coordenador pedagógico