

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
E DO MEIO AMBIENTE**

**PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO USO DE DROGAS NA
ESCOLA: CARTILHA PARA DOCENTES**

ARY CARLOS SPACOSKI DA SILVA

VOLTA REDONDA

2014

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
E DO MEIO AMBIENTE**

**PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO USO DE DROGAS NA
ESCOLA: CARTILHA PARA DOCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Aluno: Ary Carlos Spacoski da Silva

Orientadora: Dr.^a Ilda Cecília Moreira da Silva

**Volta Redonda
2014**

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

S586p Silva, Ary Carlos Spacoski da.
Prevenção e detecção precoce do uso de drogas na escola:
cartilha para docentes. / Ary Carlos Spacoski da Silva. - Volta
Redonda: UniFOA, 2014.

74 p. : Il

Orientador(a): Ilda Cecília Moreira da Silva

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino
em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2014.

1. Drogas - uso - dissertação. 2. Saúde escolar. I. Silva, Ilda Cecília
Moreira da. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD – 613.8

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: Ary Carlos Spacoski da Silva

PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO USO DE DROGAS NA ESCOLA: CARTILHA PARA DOCENTES

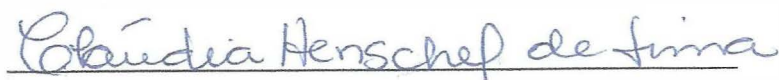
Orientadora:

Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva

Banca Examinadora



Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva



Profa. Dra. Cláudia Henschel de Lima



Profa. Dra. Maria da Conceição Vinciprova Fonseca

Educa a criança no caminho em que deve andar; e até quando envelhecer não se desviará dele. Provérbios 22:6

DEDICATÓRIA

A minha amada mãe, jamais me esquecerei dos seus conselhos e ensinamentos, lembro-me diariamente de seu esforço e incentivo para que eu e minhas irmãs pudéssemos estudar. Quando estou cansado e desanimado, a lembrança de algumas cenas e sua luta me impulsiona a prosseguir. Muito obrigado por caminhar comigo no bom caminho, jamais me esquecerei.

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão da minha existência, meu provedor e meu refúgio seguro, sem ele eu nada seria.

À Débora, minha amada esposa, pelo seu incentivo para mais essa conquista, por estar comigo dia a dia construindo as bases sólidas do nosso relacionamento. E também, por ter aturado as folhas e livros pela sala, e as horas em frente ao computador.

Às minhas irmãs, Alice e Hadassa, pela simplicidade e companheirismo, agradeço e oro sempre pela nossa união.

A minha filha Júlia, presente de Deus recebido em 2013, me dando incentivo a mais para galgar esta conquista. Filha o papai te ama!

A minha família, por todo carinho e apoio sempre presentes em todas as horas em especial ao meu avô Ary Spacoski (*in memoriam*), que sempre me incentivou a ir além, viu o início desta caminhada mas não está mais entre nós. Seu exemplo de humildade, caráter e fé são indispensáveis para minha vida.

Aos amigos e colegas de profissão, sem os quais a caminhada seria mais difícil e insípida.

Aos meus pacientes com os quais aprendo diariamente, com seus exemplos de vida e de superação, cuja vontade e gana de viver me emocionam, e me lançam a buscar ser melhor profissional e um ser mais "HUMANO".

E a minha orientadora, Dr.^a Ilda Cecília pessoa que tive o imenso prazer de conhecer ainda em minha graduação, e que desde então tem feito parte de minha vida. Expresso aqui minha admiração por seus conhecimentos, seu caráter e sua integridade. Com muito carinho e afeto, é um presente ímpar aprender contigo.

RESUMO

O uso de drogas se configura como uma problemática atual que cresce a cada dia e sua abordagem no contexto escolar se faz necessária, pois possibilita identificar práticas preventivas que sejam eficientes e eficazes divulgando-as tanto no ambiente escolar, quanto no familiar e, em extensão, no contexto social. O estudo trata da prática e dificuldade de professores da educação básica para adotar estratégias de acolhimento a crianças e adolescentes na prevenção e detecção do uso de substâncias psicoativas. Parte-se do pressuposto de que ainda é acanhado o enfrentamento neste contexto. A metodologia utilizada para elaboração deste estudo foi de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa a partir da Revisão Integrativa e a análise de conteúdo de Bardin sobre a temática em apreço. O modelo teórico que orienta a análise e discussão dos achados é educação dialógica proposta por Paulo Freire e aprendizagem significativa de Ausubel. Busca-se desenvolver bases sólidas para a adoção de uma prática crítica, significativa e emancipadora. A análise do conteúdo revelou que há, na literatura nacional, contínua produção de estudos e estratégias propostas para o enfrentamento do problema. No entanto, revela a existência de abismos (lacunas) que impedem, ou torna muito lenta, a apresentação e a utilização dessas tecnologias por parte do professor e da escola. Aponta a importância do desenvolvimento de um trabalho de prevenção de forma transdisciplinar, da aproximação da escola das equipes de saúde e comunidade próximas, e indica que há casos de alunos que necessitarão de atendimento especializado. Como produto deste trabalho, foi desenvolvida uma cartilha com subsídios teóricos e práticos mais alinhados com o que as pesquisas científicas têm apontado como mais eficazes. Adota-se uma linguagem simples, acessível e de fácil entendimento, que irá auxiliar tanto no conhecimento do fenômeno do uso de drogas como também nas estratégias de trabalho, direcionamento das ações, conhecimento das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde e rede de serviços disponível que poderá auxiliar e oferecer suporte ao educador no enfrentamento do fenômeno.

Palavras-chave: Drogas, Ensino, Saúde Escolar.

ABSTRACT

Drug use is configured as a current problem that is growing every day and its approach in the school context is necessary, since it allows to identify preventive practices in the school environment, in the family and in the social context that are efficient and effective publicizing. The study deals with the strategies presented and difficulties reported by teachers of elementary and high school to find strategies for in the in the prevention and detection of the use of psychoactive substances for children and adolescents, the assumption that coping is still timid in this context. The methodology used for the elaboration of this study was exploratory and descriptive, of quantitative and qualitative approaches from the Integrative Review and Bardin's content analysis on the topic at hand. The theoretical model that guides the analysis and discussion of the findings is dialogical education as proposed by Paulo Freire and meaningful learning from Ausubel. It seeks to develop a solid foundation for the adoption of a meaningful and liberating critical practice. The analysis of the contents reveals that there is continuous production of studies and proposed strategies for addressing the problem. However, it reveals the existence of gaps that prevent, or make it very slow presentation and use of these technologies by the teacher and the school. The study the points out the importance of developing prevention work in a transdisciplinary approach, of connecting school of health teams and close community, and indicates the existence of cases students wick require specialized care. As a result of this work it was a booklet and with theoretical and practical information more aligned with what scientific research has identified as most effective. It adopts a simple language, accessible and easy to understand, which will help both in understanding the phenomenon of drug use, as well as the work strategies, directing of actions, knowledge of the strategies proposed by the Ministry of Health and network services available that can assist and support the teacher in addressing the phenomenon.

Keywords: Drugs, Education, School Health.

LISTA DE SIGLAS

AD	Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS ad	Centro de Apoio Psicossocial álcool e outras drogas
CAPS i	Centro de Apoio Psicossocial infantil
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CID10	Classificação Internacional de Doenças
DQ	Dependência Química
DMS IV	Diagnostic and Statistical Manual
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
PENSE	Pesquisa Nacional da Saúde do Estudante
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Total de artigos por bases de pesquisa	60
Gráfico 2 - Índice de artigos excluídos e selecionados	61
Gráfico 3 - Categorização das Estratégias.....	61

LISTA DE ANEXO

ANEXO A	74
---------------	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Conceito de Dependência Química	21
3.2	Classificação das Drogas quanto seus efeitos	26
3.3	Drogas Depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC)	26
3.4	2.2.2 Drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central	28
3.5	Drogas Perturbadoras do Sistema Nervoso Central	30
4	DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O CONTEXTO ESCOLAR	33
4.1	A importância da capacitação docente	35
4.2	Fatores de risco e fatores de proteção	37
5	ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS PARA O ENFRENTAMENTO	40
5.1	Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial em cada componente	42
5.1.1	Na atenção básica em saúde	42
5.1.2	Na atenção Psicossocial Especializada	44
5.1.3	Na atenção de urgência e emergência	46
5.1.4	Na atenção residencial de caráter transitório	46
5.1.5	Na Atenção Hospitalar	47
5.1.6	Nas Estratégias de Desinstitucionalização	48
5.2	Projeto Saúde na Escola (PSE)	49
6	ABORDAGEM METODOLÓGICA	51
6.1	Tipo de estudo e abordagem metodológica	51
6.2	Fundamentação teórica	51
6.3	Revisão integrativa	52
6.4	Tratamento e análise qualitativa dos dados	55
6.5	Procedimento para a seleção dos artigos científicos	58
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
7.1	O docente e o contexto da Dependência química	62

7.1.1	Estratégias de prevenção	63
7.2	Oferta de alternativas	65
8	CONCLUSÃO.....	66
	REFERÊNCIAS.....	69

1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas se configura como uma problemática atual que cresce a cada dia e sua abordagem no contexto escolar se faz necessária, pois possibilita identificar práticas preventivas que sejam eficientes e eficazes, divulgando-as tanto no ambiente escolar quanto no familiar e, em extensão, no contexto social.

Nas últimas décadas houve um grande avanço do consumo de drogas nas escolas, vendidas nas proximidades dos estabelecimentos de ensino e até mesmo dentro deles, para onde drogas são levadas pelo “aviãozinho”, adolescente recrutado pelo tráfico para induzir outros alunos a experimentá-las gratuitamente, criando assim em alguns casos a dependência (LIPP, 2002). Por sua vez, estes alunos acabam por ir intoxicados para a sala de aula, onde a dificuldade de enfrentamento do professor e da escola pode resultar em ameaças, pressões e perda de controle sobre os alunos na própria sala. O universo do ensino acaba por agregar em um só ambiente a multicomplexidade de duas situações completamente diferentes, mas com prejuízo final em comum – ensino/aprendizado e uso de drogas.

Em 2009, a Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar – PENSE -realizada através do IBGE, levantou informações sobre as condições de vida do estudante, com questões sobre família, saúde, violência, uso de álcool e drogas e comportamento sexual. Dos estudantes pesquisados, 24,2% já experimentaram o cigarro alguma vez na vida e 6,3% o consumiram alguma vez nos 30 dias anteriores à pesquisa. O consumo de bebida alcoólica era mais disseminado do que o fumo: 71,4% já haviam experimentado álcool alguma vez, sendo que 27,3% disseram ter consumido no mês anterior à pesquisa. Quase 20% declararam ter obtido a bebida em supermercados ou bares e 12,6 % deles na própria casa. Já haviam se embriagado 22,1% dos escolares. A PENSE verificou, ainda, que 8,7% dos estudantes já usaram alguma droga ilícita (Brasil, 2011).

Nesse contexto, o interesse por esse estudo se deu através da observação de atitudes de crianças e adolescentes em situações de risco para uso de drogas e/ou usuárias destas, e as dificuldades apresentadas pelo educador para realizar as abordagens necessárias nessa situação.

O fato de receber esta clientela há aproximadamente cinco anos atuando em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) e em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), associado à prática adquirida junto ao Programa de Saúde na Escola (PSE) no período de 2002 a 2009, atuando na Força Auxiliar de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), executando, dentre diversas outras ações de saúde, o trabalho de prevenção do uso de drogas em diversas instituições estaduais de ensino, em diferentes cidades, fez surgir a ideia de instrumentalizar professores a fim de que sejam capazes de realizar detecção, abordagem e encaminhamentos de crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas ou em risco para o uso nos dispositivos da rede de serviço.

Desta maneira, neste estudo foi realizada revisão integrativa de literatura sobre o professor e o uso de drogas na educação básica. Estabeleceu-se como objeto de estudo fazer a síntese do conteúdo nacional publicado sobre a temática de álcool e drogas na educação básica e conhecer as principais estratégias para seu enfrentamento e as dificuldades e ações do professor neste contexto.

Sabe-se que os professores da educação básica são considerados agentes da prevenção por serem potencialmente importantes veículos de formação e de informação sobre as drogas. Neste contexto, MOREIRA, SILVEIRA, ANDREOLI (2006) revelaram a importância dos discursos, das atitudes e dos comportamentos dos professores frente aos alunos, visto que estes constituem uma população em situação vulnerável (SODELLI, 2010). Também Freire (1996, p.24), em *Pedagogia da Autonomia*, valorizou o papel do professor ao afirmar que “gestos aparentemente insignificantes dos professores podem valer como força formadora do educando”.

Além disso, o Ensino Fundamental e o Médio englobam a fase da adolescência, etapa de transição entre a infância e a idade adulta, na qual os indivíduos incorporam padrões de referência aos seus comportamentos, os quais servirão de base para a definição das suas personalidades (SANCHEZ, OLIVEIRA, NAPPO, 2005; BURT, 2002; SCIVIOLETTO, MORIHISA, 2001). Nesta fase, o aluno expõe-se mais, porém responde bem às intervenções contextualizadas, especialmente nos seus contextos dominantes, como a escola e os seus pares

(SCHENKER, MINAYO, 2005), o que leva a valorizar as possíveis intervenções que partam dos professores.

Apesar da relevância do papel do professor, há mais de duas décadas os programas de prevenção que envolvem os profissionais citados não vêm obtendo a eficácia esperada (FAGGIANO et al., 2005; MUKOMA, FLISHER, 2004; CARLINI-MARLATT, 2001; SOARES, JACOBI, 2000). Nicastri e Ramos (2001) enfatizaram o papel crucial da informação como medida preventiva contra o abuso de drogas entre os adolescentes e os jovens. Estes pesquisadores destacaram que a informação deve ser veiculada com cautela, e de uma forma que, ao invés de prevenir o consumo de drogas, não desperte a curiosidade desses jovens pelo referido consumo.

Sodelli (2007) mostrou que os professores, apesar de compreenderem a importância da prevenção às drogas como sendo um trabalho necessário, têm tendência a não assumir esta tarefa, relegando-a a outros profissionais ditos mais especializados. O mesmo autor apontou que os cursos de formação dos professores, quanto à prevenção, não estão sendo capazes de promover alterações comportamentais e de valores nos professores, como também não conseguem fazer com que eles se sintam mais preparados para assumir a tarefa preventiva na escola.

Cruz (2002), por sua vez, salientou que os fracassos dos programas institucionais de prevenção estão relacionados aos discursos inadequados dos professores, os quais não respeitam as características psicológicas e sociais dos estudantes.

Assim, estabeleceu-se como objeto de estudo as dificuldades referidas por professores da educação básica para adotar estratégias de acolhimento a crianças e adolescentes na prevenção e detecção do uso de substâncias psicoativas e a boa utilização da rede de serviços. Parte-se do pressuposto de que ainda é acanhado o enfrentamento neste contexto.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Capacitar docentes da educação básica para atuar na prevenção, detecção e promoção da saúde no enfrentamento do uso de drogas entre crianças e adolescentes.

2.2 Específicos

- Estimular a adoção de uma prática docente crítica, significativa e emancipadora que possibilite ao professor escolher e desenvolver uma atuação com responsabilidade ética em relação à prevenção do uso de drogas;
- Proporcionar situações para que professores da educação básica busquem novas competências e tecnologias que lhes assegurem uma prática capaz de detectar sinais e sintomas do uso de drogas em seus estudantes;
- Oferecer uma capacitação aos professores como estratégia para o enfrentamento do uso de drogas entre as crianças e adolescentes;
- Produzir uma cartilha educativa para docentes da educação básica que sirva de instrumento de auxílio no enfrentamento do problema com drogas no âmbito escolar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Tratar sobre a dependência química é discutir um problema que há muito tempo se instalou no contexto das relações humanas. Seja para fins religiosos, comemorativos, casuais ou comerciais, o consumo de drogas ocorre sem distinção de raça ou classe social, encontrando na contemporaneidade condições ainda mais favoráveis à sua proliferação, o que contribui para o alcance de índices preocupantes e prejuízos irreparáveis à saúde humana e a toda sociedade (BRASIL, 2008). Problemática que também afeta a sociedade como um todo devido a complexidade de sua natureza (FIGLIE, 2010). Não se trata de um problema focal, mas abrangente o bastante para interferir nas relações pessoais, familiares, de trabalho, produtivas, etc., a ponto de ser considerado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, um dos mais graves problemas de saúde pública do último século (OMS, 2011).

No Brasil, a expansão do consumo de algumas substâncias, entre elas o álcool e cocaína (nas mais diversas formas como dentre outras, pasta base, Crack e merla), a estabilização do uso da maconha e o uso de substâncias inaladas, apontam para a necessidade de ações de maior eficácia, devido aos fatores de risco e vulnerabilidade social principalmente no que tange a crianças e adolescentes (BRASIL, 2010). Dados do relatório anual sobre drogas da ONU (2011) colocam o Brasil como o país com a maior taxa de consumo de cocaína da América do Sul (33%) seguido respectivamente por outros dois países do cone sul, Argentina (25%) e Chile (10%).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) dependência química é um transtorno cerebral como qualquer outro problema psiquiátrico ou neurológico. O consumo de substâncias e as farmacodependências representam um importante fardo para indivíduos e sociedades em todo o mundo. O Relatório sobre a Saúde no mundo de 2002 indicava que 8,9% da carga global das doenças resultam do consumo de substâncias psicoativas. O mesmo relatório mostrava que, em 2000, o tabaco representava 4,1%, o álcool 4% e as drogas ilícitas 0,8% da carga global das doenças. Uma grande parte dessa carga, que se pode atribuir ao consumo de substâncias e às farmacodependências, resulta de vários problemas sanitários e

sociais, incluindo HIV/AIDS, que em muitos países é causado pelo uso de drogas injetáveis (OMS, 2002).

De acordo com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC, 2011), 272 milhões de pessoas em todo o mundo usam algum tipo de droga ilícita, torna-se importante ressaltar que as pesquisas realizadas pela UNODC apontam um aumento de 185 (2000/2001) para 272 milhões de usuários de drogas ilícitas (2009/2010). A mais comum é a maconha, seguida pelas anfetaminas, cocaína e derivados do ópio, como a morfina. Segundo o Relatório Mundial da Saúde de 2011, referente a 2010, a prevalência do uso de drogas ilícitas é maior entre homens do que entre mulheres. Os dados da pesquisa também revelam que a dependência é maior entre jovens até 25 anos.

A tênue linha entre uso, abuso e dependência aponta para a necessidade de uma avaliação mais detalhada sobre a multicausalidade do fenômeno de consumo de drogas, quer sejam elas lícitas ou ilícitas. Figlie (2010) destaca que estudos apontam evidências de que quanto mais cedo for à exposição a álcool, tabaco ou outras drogas de abuso, maior a possibilidade de desenvolvimento de problemas durante a desintoxicação e até dependência. De modo geral, a prevalência da dependência na vida na entre aqueles que começaram a usar drogas com menos de 14 anos de idade é de 34% e esta porcentagem cai para 14% entre aqueles que iniciaram o uso com 21 anos ou mais.

Para Figlie (2010) *uso* é definido pelo consumo de qualquer substância para experimentar em um uso esporádico ou episódico, já o abuso se caracteriza quando tal uso já pode ser associado a algum tipo de prejuízo, quer seja biológico, psíquico ou social. Por fim, a dependência, se apresenta com um uso sem controle, com sérios danos para o usuário. No entanto, não se trata de uma evolução linear, nem todos os usuários se tornarão por regra dependentes.

O Brasil conta com mais de 51 milhões de jovens na faixa etária dos 10 aos 24 anos de idade. No IV levantamento realizado sobre o uso de drogas nos ensinos fundamental e médio entre estudantes de 10 capitais brasileiras, foi perceptível a forte influencia do uso de drogas no baixo rendimento escolar, apontando diferenças

significativas na defasagem série/idade entre não usuários e usuários de drogas, excetuando-se o álcool e tabaco (BRASIL, 2004).

Cabe ressaltar que o homem sempre se relacionou com as drogas por razões culturais, religiosas, como forma de recreação, de enfrentamento de problemas existenciais, para transgredir, transcender, como meio de socialização ou de isolamento.

A biografia do consumo das substâncias psicoativas se mistura com a história da humanidade em diferentes contextos, mas em nenhum momento o consumo foi tão estimulado quanto hoje. A droga é um produto com mercado e marketing firmemente estabelecidos, cujos lucros chegam à casa dos 500 bilhões de dólares por ano (MESQUITA, 2006; FIORE, 2005).

Diversas provas arqueológicas indicam o uso de drogas como uma prática antiga: há 7.000 anos os povos andinos mascavam folhas de coca; ao norte do Irã foram detectados resíduos de bebida alcoólica em vasos datados entre 5.400 e 5.000 a.C; em utensílios chineses de 4.000 a. C. foram identificados resquícios de maconha (CARNEIRO; VENÂNCIO, 2005; CARNEIRO, 2006).

Estes exemplos corroboram a tese do uso histórico e nos fazem acreditar que durante milhares de anos algumas substâncias que hoje são consideradas ilícitas, foram amplamente utilizadas, para fins diversos (SILVEIRA FILHO; GORGULHO, 1996; SILVEIRA; MOREIRA, 2006; LONGENECKER, 1998).

Na medicina, por exemplo, substâncias hoje proibidas foram empregadas para fins terapêuticos, como é o caso do ópio e da cocaína, usados principalmente como analgésicos. Esta última tornou-se mundialmente conhecida pela publicação da obra "*Uber coca*", de Sigmund Freud, em 1884, em que o neurologista referia-se à mesma como fármaco estimulante para uso em casos de depressão e histeria. Anos depois, o próprio Freud retificou sua posição após constatar que o consumo excessivo podia provocar dependência (CARNEIRO, 2005).

Embora não se tenha identificado com exatidão a origem da denominação "droga", presume-se que se localize na língua persa, da raiz *droa*, significando odor aromático, ou no hebraico *rakab*, perfume. Por volta dos séculos XVI ao XVIII,

possivelmente derivada do termo holandês *droog*, que designa produtos secos, o vocábulo “droga” era utilizado para designar substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina, e para a promoção do prazer. No Brasil, se destacaram nos dois primeiros séculos da colônia as drogas do sertão, que nada mais eram que o pau-brasil e o açúcar (CARNEIRO, 2005).

Atualmente o termo “droga” é vinculado à produção e ao uso de substâncias de aplicação farmacológica, daí o surgimento de estabelecimentos conhecidos como drogarias. Nesse sentido, as drogas são entendidas como toda substância capaz de exercer um efeito sobre o organismo, como por exemplo, um analgésico. São agentes naturais ou sintéticos, e como não são produzidos pelo organismo, quando administrados, por qualquer via, têm a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (OMS apud DIAS; PINTO, 2006; NISCATRI, 2006).

No contexto desta pesquisa, o termo “droga” é usado para nos referirmos às substâncias denominadas psicoativas, psicotrópicas ou de abuso, aquelas usadas para distorcer o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, ou seja, alterando os sentidos ou psiquismo, refletindo naquilo que sentimos, fazemos e pensamos.

3.1 **Conceito de Dependência Química**

Existe uma ampla variabilidade de padrões de consumo de substâncias envolvendo distintos graus de risco e diversos graus de danos potenciais. As diferenças individuais são um dos argumentos usados pelos cientistas para explicar o uso e a dependência das substâncias psicoativas. Segundo Silveira e Moreira (2006), o padrão de consumo decorre da interação de fatores como o tipo de droga utilizada, as características biológicas e psicológicas do usuário e o contexto em que se dá o uso de drogas. É evidente que o conjunto das experiências vivenciadas por usuários nesse campo também pode contribuir para a repetição desse consumo, e está intimamente relacionado à ação dessas substâncias no organismo humano. De forma geral, as substâncias atuam sobre o Sistema Nervoso Central - SNC e podem, dentre outras ações, provocar sensações como alegria, prazer, angústia e induzir inclusive alterações do senso - percepção como alucinações.

A potencialização das sensações ativa o sistema ou circuito de recompensa do indivíduo, acarretando no uso repetitivo, mesmo que as perdas recorrentes deste comprometam e ameacem a vida do sujeito, caracterizando a dependência química (DQ), que se manifesta pela necessidade psíquica e/ou física do uso de determinadas substâncias que alteram ou modificam o funcionamento do organismo de forma descontrolada e imprevisível, causando danos e alterações a todo o corpo, em especial ao Sistema Nervoso Central (SNC).

Laranjeira (2007) esclarece que: o sistema de recompensa do cérebro que é acionado pelas drogas representa uma área encarregada de receber estímulos de prazer e transmitir essa sensação para o corpo todo, como por exemplo, temperatura agradável, emoção gratificante, alimentação, sexo. Essa área do sistema de recompensa foi evoluindo com o tempo no homem e a interferência das drogas ocorre por uma espécie de curto circuito na mesma, provocando uma ilusão química de prazer que induz a pessoa a repetir seu uso compulsivamente. Com a repetição do consumo, todas as fontes naturais de prazer perdem o significado e só interessa o prazer imediato propiciado pela droga, independente das consequências.

O circuito de recompensa é o caminho final percorrido pela droga e interage direta ou indiretamente com vários sistemas do cérebro, já que algumas drogas assemelham-se a determinados neurotransmissores, e como resultado, podem imitar ou impedir a ação destes, interferindo, muitas vezes com consequências significativas, nas áreas relacionadas à vivacidade, emoção, memória, motivação, movimento, equilíbrio, controle hormonal, entre outras.

Para aquelas que estão associadas ao gozo, o próprio prazer é lembrado como uma recompensa associada à atividade que o causou e essa memória fornece motivação para tornar a vivenciá-lo (LONGENECKER, 1998). Loureiro (2006), refletindo sobre a fenomenologia das dependências, acrescenta que a busca do prazer é um dos fins necessários da condição humana e é refinada pelo tempo, estando circunscrita não apenas ao campo biológico, já que traz em si elementos significativos pertinentes à ontologia do homem.

Assim, o deleite deixaria de ser uma discussão exclusivamente de ordem biológica quando, a partir do desenvolvimento de um grupo, se consolida uma

cultura com determinado universo de valores que torna permitida a realização de alguns prazeres, desde que realizados numa determinada medida e censura radicalmente a realização de outros, em nome de um sistema moral que tenta suprimir os riscos de descontrole.

Apesar dessa perspectiva, a maioria dos autores que discute essa questão procura situá-la no campo das proposições neurobiológicas, recorrendo ao modelo médico para seu esclarecimento. Contudo, diante das limitações desse modelo para explicar a influência de fatores psicológicos e culturais na gênese do problema, outras perspectivas de cunho psicológico, sociológico etc., foram complementadas às teorias biológicas.

Cada concepção vê a questão do envolvimento com drogas de diferentes formas. Lessa (2005) refere que a psicanálise explica este fenômeno a partir da estrutura do inconsciente do indivíduo; a abordagem comportamental destaca o papel dos acontecimentos do ambiente como determinantes da conduta humana. E na abordagem fenomenológico-existencial, a dependência química constitui-se uma possibilidade de escolha dentre as possíveis disponíveis no mundo (PIMENTEL, 2006).

Pimentel (2003) considera a capacidade humana em realizar escolhas uma característica existencial. Observa, porém, que os modos autênticos ou inautênticos de viver no mundo, de estabelecer contatos e relações, permitem que as escolhas sejam orientadas criativamente ou deliberadamente. Para a autora, o uso abusivo de drogas se constitui como escolha inautêntica e deliberada. A relação do dependente químico com a droga, transferindo para ela o seu projeto de existir, buscando na mesma segurança e alívio, é marcadamente uma “existência inautêntica”, em que o mesmo assume-se no mundo como “não-liberdade” (HEIDEGGER, 1997).

Lessa (2005) propõe ainda que a psicologia fenomenológica não considera a farda, as máscaras, os estereótipos, os laudos com relação ao atendimento destes indivíduos, entretanto, conforme as repercussões psicopatológicas do abuso de drogas se vale dos recursos e métodos oferecidos pela Psicopatologia Fenomenológica.

Algumas vivências do dependente químico podem ser comparadas à vivência maníaca, pois apresentam muitas vezes prejuízos na noção e relação de tempo, onde passado, presente e futuro estão desestruturados e não servem de referencial, são capazes de se colocar em situações de grande risco em busca de algo que os satisfaça, não sendo percebidos obstáculos e impossibilidades, acreditam que não existe limite para sua ação, evitam entrar em contato com sua própria intimidade, vivendo afastados de si mesmos e com dificuldade em apresentar interesses ou motivação para desempenhar alguma tarefa por um tempo considerável.

Muitas vezes os interesses do dependente químico são excessivos, porém superficiais. Nas relações interpessoais, ele mostra-se, a princípio, disponível ao contato, vinculando-se facilmente, mas o vínculo não se desenvolve satisfatoriamente e logo é desfeito. Frequentemente desiste antes de alcançar seus objetivos devido a uma dificuldade significativa em lidar com frustrações e angústia, mesmo que muitas vezes as negue. Laranjeira (2007, A) apresenta cinco modelos que buscam esclarecer a complexidade da natureza da dependência química: 1) o modelo de doença; 2) o modelo do comportamento apreendido; 3) o modelo psicanalítico; 4) o modelo familiar e 5) o modelo biopsicossocial, detalhados a seguir.

O primeiro entende a dependência química (DQ) como um transtorno primário, independente de outras condições e que seria caracterizado pela perda de controle sobre o consumo, a negação, o uso continuado apesar das consequências negativas e um padrão de recaída. O segundo acredita que os comportamentos, como o uso de drogas, são apreendidos e condicionados, logo, poderiam ser modificados pelos mesmos processos que os criaram. O terceiro situa a DQ como uma tentativa de retornar aos estados prazerosos da infância, seria uma forma encontrada pelo indivíduo de se adaptar a seus déficits de auto regulação, que emergiram de privação ou de interações disfuncionais na primeira infância. O quarto contempla três modelos familiares: 1) o modelo de doença familiar; 2) o modelo sistêmico e 3) o modelo comportamental. Segundo essa perspectiva, a DQ situa-se na interação do indivíduo e o seu meio. O quinto, por sua vez, congrega todos os quatro modelos anteriores, pois considera a existência de um fator biológico herdado, mas que sozinho não explicaria a complexidade do problema, por isso, considera também a influência de fatores psicológicos, sociais, culturais, espirituais, familiares, etc.(SILVEIRA FILHO, 1996).

No campo teórico, esta problemática pode e deve ser contemplada de forma interdisciplinar, devido aos múltiplos fatores ligados à sua origem que perpassam os objetos de estudo de várias ciências.

No campo das drogas psicotrópicas, as alterações causadas no psiquismo dependem do tipo de droga ingerida, de sua quantidade, da ocorrência ou não da síndrome de dependência e das variações individuais, dentre outros aspectos. Portanto, podemos considerar que “a dependência se constitui a partir de três elementos: a droga, o indivíduo e o contexto sociocultural em que se realiza esse encontro entre o sujeito e a droga e se caracteriza basicamente pelo descontrole no consumo dessas substâncias” (SILVEIRA FILHO; GORGULHO, 1996, p. 10).

Alguns autores (LARANJEIRA; FIGLE; BORDIN, 2004; SILVEIRA; MOREIRA, 2006; SILVEIRA FILHO; GORGULHO, 1996) ainda denominam o conjunto das manifestações físicas e psíquicas que acompanham o indivíduo dependente químico de síndrome de dependência, que pode ser física ou psicológica.

A dependência física se distingue pela adaptação do corpo à substância consumida de modo contínuo, conduzindo à tolerância e à síndrome de abstinência quando se deixa de consumir. A dependência psicológica, por sua vez, é caracterizada pelo desejo contínuo do consumo da droga por prazer ou para reduzir a tensão e evitar um mal-estar. Geralmente as drogas que levam à dependência psicológica causam alteração da percepção, sensação de aumento da capacidade mental e física, alegria, euforia, redução da ansiedade e tensão (LARANJEIRA, 2005).

Um elemento chave para o diagnóstico da síndrome da dependência é a percepção que o indivíduo tem de sua falta de controle. Esse impulso subjetivo da compulsão para o uso é identificada no relato de alguns pacientes como uma “sensação de estar nas garras de algo indesejado. É o que denominam de ‘fissura’ ou *craving*, desejo intenso ou ainda de uma forma bem particular para usar a droga” (LARANJEIRA; FIGLE; BORDIN, 2004, p. 10).

Assim, o indivíduo dependente químico pode ser descrito como um indivíduo que se encontra numa situação vivencial insuportável que não consegue resolver ou evitar, restando-lhe como única alternativa alterar a percepção desta realidade

intolerável através da droga. Esta forma de compreender o dependente químico se coaduna com a concepção de dependência como sintoma de um mal-estar psicológico mais amplo (SILVEIRA; MOREIRA, 2006). Nessa perspectiva, a realidade existencial do dependente estaria envolvida não pelo desejo de consumir drogas, mas pela impossibilidade de não consumi-las (SILVEIRA FILHO, 1996).

Em última análise, o que se contrapõe à dependência não é a abstinência, mas sim, a liberdade. A perda da liberdade do indivíduo constitui a doença. Em um sentido amplo, a cura de um dependente não é obtida ao conseguirmos mantê-lo abstinente, mas sim quando ele for capaz de adquirir a liberdade de escolher o padrão de relação que passará a ter com a droga.

3.2 Classificação das Drogas quanto seus efeitos

Segundo Dias e Pinto (2006), existem atualmente seis critérios básicos de classificação das drogas psicotrópicas que são: a fonte da substância; o uso terapêutico; o local da atuação; a estrutura química; o mecanismo de ação e a denominação popular.

A seguir apresenta-se a classificação baseada no mecanismo de ação das drogas no SNC, conforme as modificações observáveis na atividade mental. Segundo este critério, as drogas estariam agrupadas em três grandes grupos: Drogas Depressoras da Atividade do SNC; Drogas Estimulantes da Atividade do SNC e Drogas Perturbadoras da Atividade do SNC.

3.3 Drogas Depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC)

Este primeiro grupo é constituído por drogas que diminuem a atividade do cérebro, sendo também classificadas como sedativas. Essas substâncias deprimem o funcionamento do SNC, o que significa dizer que a pessoa que faz uso desse tipo de droga fica "desligada", "lenta", e apresenta um quadro de desinteresse pelas coisas do cotidiano. Entre seus representantes estão o álcool, os ansiolíticos, os opiáceos ou narcóticos, que aliviam a dor e dão sonolência (como a morfina e a heroína) e os inalantes ou solventes (colas, lança-perfume, acetona etc.).

O álcool é uma das drogas mais antigas e mais usadas pelo homem; seu uso reforça o próprio consumo, pois ativa o circuito de recompensa do cérebro que libera

o neurotransmissor dopamina e analgésicos naturais do organismo, as beta endorfinas, responsáveis pela sensação de euforia. A embriaguez e a dificuldade de discernimento são resultado da depressão do SNC que o álcool ocasiona e seu consumo excessivo pode lesionar órgãos como fígado e estômago e ainda agravar outros problemas de saúde (TIBA, 1999).

Os ansiolíticos, soníferos e substâncias tranqüilizantes são outras drogas depressoras do SNC, pois induzem ao sono ou à anestesia. Usualmente são prescritas para aliviar a ansiedade e tensão, contudo perdem o caráter medicamentoso e podem causar dependência quando utilizadas de forma indiscriminada, sem acompanhamento médico. Os efeitos dessas substâncias podem ser caracterizados pela: a) diminuição de ansiedade; b) indução de sono; c) relaxamento muscular e d) redução do estado de alerta (CEBRID, 2003).

Os Narcóticos, por sua vez, dizem respeito a uma categoria de drogas que induzem o sono e inclui os opiáceos, como o ópio e a morfina, que são obtidos através do extrato de uma planta chamada *Papaversomniferum*, conhecida popularmente com o nome de “Papoula do Oriente”. Ao se fazer cortes na cápsula da papoula, quando ainda verde, obtêm-se um látex, o ópio. Quando seco, esse suco passa a se chamar pó de ópio. A morfina é a mais conhecida, seu nome deriva de Morfeu, o deus dos sonhos na mitologia grega (CEBRID, 2003), do ópio ainda é possível obter outra substância, a heroína, ao se fazer pequena modificação química na fórmula da morfina. A heroína é, portanto, uma substância semi-sintética ou seminatural (LONGENECKER, 1998).

Com relação ao último grupo de drogas depressoras, o CEBRID esclarece que a palavra “solvente” significa substância capaz de dissolver coisas, e “inalante” diz respeito a toda substância que pode ser inalada, isto é, introduzida no organismo através da aspiração pelo nariz ou pela boca. Em geral, todo solvente é uma substância altamente volátil, ou seja, evapora-se muito facilmente, por esse motivo pode ser facilmente inalado. Outra característica dos solventes ou inalantes é que muitos deles são inflamáveis. Entre eles estão as colas, tineres, acetona e lança perfume e esta última formada pela mistura de clorofórmio e éter e também chamada em algumas regiões do Brasil de “cheirinho da loló” ou simplesmente “loló” (CEBRID, 2003).

3.4 2.2.2 Drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central

Nesse segundo grupo estão substâncias que atuam aumentando a atividade cerebral, ou seja, são estimulantes do SNC, ocasionando um estado de alerta por um maior período de tempo. Os usuários referem estar “ligados”, “elétricos”, sem sono. Neste grupo, as principais drogas são as anfetaminas como o “Êxtase” ou metilendioximetanfetamina (MDMA), anorexígenos (diminuem a fome), a cocaína e o tabaco.

As anfetaminas são popularmente conhecidas entre os motoristas que dirigem à noite como “rebite”. Seu uso permite que dirijam durante várias horas seguidas sem descanso. Também são conhecidas como “bola” por estudantes que passam noites inteiras estudando, ou por pessoas que procuram perder peso sem acompanhamento médico. Por sua ação, essas substâncias também podem ser empregadas como antidepressivos, mas a ingestão em doses elevadas as torna neurotóxicas, passíveis de matar células nervosas. São apresentadas para uso por ingestão, inalação, injeção e fumo (TIBA, 1999). Seus efeitos são muito parecidos aos da cocaína, distinguíveis apenas através de testes químicos, porém diferem quanto à duração dos efeitos e à toxicidade, já que produzem efeitos de longa duração, se acumulam no cérebro e em células de gordura (LONGENECKER, 1998).

A MDMA, também conhecida pelo nome de “êxtase” ou “ecstase”, foi primeiramente desenvolvida em 1914 como supressora do apetite, mas nunca comercializada. Na década de 70, um pequeno número de psiquiatras passou a utilizá-la em psicoterapia. A partir de 1983, torna-se uma droga recreacional, principalmente entre estudante. É atualmente uma das drogas com maior aceitação pela juventude, tendo seu uso relacionado a eventos de música eletrônica. Nas festas denominadas “raves” (eventos em que é tocada exclusivamente música eletrônica), os usuários tentam fazer com que seus efeitos sejam associados à empolgação provocada pelo ritmo musical (CEBRID, 2003).

A cocaína, por sua vez, é extraída das folhas de uma planta chamada *Erythroxylon coca*, encontrada originariamente na América do Sul. Ela pode inibir os neurônios periféricos que transmitem sinais de dor, causando efeito entorpecedor ou

anestésico local. Na forma de pasta, ainda sem refino e muito contaminada com as substâncias utilizadas na extração, é chamada de merla, consumida na forma de fumo. Na forma de pedra, com a adição de bicarbonato de sódio, é chamada de crack.

Tanto o crack quanto a merla não são aspirados como a cocaína em pó, já que não podem ser transformados em pó fino. Por não serem solúveis em água, também não podem ser injetados. Por outro lado, para passar do estado sólido ao de vapor quando aquecido, o crack necessita de uma temperatura relativamente baixa (95°C), o mesmo ocorrendo com a merla, ao passo que o “pó” necessita de 195°C; por esse motivo o crack e a merla podem ser fumados e o “pó” não (CEBRID, 2003).

Há ainda a pasta de coca, que é um produto grosseiro, obtido das primeiras fases de extração da cocaína, das folhas da planta, quando estas são tratadas com uma base de solvente orgânico como querosene ou gasolina, e ácido sulfúrico.

A diferença entre a cocaína pura e os seus tipos em pasta e pedra, no que se refere aos efeitos, tem relação com a via de uso. O crack e a merla atingem o cérebro pela via pulmonar, por serem fumados. O pulmão é um órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície, o que possibilita que a droga entre rapidamente na corrente sanguínea, em torno de 10 a 15 segundos, enquanto o pó leva de 10 a 15 minutos, quando cheirado, e de 3 a 5 minutos quando injetado. A “fissura” que o uso do crack e da merla provocam é avassaladora, já que os efeitos da droga são muito rápidos e intensos (CEBRID, 2003).

O tabaco, outra droga estimulante do SNC e lícita como o álcool, é também consumida em ampla escala. O nome científico da planta da qual é extraída a nicotina, o mais notório componente do cigarro e também responsável por seu poder de dependência, é *Nicotianatabacum*. O seu uso intenso e constante aumenta a probabilidade de ocorrência de algumas doenças, como por exemplo, pneumonia, câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, boca, estômago e outros), infarto de miocárdio, bronquite crônica, enfisema pulmonar, acidente vascular cerebral, úlcera gástrica, etc., devido às inúmeras substâncias tóxicas presentes no mesmo, como

monóxido de carbono, acetona, formol, amônia, naftalina, chumbo e cádmio (BRASIL, 1996).

3.5 Drogas Perturbadoras do Sistema Nervoso Central

O terceiro grupo é constituído por aquelas drogas que agem modificando qualitativamente a atividade cerebral. Não se trata, portanto, do aumento ou diminuição da atividade cerebral, mas da alteração do funcionamento da mesma.

Com a ingestão dessas substâncias, o cérebro passa a funcionar de maneira anômala, tendo o seu desempenho comprometido. Por esta razão, este terceiro grupo de drogas recebe o nome de “perturbadores da atividade do SNC”. São classificadas em dois grupos: 1) as de origem vegetal: Mescalina (do cacto mexicano), THC (da maconha), Psilocibina, Amanita (de certos cogumelos), Lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca – anticolinérgicos naturais); a Ayahuasca (Santo Daime); 2) as de origem sintética: LSD-25; Anticolinérgicos (Artane, Bently) (CEBRID, 2003).

O Mescal ou Peyot é um tipo de cacto, que produz a substância alucinógena Mescalina e vem sendo utilizado há milhares de anos na América Central em rituais religiosos, dos quais não há registro de uso no Brasil. O tetrahydrocannabinol, mais conhecido por THC, é o princípio ativo da maconha, que é extraído de uma planta chamada Cannabis Sativa. Dependendo da quantidade de THC presente, o que pode variar de acordo com solo, clima, estação do ano, época de colheita, tempo decorrido entre a colheita e o uso, a maconha pode ter sua ação diferenciada, isto é, produzir maiores ou menores efeitos. Além do THC, existem outras substâncias de alta toxicidade na maconha, como o alcatrão e o monóxido de carbono. Esse alcatrão é dez vezes mais cancerígeno que o do cigarro. Sua ingestão se dá pelo fumo, afetando o pulmão e diversos outros órgãos, a exemplo do cigarro (CEBRID, 2003; SILVEIRA FILHO, 1996).

Algumas pesquisas têm apresentado indicativos de que a maconha tem a capacidade de diminuir em até 50% a 60% a quantidade de testosterona, e conseqüentemente, expor o usuário a uma forte tendência para a oligospermia. O efeito mais proeminente é um estado de euforia descrito como intensa alegria e bem-estar. Além de causar alterações importantes na percepção tempo-espaço,

também pode ocasionar a dissociação e o fluxo descontínuo de ideias, interrupção de memória recente e alterações do senso-percepção (CEBRID, 2003; TIBA, 1999).

Outro tipo de droga incluída nesse grupo diz respeito a espécies de cogumelos. O uso destes como alucinógeno natural é observado há milhares de anos, existindo em grande variedade. Os do gênero *Amanita*, por exemplo, são altamente venenosos e até letais. A ingestão se dá, por via oral, na forma de bebida.

A Caapi e a chacrona, outros alucinógenos vegetais, são utilizadas conjuntamente sob a forma de uma bebida, ingerida nos rituais do Santo Daime, culto da união vegetal e de várias outras seitas. Esse ritual é bastante difundido no Brasil e seu uso em nossa sociedade teve origem entre os índios da América do Sul. No Peru, a bebida preparada com as duas plantas é chamada pelos índios quéchas de Ayahuasca, que quer dizer “vinho da vida” (CEBRID, 2003).

Dos alucinógenos sintéticos, o LSD-25 - dietilamina do ácido lisérgico - é o mais representativo e talvez a mais potente droga alucinógena existente. É utilizado habitualmente por via oral, embora possa ser misturado ocasionalmente com tabaco e fumado. Na década de 90, seu uso no Brasil praticamente não existia, mas atualmente vem sendo novamente apreendido em quantidades significativas pelos órgãos policiais (DENARC, 2006). A experiência subjetiva com o LSD-25 e outros alucinógenos depende da personalidade do usuário, de suas expectativas quanto ao uso da droga e do ambiente onde esta é ingerida. Enquanto alguns indivíduos experimentam um estado de excitação e atividade, outros se tornam quietos e passivos. Sentimentos de euforia e excitação alternam-se com episódios de depressão, alucinações e sensação de pânico (CEBRID, 2003).

Os anticolinérgicos, tanto de origem vegetal (Lírio - trombeteira, zabumba ou saia-branca) como os sintetizados em laboratório (Artane, Bentyl), atuam principalmente produzindo delírios e alucinações. O que existe de comum entre a planta trombeteira ou lírio e o medicamento Artane para produzir efeitos físicos e psíquicos semelhantes, é que as duas substâncias (atropina e/ou escopolamina) sintetizadas pela planta e o princípio ativo do medicamento (triexafenidil) produzem um efeito no organismo que a medicina chama de efeito anticolinérgico, que se

refere à capacidade de bloquear (antagonismo competitivo) os receptores onde o neurotransmissor acetilcolina age.

No Brasil, o abuso dessas substâncias é relativamente comum em algumas regiões. O Artane, medicamento utilizado para mal de Parkinson, chega a ser a terceira droga mais usada entre meninos de rua de algumas capitais no Nordeste, depois dos inalantes e da maconha. Nas demais regiões, o uso de anticolinérgicos é bem menos frequente (CEBRID, 2003). Os esclarecimentos quanto à tipologia e as características gerais das substâncias psicoativas de maior relevância são muito importantes, dentre outras coisas, para a compreensão da contextualização do uso e suas implicações ao usuário.

4 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O CONTEXTO ESCOLAR

O Brasil conta com mais de 51 milhões de jovens na faixa etária dos 10 aos 24 anos de idade. No IV levantamento realizado sobre o uso de drogas nos ensinos fundamental e médio entre estudantes de 10 capitais brasileiras, foi perceptível a forte influência do uso de drogas no baixo rendimento escolar, apontando diferenças significativas na defasagem série/idade entre não usuários e usuários de drogas, excetuando-se o álcool e tabaco (BRASIL, 2004).

O uso de drogas se configura como uma problemática atual que vem crescendo a cada dia, e o que se percebe muitas vezes é o despreparo das pessoas para enfrentar essa situação. Uma abordagem dessa problemática no contexto escolar se faz necessária, pois possibilita identificar práticas preventivas que sejam bem sucedidas e sua possível divulgação, bem como possíveis sugestões dentro da área preventiva (MURER;OLIVEIRA;MENDES, 2009).

Nesse sentido, se faz necessário que as instituições de ensino adotem uma postura de enfrentamento conjunto como os demais setores sociais esclarecendo e prevenindo os jovens dos perigos de consumir tais substâncias. Segundo Abramovay e Castro (2005 *apud* SANTOS *et al.*, 2011), a escola é o local propício para ajudar na prevenção das drogas, no sentido em que reúne várias qualificações que colaboram para a difusão de tal perspectiva na comunidade e na sociedade.

A escola, além do papel formativo, também assume responsabilidades sociais e transversais. Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) apontam, como objetivo principal da educação, a cidadania. Para que isso aconteça, se faz necessário uma mudança de paradigma para entender que a educação tem a finalidade de promover a formação do cidadão.

No Brasil, os PCNs "constituem um referencial de qualidade para a educação no Ensino Fundamental em todo o País" (BRASIL, 1998, p. 25). Neles, a formação para valores é sugerida a partir da apresentação dos temas transversais, que surgem da necessidade de se discutir algumas questões sociais e a que, deve ser dada a mesma importância das matérias convencionais, tratando-as de forma a contemplar sua complexidade e dinâmica. Deste modo, busca-se educar para a

cidadania ao levantar questões sociais a serem trabalhadas, levando aluno a refletir, formando-o cidadão. É também permitido à escola incorporar temas que sejam relevantes à comunidade onde está inserida (BRASIL, 1998).

Nos PCNs, a educação em saúde está organizada de forma a indicar a dimensão individual e social da saúde, com os conteúdos organizados em dois eixos, sendo estes autoconhecimento para o auto cuidado e vida coletiva. Dentre os conteúdos a serem abordados dentro do bloco vida coletiva, estão incluídos agravos ocasionados pelo uso de drogas (fumo, álcool e entorpecentes). Segundo a indicação dos PCNs para a Saúde, estes temas devem ser tratados transversalmente, permeando todas as áreas que compõem o currículo escolar, de forma multidisciplinar, e fazem parte dos chamados temas transversais (BRASIL, 1996).

A escola desempenha um papel fundamental na formação dos indivíduos, que vai além de sua função de instrução, visto que ela atua também na construção das relações sociais proporcionada pela interação destes dentro do ambiente escolar. Assim, nota-se que a formação do sujeito autônomo, capaz de construir-se a si mesmo, deve ser estabelecida com base em situações reais com que o indivíduo convive diariamente (ambientais, sociais, político, de saúde, dentre outros) e que envolvam a comunidade. Todavia, atualmente existe uma problemática que está perpassando todos os ambientes sociais e que vem refletindo no contexto escolar: as drogas. (SANTOS *et al.*, 2011,p.18)

Sabe-se que atualmente uma das principais dificuldades encontradas no processo do ensino é reflexo da inabilidade ou inércia dos pais no que diz respeito à educação adequada, sendo ora excessivamente tolerantes, ora sem paciência, não impondo limites necessários e depositando então sobre a escola e o professor a função de educador responsável (LIPP, 2002), Robert Du Pont pressupõe que o aumento do uso de drogas entre jovens advém da recente e rápida diminuição do controle social exercido pelos adultos sobre o comportamento de tais jovens(FIGLIE, 2010).

Fortes laços com a família, escola, trabalho, instituição religiosa e outros aspectos da sociedade tradicional favorecem o engajamento dos jovens em

comportamentos responsáveis. Quando tais vínculos sociais estão fracos – ou ausentes – é menos provável que os indivíduos sigam padrões convencionais e desse modo, se engajam em comportamento de rebeldia, como o uso de álcool e de outras drogas (FIGLIE, 2010, p 543).

É necessário que o professor seja capaz de tomada de decisões, mobilização de recursos, que saiba rever e atualizar hábitos em um contexto de complexidade (PERRENOUD, 2001), e não mais se deixar viver na ilusão de que o ensino é responsável pela maior parte do que se aprende, pois grande parte do conhecimento é adquirido pelas pessoas fora da escola (NOVIKOFF *et al.*, 2011). Em meio às modificações tecnológicas, mudanças de padrões de avaliações, complexidade dos multifatores apresentados, carga horária excessiva e a necessidade de dar conta a qualquer preço, tem se destacado ultimamente o fenômeno do uso de drogas e seu início cada vez mais precoce (UNODOC, 2002).

Especialistas e estudiosos apontam que a prevenção é o melhor combate ao uso de drogas (SANTOS, 1997). Segundo Figlie (2010), a prevenção do abuso de drogas nas escolas deve ser organizada levando em consideração ao fator de risco apresentado pela população alvo, baseando-se na combinação de fatores de proteção e dos fatores de risco associados.

Tais fatores podem ser encontrados em todos os domínios da vida, no próprio indivíduo, em suas famílias, pares, escola e comunidades (BRASIL, 2004).

4.1 **A importância da capacitação docente**

Quando o assunto é drogas, é sabido que esse tópico não fez parte da formação profissional do professor, é um conteúdo completamente ignorado na maioria dos cursos que habilitam educadores. Mesmo assim, é frequente observar educadores sentindo-se culpados, tentando explicar, meio na defensiva, o fato de não terem muito claro o que fazer com esse assunto.

Uma primeira consideração a fazer sobre a questão de como o professor deve lidar com o tema drogas no seu cotidiano profissional é estar ciente de que a falta de clareza sobre como agir não é fruto de uma dificuldade pessoal sua ou de

problemas na sua formação acadêmica, mas o retrato não retocado de uma realidade que todos gostaríamos que fosse diferente (BRASIL, 2011).

O aumento do consumo de drogas e a diminuição da idade de início do uso, coloca a escola em um local estratégico para a realização de ações de prevenção e proteção de crianças e adolescentes. O aumento das pressões sobre os educadores, quer seja por parte da sociedade, dos pais, das diretrizes a que por hora devem se submeter para trabalhar tal temática, por muitas vezes se conflita com as vivências do professor, aguça e balança seus padrões morais, e com muita frequência gera medo devido à sensação de insegurança ao lidar com a temática.

A escola de hoje não pode ser pensada como um lugar de aprendizagem primária. É um campo muito rico, um espaço de vivências emocionais e sociais; um local propício para se trabalhar a educação para a saúde, não só pela ameaça da presença de álcool e drogas, mas por que a escola é um campo permeável para a produção de uma educação para a saúde consistente, regular e sistemática, que associada à socialização primária, realizada pelos pais, propicia um estilo de vida mais bem adaptado à sociedade atual (LOPES, 2007; MARTINI, 2009).

Embora a participação ativa dos professores junto ao estudante, seus familiares e o contexto, ainda seja uma prática recente entre docentes da educação básica, entende-se ser prioritária sua capacitação à luz dos instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, a articulação entre a academia e a sociedade se faz necessária na medida em que profissionais de saúde devidamente preparados possam contribuir para essa capacitação. Trabalhar com a temática sobre drogas exige conhecer estratégias, buscar parcerias e educação continuada.

O educador pode contribuir para prevenir o abuso de drogas entre adolescentes de duas formas básicas: incentivando a reflexão e a adoção de medidas na própria escola onde trabalha e atuando diretamente com seus alunos na sala de aula (BRASIL, 2012).

A capacitação permite despertar no professor percepção de que a escola é um dos principais locais para trabalhar a prevenção do uso de drogas, que é

necessário um maior conhecimento sobre a vivência dos alunos, do contexto socioeconômico, e que estas informações, associadas à utilização de outras e de embasamentos científicos atualizados, o auxiliarão na tomada de decisão segura, sadia e informada.

O conhecimento da rede de serviços também propicia a criação de parcerias que o auxiliarão na criação de estratégias de maior eficácia, trabalhando em consonância com as diretrizes governamentais que se encontram embasadas no que as pesquisas atuais apontam como melhores estratégias para o desenvolvimento de um bom trabalho.

A escola é um território privilegiado para incorporação de conhecimentos sobre saúde, assim como para a possibilidade de transformar o atual quadro de vulnerabilidade social que muitos jovens brasileiros vivem atualmente.

4.2 Fatores de risco e fatores de proteção

São fatores de risco aquelas circunstâncias sociais e/ou pessoais que tornam as pessoas vulneráveis a assumir comportamentos arriscados, como usar drogas. São fatores de proteção aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades, diminuindo as chances da pessoa assumir esses comportamentos.

Ao realizar um trabalho de prevenção com um grupo, é necessário conhecer a realidade daquele grupo específico, identificando, para aqueles indivíduos, o que é fator de risco e o que poderia ser fator de proteção, a fim de atuar minimizando os primeiros e fortalecendo os segundos. A seguir tais fatores estão agrupados em tabela constando os fatores individuais, familiares, escolares sociais e relacionados às drogas.

Tabela 1 - Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas

	Fatores de Risco	Fatores de proteção
Fatores Individuais	Insegurança, insatisfação com a vida, sintomas depressivos, habilidades para resolver problemas, busca de prazer, curiosidade.	Habilidades sociais, vínculos positivos com pessoas, instituições e valores, cooperação, autonomia, auto estima desenvolvida.
Fatores Familiares	Pais que fazem uso abusivo de drogas, pais que sofrem de doenças mentais, pais excessivamente autoritários ou muito exigentes.	Pais que acompanham as atividades dos filhos, estabelecimento de regras de conduta claras, envolvimento afetivo com a vida dos filhos, respeito aos ritos familiares, estabelecimento claro da hierarquia familiar.
Fatores Escolares	Baixo desempenho escolar, falta de regras claras, baixas expectativas em relação às crianças, falta de vínculos com as pessoas ou com a aprendizagem, exclusão Social.	Bom desempenho escolar, boa inserção e adaptação no ambiente escolar, ligações fortes com a escola, possibilidades de desafios e expansão da mente, descoberta de possibilidades (e “talentos”) pessoais, prazer em aprender, oportunidades de participação e decisão, vínculos afetivos com professores e colegas, realização pessoal, descoberta e construção de projeto de Vida.
Fatores Sociais	Violência, falta de recursos para prevenção e atendimento, descrença nas instituições, desvalorização das autoridades sociais, falta de oportunidades de trabalho e lazer.	Respeito às leis locais, credibilidade da mídia, informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos, oportunidade de trabalho e lazer, consciência comunitária e mobilização social, clima comunitário afetivo.
Fatores relacionados às Drogas	Disponibilidade para a compra, propaganda que incentiva e mostra apenas o prazer que a droga causa, prazer intenso que leva o indivíduo a querer repetir o uso.	Informações contextualizadas sobre os efeitos, regras e controle para o consumo adequado.

Uma escola que apresente regras claras e consistentes sobre condutas consideradas adequadas em relação ao uso de drogas em um processo educativo e evolutivo contínuo e que busca coerentemente a participação do estudante neste processo, cria um ambiente propício a fatores de proteção, o que não ocorre quando ela apresenta papel inconsistente ou ambíguo no tratamento do uso de álcool e drogas, contribuindo para o aparecimento ou crescimento dos fatores de risco (MS, BRASIL, 2004).

Com o aumento do número de casos de uso abusivo de drogas no interior das escolas, tem ficado clara a necessidade de que os professores tenham subsídios para lidar com essas demandas, face a não formação e desinformação deste assunto. Como fator agravante perante este quadro, encontramos estudos realizados na área de formação de professores que têm evidenciado a carência dos cursos de licenciatura em fornecer ao futuro profissional aprofundamento necessário na temática das drogas (BRASIL, 2011).

Nos ambientes de formação e aprendizado, ocorre o entrecruzamento de fatores de risco presentes em todos os outros domínios; em verdade a escola é o ambiente em que boa parte - a maioria - desses fatores pode ser percebida. (MS, Brasil, 2004)

Desta forma, ampliar o conhecimento científico acerca dessa temática torna-se imprescindível, como possibilidade de contribuir para a formação/informação de professores para desenvolverem suas ações na direção do enfrentamento e superação desses fenômenos no âmbito escolar. A falta de informação e conhecimento sobre as drogas dificulta ações que norteiem o docente na abordagem do tema em sala de aula, no trabalho preventivo, bem como a identificação precoce de escolares usuários de drogas, ou em risco para o uso, torna mais fácil a contextualização do uso de drogas nos conteúdos estabelecidos em seu planejamento.

5 ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS PARA O ENFRENTAMENTO

Historicamente, em todo o mundo, o usuário de substâncias psicoativas foi tratado como um criminoso ou doente mental. Somente no século XVIII o alcoolismo começou a ser considerado como uma patologia distinta (RAMOS, 1990). No contexto da saúde, a dependência química é tratada como doença (OMS, CID 10; DSM-IV).

No entanto, histórico e culturalmente, o uso e abuso de drogas era tratado com desdém pelas políticas de saúde, e a partir do incômodo gerado, como questões exclusivamente repressiva, com internações em manicômios ou prisões.

Os estudos epidemiológicos sobre o uso de drogas no Brasil começaram a se desenvolver a partir de 1987, com pesquisas do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. Esses estudos demonstraram que até então predominava, no Brasil, uma abordagem de natureza emocional com base no senso comum (FORMIGONI, 2002).

Para Costa (2007), as políticas públicas começaram a ser pensadas frente ao aumento do uso de drogas, associado ao desenvolvimento do crime organizado, independente de classes sociais e em uma faixa etária cada vez mais precoce. No entanto, ocorreram de forma lenta e gradativa. A ausência da tradição do cuidado em álcool e outras drogas pela saúde pública, fez com que durante décadas, tais cuidados fossem desempenhados por ações sociais filantrópicas, abrigos e entidades religiosas (MS, 2009).

As ações sistemáticas e regulares buscando integralidade na assistência a usuários de álcool e outras drogas começaram a ser realizadas a partir de 2003. O que se via antes era a tomada de algumas iniciativas isoladas que, embora pudessem apresentar alguma importância, não eram eficazes em consequência da falta de investimento e descontinuidade, ao mesmo tempo em que o consumo de drogas, principalmente álcool e cocaína, aumentava paulatinamente.

Hoje, vários são os recursos e dispositivos disponíveis para o enfrentamento desse problema, e não é a intenção deste trabalho ou capítulo apontar o modelo

mais indicado. Há oferta de tratamentos tanto no âmbito governamental (políticas públicas) quanto não-governamental (obras religiosas, filantropias, obras sociais, etc.). O que difere a aceitação e a eficácia do tratamento é a condição individual do usuário, suas representações, crenças, desejos. Para isso é imprescindível que os serviços governamentais ou não caminhem na mesma direção, no apoio ao indivíduo e apoiando-se mutuamente.

A abordagem do tema de enfrentamento das drogas não pode ocorrer de forma parcial, como se houvesse apenas uma alternativa e/ou forma eficiente de atenção à dependência química. A prevenção, o tratamento, recuperação e reinserção social, bem como a redução dos danos sociais e à saúde e a redução da oferta são dimensões amplamente consideradas na legislação e nas políticas voltadas para esta questão, e todas são válidas e importantes na medida em que contribuem não apenas para a compreensão desta problemática, mas também para o seu enfrentamento. Neste trabalho optou-se entre as interfaces discorrer sobre as políticas públicas e sobre seus dispositivos oferecidos à população através de pactuações contidas na política do Sistema Único de Saúde (SUS) e que pode ser acessado por direito, por qualquer cidadão.

A partir da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre eles o CAPS álcool e outras drogas (ad), iniciou-se a implantação de uma rede de serviços especificamente para essa finalidade. À época, foi apontada a necessidade de implementação de ações intersetoriais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o cuidado integral dos usuários de álcool e outras drogas. (MS, 2009).

Com a criação dos dispositivos CAPS foi possível avaliar o uso de substâncias psicoativas e seus efeitos sobre o indivíduo de forma diferenciada. Pela primeira vez o uso de drogas passou a ser avaliado como um problema de saúde em uma unidade especializada (CAPS ad) que passou a realizar articulações entre os serviços da rede buscando o atendimento integral individual.

A implantação do Plano Emergencial Álcool e Drogas (PEAD, 2009) apontou não só a necessidade de intervenções intersetoriais e multidisciplinares como também a importância da tomada de ações no âmbito escolar.

Art. 7º. Definir que o PEAD deverá desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde mental na **primeira infância**, além de ações de prevenção e promoção articuladas ao Programa Saúde nas Escolas e à Política Nacional de Promoção da Saúde (MS, 2009, Grifo do autor).

Em 23 de dezembro de 2011, a portaria Nº 3.088, considerando, entre outras, a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), instituiu a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e constituiu as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAP).

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial: I - Promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (**criança, adolescente, jovens**, pessoas em situação de rua e populações indígenas) (MS, 2011, Grifo do autor).

São componentes da Rede de Atenção Psicossocial a Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial, a seguir, os componentes são tratados em separado.

5.1 **Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial em cada componente**

5.1.1 Na atenção básica em saúde

Unidade Básica de Saúde é o serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (CONASS, 2011).

A Unidade Básica de Saúde, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde

mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e de cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, ações essas compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

5.1.1.1 Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas

- Equipe de Consultório na Rua - equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial é responsabilidade da Equipe do Consultório na Rua ofertar cuidados em saúde mental para (i) pessoas em situação e rua em geral; (ii) pessoas com transtornos mentais e (iii) usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. Quando necessário, a equipe de Consultório na Rua poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.
- Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Essa equipe multiprofissional coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede;

5.1.1.2 Centro de Convivência

É unidade pública, articulado às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

Os Centros de Convivência são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas e Equipes da Academia da Saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) às(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

5.1.2 Na atenção Psicossocial Especializada

Centro de Atenção Psicossocial - constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo. O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

5.1.2.1 CAPS I

Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;

5.1.2.2 CAPS II

Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

5.1.2.3 CAPS III

Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

5.1.2.4 CAPS AD

Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes. e) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

5.1.2.5 CAPS i:

Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

5.1.3 Na atenção de urgência e emergência

5.1.3.1 Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências

SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros - são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

5.1.3.2 Os Centros de Atenção Psicossocial

Realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

5.1.4 Na atenção residencial de caráter transitório

5.1.4.1 A Unidade de Acolhimento

É um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência, que será responsável pela elaboração do

projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

- Unidade de acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do Crack, Álcool e Outras Drogas, maiores de 18 (dezoito) anos.
- Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

5.1.4.2 Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas

Serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta Instituição funciona de forma articulada com a atenção básica, que apóia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários, e com o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, deve participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

5.1.5 Na Atenção Hospitalar

5.1.5.1 Enfermaria especializada

Oferece atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

O acesso aos leitos neste ponto de atenção deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de

referência. No caso do usuário acessar a rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral deve ter garantidos composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

5.1.5.2 O Serviço Hospitalar de Referência

Propicia atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas às determinações da Lei Nº- 10.216, de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

5.1.6 Nas Estratégias de Desinstitucionalização

O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, pontos de atenção desse componente, são moradias inseridas na comunidade destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

Nas regiões onde as Redes de Atenção Psicossocial ainda permanecem em processo de implantação, os hospitais psiquiátricos poderão ser acionados, até que os hospitais e a rede de atenção estejam adequadamente implantadas. Nestas localidades as ações para implantação devem ser priorizadas.

A complexidade que envolve elaborar tecnologias e desenvolver programas de prevenção contra o uso de drogas precisa ser levada em consideração, principalmente no que tange à correlação entre tais ferramentas e a realidade da população. É necessário para isso a junção do embasamento científico as representações da população alvo, associadas à oferta dos serviços de saúde e assistência social pelo poder público.

5.2 **Projeto Saúde na Escola (PSE)**

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído por Decreto Presidencial nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e prevê a realização de atividades clínicas e de promoção e prevenção à saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Embora não seja rede integrante direta da Rede de Atenção Psicossocial, é um importante dispositivo para a realização do trabalho preventivo por ser capaz de promover articulações entre as áreas de saúde, e educação (BRASIL, 2007).

Este projeto pretende disseminar informações de saúde entre os alunos da rede pública de ensino, por meio da capacitação de professores do ensino fundamental, em todo o território nacional, para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde de crianças e adolescentes, com vistas à formação de hábitos saudáveis de vida, à adoção de comportamentos de baixo risco à saúde. Além disso, pretende contribuir para formação e desenvolvimento do espírito crítico, desenvolvimento da capacidade criativa a assimilação dos valores e técnicas fundamentais da cultura a que pertence o educando.

Como já visto neste trabalho, algumas estatísticas do Ministério da Educação apontam a escola, depois do “locus familiar”, como local privilegiado para o desenvolvimento de ações de informação e educação em saúde, objetivando o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, condutas de baixo risco e a compreensão de que saúde não é só ausência de doenças, mas o resultado de

condições adequadas de saneamento, habitação, educação, geração de renda, alimentação, segurança, cultura, lazer, dentre outros (MEC, 2009).

As atividades de educação e saúde do PSE ocorrerem nos Territórios definidos segundo a área da Estratégia Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos etc.).

No PSE, a criação dos Territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, seu projeto político pedagógico e a unidade básica de saúde. O planejamento dessas ações do PSE considera o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar.

A escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde: espaço para convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral.

Para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral, como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar (MS, BRASIL. 2008). Na esfera da saúde, as práticas da equipe de Saúde da Família incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos.

6 ABORDAGEM METODOLÓGICA

6.1 Tipo de estudo e abordagem metodológica

Os procedimentos metodológicos fornecerão subsídios necessários para o alcance dos objetivos deste estudo. De acordo com Gil (2008) ao utilizarmos os objetivos como critério, as pesquisas podem ser classificadas como exploratória, descritiva e explicativa.

Para o desenvolvimento deste estudo foram utilizadas a pesquisa exploratória e a pesquisa descritiva. A pesquisa exploratória “possibilita uma explicação maior e um aprofundamento de estudos sobre um determinado assunto ou área, com vistas ao seu entendimento mais qualificado ou à descoberta de novas relações” (Vianna, 2001, p. 130),

Segundo Lakatos e Marconi (1992), a pesquisa descritiva aborda quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente. De acordo com Vergara (2004), a pesquisa descritiva é aquela que expõe características de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlação entre variáveis e definir sua natureza.

Foram utilizadas na abordagem metodológica, a técnica de revisão integrativa para a prática da análise quantitativa e análise de conteúdo de Bardin para a apreciação qualitativa. Ambas são descritas com maior aprofundamento no decorrer do texto (tópicos 5.3, 5.4).

6.2 Fundamentação teórica

Na intenção de se expor o pensamento de Ausubel (1978, p.41) sobre as condições para que a aprendizagem significativa aconteça, vale trazer seu pensamento para reflexão:

(...) a essência do processo de aprendizagem significativa é que ideias simbolicamente expressas sejam relacionadas de maneira substantiva (não literal) e não arbitrária ao que o aprendiz já sabe, ou seja, a algum aspecto de sua estrutura cognitiva especificamente relevante para a aprendizagem dessas ideias.

Neste ponto do estudo toma-se de Pedro Demo a importância e o significado de uma crítica de valor como método apropriado para explicar a realidade. (DEMO, 1985).

Entende-se a realidade no contexto escolar da educação básica como sendo complexa, ainda mais quando se busca prevenir e promover saúde de crianças e adolescentes vulneráveis ao uso de drogas. A relação professor-aluno é uma prática distinta, num espaço relevante e complexo, portanto não pode ser reduzida a uma relação didática fria; mas também não pode ser comparada a uma relação humana calorosa.

Neste sentido Freire defende a educação com a prática da liberdade. Assim, sua obra trata do respeito à condição humana, significando reconhecer e valorizar a autonomia da criança e do jovem, no caso em estudo, pois eles buscam conhecimentos nos bancos escolares. No seu entendimento, “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (Freire, 1997, p. 66).

Ao mesmo tempo em que defende uma prática docente que privilegia o diálogo, também apresenta a autoridade do docente não como camisa de força para manter o estudante sob os ditames da lei e da ordem, a qualquer preço, mas defende o equilíbrio desse docente para rever e manter sob controle sua própria autoridade, ao tempo em que a liberdade deve distinguir-se da licenciosidade, isto é, uma “autoridade que cumpre seu dever” (Freire, 1996, p.68).

Este autor propõe que o conhecimento com o qual se trabalha na escola seja relativamente significativo para formação dos educandos. Daí sua defesa em relação a uma pedagogia crítico dialógica, em repúdio à pedagogia bancária. (Freire, 1996, p. 25).

6.3 **Revisão integrativa**

A revisão integrativa de literatura propicia a síntese de conhecimento produzido sobre determinado tema, permite a visualização de lacunas existentes na prática e viabiliza a contextualização do pesquisador em determinada temática.

Acreditamos que este método contribuirá para o alcance quantitativo dos objetivos propostos no trabalho.

Uma revisão integrativa é um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular (BROOME, 2006). Esse método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; BENEFIELD, 2003; POLIT; BECK, 2006).

O termo “integrativa” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método. Para Whitemore e Knafl (2005), é nesse ponto que se evidencia o potencial para construir a ciência. Uma boa revisão integrativa, segundo os autores, apresenta o estado da arte sobre um tema, contribuindo para o desenvolvimento de teorias. O método de revisão integrativa é uma abordagem que permite a inclusão de estudos que adotam diversas metodologias (ou seja, de pesquisa experimental e não-experimental).

Whitemore e Knafl (2005) alertam para os cuidados que os pesquisadores devem ter no momento da realização da revisão integrativa. Para os autores, sem métodos explícitos e sistemáticos a margem de erros torna-se considerável para os pesquisadores. Os autores lembram que o erro pode ocorrer em qualquer fase da revisão. Por exemplo, a fase da pesquisa bibliográfica pode ficar incompleta quando não se consideram importantes fontes primárias. Ou até mesmo, os dados das fontes primárias podem ser extraídos de forma incorreta ou mal interpretados. Outro ponto importante para Whitemore e Knafl (2005) é a análise dos dados, na revisão integrativa. Para eles, este é um grande desafio para o pesquisador, pois a análise e a síntese de várias fontes são complexas.

No presente estudo, a revisão integrativa da literatura é utilizada como método para o desenvolvimento da revisão da literatura. Este procedimento foi escolhido por possibilitar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado e deve seguir as seguintes etapas:

1ª. Etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

A primeira etapa serve como norte para a construção de uma revisão integrativa. A construção deve subsidiar um raciocínio teórico e incluir definições aprendidas de antemão pelos pesquisadores. Assim, a primeira etapa do processo de elaboração da revisão integrativa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), que deve ser clara e específica (SILVEIRA, 2005; URSI, 2005).

2ª. Etapa: estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão

Após a escolha do tema pelo pesquisador e a formulação da pergunta de pesquisa, inicia-se a busca nas bases de dados, para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. Essa etapa depende muito dos resultados encontrados ou delineados na etapa anterior, pois um problema amplamente descrito tenderá a conduzir a uma amostra diversificada, exigindo maior critério de análise do pesquisador. Frequentemente, a seleção de artigos inicia-se de forma mais ampla e afunila-se na medida em que o pesquisador retorna à sua questão inicial, pois o movimento de busca na literatura nem sempre é linear (BROOME, 2006).

Para Ganong (1987), os critérios de inclusão e exclusão devem ser identificados no estudo, sendo claros e objetivos, mas podem sofrer reorganização durante o processo de busca dos artigos e durante a elaboração da revisão integrativa (URSI, 2005).

3ª. Etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

Para a identificação dos estudos, realiza-se a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca, para posteriormente verificar sua adequação aos critérios de inclusão do estudo. Nos casos em que o título, o resumo e as palavras-chave não sejam suficientes para definir sua seleção, busca-se a publicação do artigo na íntegra. A partir da conclusão desse procedimento, elabora-se uma tabela com os estudos pré-selecionados para a revisão integrativa.

4ª. Etapa: Categorização dos estudos selecionados

A quarta etapa tem por objetivo sumarizar e documentar as informações extraídas dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores. Essa documentação deve ser elaborada de forma concisa e fácil (BROOME, 2006).

Ursi (2005) lembra que, para extrair as informações dos artigos, o pesquisador deve fazer uso de um instrumento que permita analisar separadamente cada artigo, tanto em um nível metodológico quanto em relação aos resultados das pesquisas. Tal instrumento deve possibilitar a síntese dos artigos, salvaguardando suas diferenças.

5ª. Etapa: Análise e interpretação dos resultados

Esta etapa diz respeito à discussão sobre os textos analisados na revisão integrativa. O pesquisador, guiado pelos achados, realiza a interpretação dos dados e, com isso, é capaz de levantar as lacunas de conhecimento existentes e sugerir pautas para futuras pesquisas (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para validar seu estudo, o pesquisador deve deixar claro quais lacunas foram encontradas na literatura e quais caminhos futuros outros pesquisadores podem adotar em suas pesquisas científicas (URSI, 2005).

6ª. Etapa: Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento

A revisão deve possibilitar a replicação do estudo. Dessa forma, a revisão integrativa deve permitir informações que possibilitem que os leitores avaliem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão. Essa última etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição de todas as fases percorridas pelo pesquisador, de forma criteriosa, e deve apresentar os principais resultados obtidos.

6.4 Tratamento e análise qualitativa dos dados

Optou-se pela análise de conteúdo de Bardin (2009) para interpretar qualitativamente os dados achados, por ser um conjunto de técnicas de análise para

se obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção e recepção das mensagens.

Para se evitar uma compreensão espontânea, este tipo de análise é usado como um instrumento, um “leque de apetrechos” capaz de auxiliar a compreensão sobre o núcleo de comunicação que se encontra além dos significados imediatos.

Bardin (2009) propõe três fases para a referida análise, assim constituída:

- Pré-análise: Acontece quando se procede à organização dos achados. Nesse momento surgem intuições que tem o propósito de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de forma a levar a um esquema que contribua para um plano de análise.
- A exploração do material: Consiste em aplicação sistemática. É uma fase longa que, por meio de operações codificadas, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas permite apresentar dados de forma sistematizada.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: O tratamento dos resultados levam-nos a serem significativos e válidos. As operações estatísticas simples ou mais complexas contribuem para o estabelecimento de quadros resultantes que condensam as informações fornecidas pela análise.
- Na pré-análise realiza-se uma leitura flutuante, de forma que a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência levem à formulação das hipóteses e objetivos, à referência dos índices, aos indicadores e ao preparo do material (op.cit.2009).
- Nesse momento a intuição e a reflexão possibilitam transformar o código escrito pelos autores, por meio da sedimentação dos conteúdos. Nesse processo, aprende-se as principais ideias; “é o momento de conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações” (DEMO, 1985).

- Na segunda fase, a da exploração do material, procede-se à codificação por meio da organização do material para análise visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Transforma-se o material em uma representação do conteúdo, de forma a obter a informação sobre as suas características.
- A seguir, busca-se realizar o reagrupamento das unidades de registro, reunidas sob a forma de categorias, que são classe de um grupo de elementos, isto é, as unidades de registros.
- No tratamento e interpretação dos resultados, se propõe inferências e interpretações em relação aos objetivos. Assim, os dados são apresentados pelas etapas de leitura dos textos várias vezes, até se familiarizar com as ideias, definição das Unidades de Registro (UR) e definição dos temas UR, isto é, a construção das Unidades de Significação e Quantificação.

6.5 Procedimento para a seleção dos artigos científicos

Antes da aplicação do instrumento de estudo foi realizada leitura criteriosa dos trabalhos a fim de excluir produções que não fossem pertinentes ao tema. Após esta pré-análise, foi aplicado o instrumento de coleta de dados para análise e interpretação dos dados.

O referencial metodológico permitiu verificar a produção científica existente sobre a abordagem da prevenção e uso de drogas na educação básica, e analisar a produção segundo a área temática, seu enfoque.

A partir da questão: qual o conhecimento produzido na literatura nacional sobre álcool e drogas na educação básica? Iniciaram-se as buscas por literatura (livros, revistas, artigos, dissertações e teses) que propiciassem contribuir para elucidar a temática.

Foi estabelecido como critério de inclusão trabalhos que abordassem produção de temáticas sobre álcool e drogas na educação básica (antes conhecida como ensinos fundamental e básico) realizados no país no período de 2003-2013.

Os critérios de exclusão adotados foram: trabalhos que abordassem a temática de álcool e drogas em outras áreas de domínio senão a do ensino, trabalhos e pesquisas realizadas fora do país, ou publicados antes do ano de 2003.

Primeiramente foi realizada busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando a palavra chave (Título) “drogas”. Foram encontradas 4.100 publicações. Foi então utilizada a opção filtrar para que fossem relacionados apenas os textos completos resultando em um total de 1.238 publicações. Executou-se a seguir a pesquisa avançada, o que possibilitou limitar a pesquisa para “ensino” e “professores”. Deste modo, a pesquisa foi otimizada e automaticamente excluiu trabalhos realizados em outras áreas, como por exemplo, farmacológicas e de segurança pública, reduzindo para análise 33 artigos na base SCIELO, 15 na base LILACS e 6 na Base BDENF.

A amostra foi composta por trabalhos publicados nos últimos 10 anos (2003-2013) selecionados pelos critérios de inclusão e exclusão já citados, totalizando 23

trabalhos científicos. A partir de então foram formuladas matrizes de síntese para selecionar o objeto desse estudo.

Para Klopper, Lubbe e Rugbeer (2007), a matriz de síntese ou matriz de análise é um dos instrumentos utilizados para extrair as informações e organizar dados dos artigos selecionados, como ferramenta de extração e organização de dados de revisão da literatura. O processo de construção da matriz depende da criatividade pessoal do pesquisador. Miles e Huberman (1994) afirmam que não há matriz de síntese correta, apenas matrizes funcionais ou não. Dessa forma, a construção da matriz depende da interpretação do pesquisador e da maneira como ele organiza seus dados.

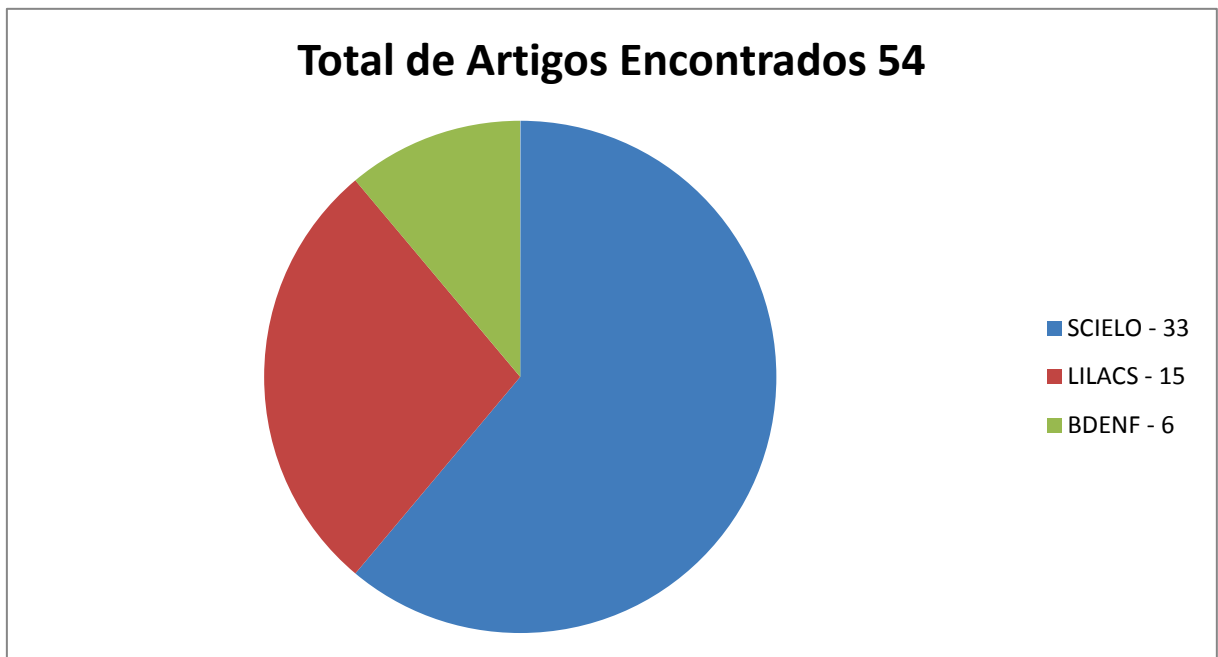
O instrumento contempla os seguintes dados:

- Identificação (título do artigo, periódico de publicação, autores, ano de publicação);
- Características metodológicas do estudo (tipo de publicação, objetivos, aspectos abordados, categorização do tema, resultados e conclusões);
- Base de dados;
- Obtenção da pesquisa na íntegra.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O total de estudos localizados foi de 54, no SCIELO foram encontrados 33 estudos, no LILACS 15 estudos e na BDENF 06 estudos, após foi realizada leitura dos títulos e dos resumos de todos os trabalhos encontrados nas estratégias de busca, excluíram-se então os estudos que não se relacionavam com a temática.

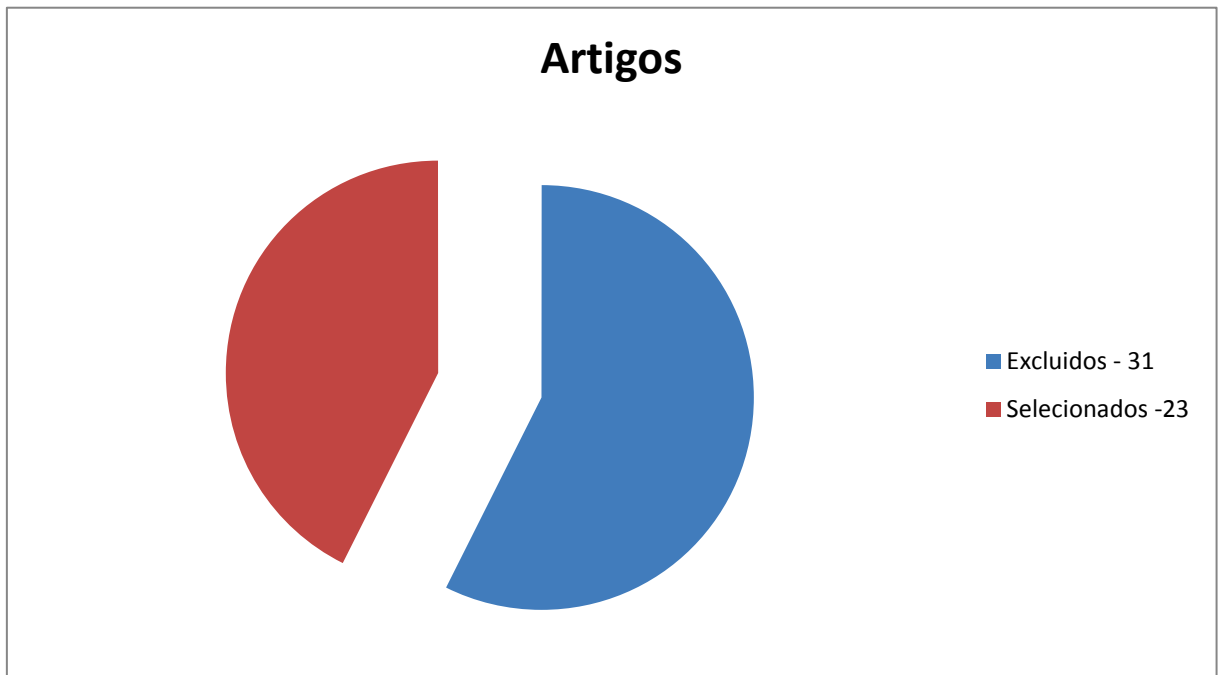
Gráfico 1 - Total de artigos por bases de pesquisa



Da base SCIELO foram excluídos 13 estudos (06 por não ter relação com o ensino, 05 por terem sido realizados em outro País, 01 por se tratar de estudo farmacêutico e 01 por pertencer à área jurídica. Na base LILACS, 03 estudos por repetição em outras bases, 02 foram realizados em outro país, 02 por se tratar de ensino em graduação, 01 realizado anterior ao ano de 2003. Na Base BDENF, 03 estudos realizados em graduação, 02 por repetição em outras bases, 01 por repetição.

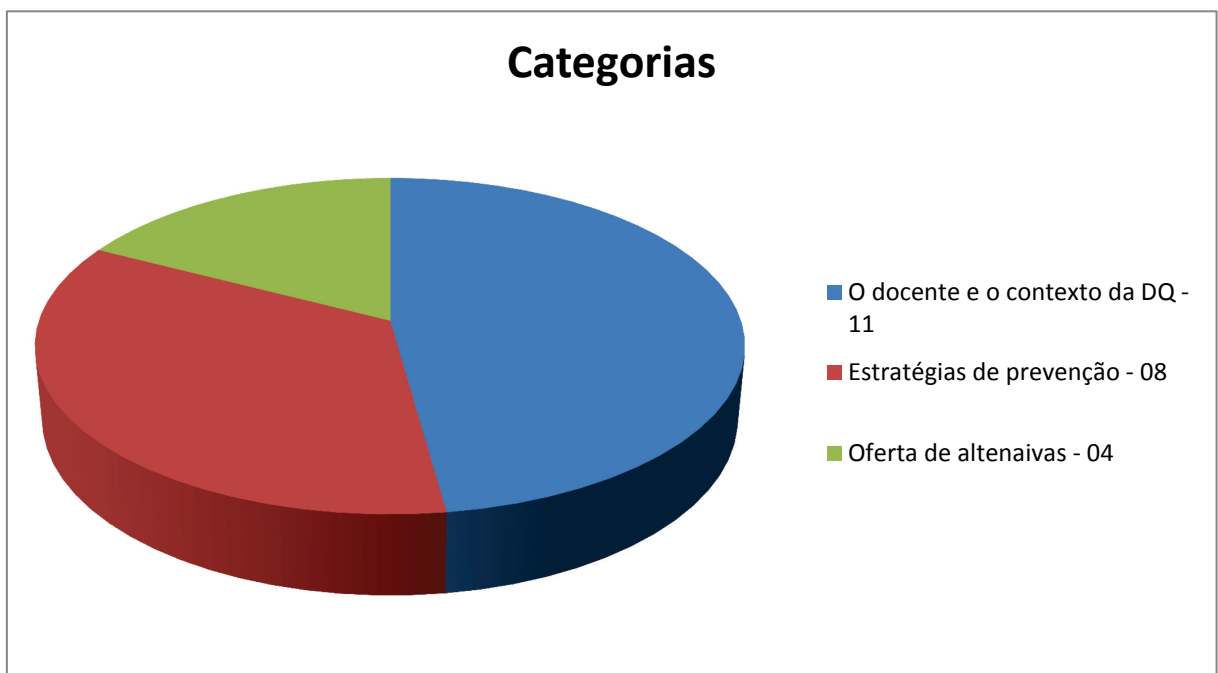
Após a leitura na íntegra e análise dos estudos selecionados houve a exclusão de 31 estudos por não contemplarem os objetivos propostos na pesquisa, portanto, foram analisadas 23 produções.

Gráfico 2 - Índice de artigos excluídos e selecionados



Os estudos selecionados receberam então uma seqüência alfanumérica de A1 a A23 objetivando facilitar a identificação das produções. Verificadas as idéias, realizou-se o agrupamento conforme as semelhanças atribuídas a cada unidade, e sua alocação nas seguintes categorias no que tange as práticas preventivas encontradas na realização da Revisão integrativa.

Gráfico 3 - Categorização das Estratégias.



7.1 O docente e o contexto da Dependência química

Aborda o conhecimento sobre a temática, as percepções e atitudes dos professores no tratamento da didática por ele praticada sobre o fenômeno do uso de drogas por seu alunado, e os impactos biopsicossociais por ele provocados. Dos 23 trabalhos avaliados, 11 (onze) ou 47.8 % tratavam das relações dos docentes com o uso de drogas e seu conhecimento científico.

A lei brasileira sobre drogas (Lei n.11.343/2006) preconiza que professores possuam conhecimentos referentes a substâncias psicoativas para que estes possam subsidiar a formação dos estudantes; para Araldi (2012), as representações sociais dos educadores é caracterizada por uma visão preconceituosa e estigmatizante do uso de álcool e outras drogas, e a maioria dos professores relatam não possuir informações suficientes para poder transmiti-las aos seus alunos e nem conversar com eles sobre o tema, o que dificulta um diálogo aberto sobre a questão e conseqüentemente uma atuação de prevenção nas escolas.

Segundo Ausubel, a aprendizagem significativa ocorre quando a nova informação ancora-se em conceitos e preposições mais relevantes preexistentes na estrutura cognitiva do aprendiz, ou seja, há uma relação desta com a estrutura de conhecimento do indivíduo (MOREIRA, 1982), desta forma, o educador precisa apresentar seus conhecimentos químicos e técnicos sincopados à realidade do educando, não há espaço para educação bancária. O aluno, suas vivências e todo o contexto biopsicossocial deve ser levado em consideração na construção do diálogo.

Uma atitude empática facilita a inclusão de educadores no processo de prevenção do uso e abuso de drogas nas escolas, no entanto, há de se cuidar para que não haja um simples e puro repasse de conhecimentos químicos e técnicos excluído do contexto os aspectos sociais, emocionais e as condições de trabalho do envolvido, deve-se buscar compreender o ser humano em toda sua dignidade.

Para Freire (1987, pág. 47.), Nosso papel não é falar ao povo sobre nossa visão do mundo, ou tentar impor a ele. Mas dialogar com ele sobre a sua e a nossa, temos que estar convencidos que a sua visão de mundo, que se manifesta nas várias formas de sua ação, reflete a sua situação no mundo, em que se constitui. A

ação educativa e política não pode prescindir do conhecimento crítico dessa situação, sob pena de se fazer “bancária” ou de pregar no deserto.

O vínculo com a escola é, por si só, considerado um fator associado à proteção contra o abuso de substâncias (ELLICKSON, OSLER, SANCHES), Moreira (2012), não associou atitudes de empatia por partes dos educadores com a formação educacional específica, mas sim com educação mais geral, como especializações ou mestrado, que leva a refletir sobre como o investimento na melhoria dos padrões de ensino geral pode beneficiar os resultados nos esforços para se trabalhar conhecimentos específicos sobre drogas.

7.1.1 Estratégias de prevenção

O uso de substâncias psicoativas quer sejam elas lícitas ou ilícitas trás em seu contexto violência, dependência, gastos públicos significativos, acidentes, desestruturação familiar, social e individual. As ações de prevenção e promoção da saúde devem ser pensadas e formuladas desde o início buscando integrar a escola a comunidade, familiares, serviço de saúde. Assim, a elaboração de um bom projeto é passo fundamental e estratégico para a sistematização de ações de saúde do escolar (BRASIL, 2006). Estratégias de prevenção foram diretamente abordados em 08 (oito), 34.7% publicações das 23 selecionadas.

Para Lopes (2007), é necessário pensar a escola, hoje, não só como um lugar de aprendizagem teórica, mas também como um espaço de vivências emocionais e sociais. A preocupação recai na formação integral do jovem, não apenas na prevenção ao uso indevido de drogas, as iniciativas devem ser intensas e duradouras, as ações devem começar na pré-escola e envolver pais e a comunidade.

O uso de drogas é visto pelos docentes como um problema de adolescentes sujeitos a determinadas vulnerabilidades. A escola é o campo social permeável a incorporação de novos valores, conhecimentos sobre saúde através de abordagens transdisciplinares que podem possibilitar a transformação do quadro atual de vulnerabilidade social que muitas crianças e jovens brasileiros vivem atualmente (LOPES, 2007, MARTINI, 2008). Jovens mais bem estruturados e menos vulneráveis, do ponto de vista psicológico, estão menos sujeitos a abusar de drogas.

As estratégias de prevenção devem ser iniciadas na infância, visando a melhorar ou a desenvolver no jovem a auto-estima, a capacidade de não se envolver no uso problemático, a habilidade de decidir e interagir em grupo, a capacidade de lidar com a ansiedade e a frustração, a capacidade de resistir à pressão de grupos.

Além das estratégias intersetoriais, torna-se segundo Moreira, imprescindível melhorar a condição de ensino, que inclui autorizar o professor, credibilizar o conhecimento e respeitar o aluno. Algumas orientações básicas, podem ser aplicadas em conjunto: modificação das práticas de ensino; melhoria da relação professor-aluno; melhoria do ambiente escolar; incentivo ao desenvolvimento social; oferta de serviços de saúde e envolvimento dos pais em atividades curriculares.

Serviços de orientação educacional para desenvolver a afetividade e a auto-estima, atividades grupais organizadas para cuidar da integração, participação e liderança grupal. O próprio projeto pedagógico da escola deve preocupar-se com esses procedimentos e incorporá-los ao cotidiano.

Logo, atividades para educação em saúde podem ser desenvolvidas desde a educação infantil, e inserida no contexto do ensino o quanto antes possível. Pôr a educação a serviço de uma vida saudável independe da faixa etária, entretanto, iniciando-se na educação infantil menores serão os agravos. Pretende-se através dela, formar um cidadão consciente em relação aos riscos que o cercam e com capacidade de escolher uma vida mais saudável. A discussão de temas gerais, como importância da água no planeta, poluição, trânsito; atividades de plantio ou aproveitamento de alimentos; cuidados com o corpo (desde escovar os dentes, lavar as mãos antes das refeições até fazer sexo seguro), além do uso de drogas conduz o educando à prática integral em saúde, ao mesmo tempo em que pode ser também importante redutor de danos

Contudo, vale destacar, que ações de promoção e prevenção diferenciam-se do tratamento dispensado ao aluno já em situação de dependência do uso de drogas devido aos fatores neurobiológicos agregados, e requerem, também além de todas as ações já discutidas, uma abordagem clínica. Neste caso cabe ao professor adotar uma postura empática, sem críticas de valores, realizar o acolhimento ao aluno e procurar despertar no mesmo o interesse em buscar/aceitar ajuda

especializada. As Demandas assistenciais e clínicas devem ser prioritariamente encaminhadas às unidades de saúde da própria equipe de Saúde da Família (SF), (BRASIL, 2006), porém, a abordagem do professor/escola é fator primordial para a adesão do aluno ao tratamento, assim como o acompanhamento do mesmo no período de tratamento.

7.2 **Oferta de alternativas**

Trata da oferta de desafios, prazeres e realizações proporcionadas por outros meios que não incluam o consumo de drogas. As ofertas de alternativas totalizaram 04 (quatro) produções, 17.5 %. Para tal, são necessárias além das atividades desenvolvidas pela escola (ou na própria escola), a criação e gestão de atividades empresariais, orientação escolar para alunos mais jovens, práticas esportivas desafiadoras, atividades artísticas variadas, torneios esportivos, criação e gestão de hortas comunitárias ou cooperativas de produtos ou serviços, que podem possibilitar vínculos com a comunidade e até mesmo geração de renda.

Outras alternativas propiciam fortalecer os vínculos entre alunos, alunos/professores e alunos/escola, como atividade de monitoria ou ajuda mútua, com alunos mais adiantados auxiliando os mais atrasados ou alunos de séries mais adiantadas, devidamente preparados. As ofertas de alternativas compreendem as mais variadas estratégias, mas se diferenciam das demais por não abordar diretamente o tema sobre drogas, mas sim, uma estratégia para que não seja necessário buscá-las (BRASIL, 2011, FIGLIE, 2010, LIPP 2002).

Contudo, no que tange a abordagem da prevenção do uso de drogas, as ações não devem ser tomadas de forma isolada, ou em separado do contexto. Para o desenvolvimento das estratégias são necessárias ações sistemáticas e organizadas que compreendam desde as bases construídas pelas vivências do indivíduo até as ações fim determinadas, quer sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, e a oferta de alternativas se posiciona como uma forte ferramenta a ser utilizada em qualquer um dos níveis.

8 CONCLUSÃO

É oportuno frisar que os resultados, mostram a complexidade que envolve elaborar tecnologias e programas, para prevenir o uso das drogas. É necessário ter o embasamento científico, ancorar as propostas em dados da realidade da população alvo. Trata-se, pois de uma tentativa de construir uma cultura da prevenção.

Sabe-se hoje que os conhecimentos adquiridos nos centros de formação são insuficientes para tal abordagem, e o choque de realidade recebido pelo professor ao chegar na escola onde precisa de certa forma enfrentar a dinâmica do uso de drogas diariamente, contribui para prática de intervenções empíricas, carregadas de padrões morais que corrobora com o adoecimento deste, e estratégias de enfrentamento equívocas e ineficazes, levando ao agravamento da situação ao invés de soluções. Percebe-se ainda que quanto maior o tempo “gasto” em estratégias sem retorno corrobora com a diminuição da empatia na abordagem, quer seja do tema, ou do aluno em questão.

É importante que o modelo escolar seja mudado, pois uma boa vivência escolar pode ajudar no desenvolvimento sadio do jovem. Para isto é necessário modificar as práticas institucionais, melhorar o ambiente escolar, oferecer serviços de saúde, incentivar o desenvolvimento social e o envolvimento dos pais nas atividades escolares. As mudanças devem envolver a escola e a comunidade local como um todo, incluindo a manutenção de boas condições de saneamento, segurança e de prevenção de acidentes, qualidade nutricional da merenda escolar, políticas escolares, atitudes e comportamentos diários dos professores.

Para garantir uma boa intervenção são necessárias avaliações constantes e o direcionamento dos programas de prevenção para um público específico, utilizando técnicas específicas para a idade em questão, e não campanhas globais que muitas vezes são abrangentes demais e pouco eficazes.

É importante ressaltar que há diferença entre prevenção e promoção, uma vez que a promoção tenta orientar e aumentar o bem estar das pessoas em geral, sem focar uma doença específica. A escola promotora de saúde aborda a igualdade

dos sexos, disponibiliza informações sobre saúde e incentiva a cultura, sempre buscando o envolvimento de todos e a participação nas decisões. Os resultados mostraram aumentar o conhecimento dos alunos, propõe ao jovem expandir sua mente sem o uso de drogas, e sim com atividades como o esporte e a arte, entre outras, favorecendo seu crescimento pessoal.

Logo, a prioridade do professor é trabalhar as estratégias de proteção sobre aqueles alunos que ainda não são avaliados como abusadores ou dependentes de drogas, tal fato é inegável e absolutamente coerente. Entretanto, a configuração do padrão de uso de drogas tem mudado rapidamente e as produções científicas para seu enfrentamento, não acompanham seu ritmo, mais lento ainda, é seu caminho até chegar ao professor, a escola e conseqüentemente ao aluno.

A prevenção, dentre todas as ações é e sempre será a mais importante, inegável é sua importância, contudo, hoje o uso de drogas é um problema de saúde pública mundial, não só do uso, mas principalmente a dependência química, e que eclode dentro das salas de aula. Como então o professor irá trabalhar prevenção em um quadro de dependência? Talvez seja essa uma das questões principais, pois no quadro da dependência já instalada, neste caso, dever-se-á trabalhar com a política de redução de danos e cabe ao professor e a escola buscar desenvolver práticas e ações que potencializem à adesão do aluno ao tratamento nos dispositivos ofertados, e acompanhá-lo durante todo o processo, apoiando e incentivando. Deve haver a consciência, por parte da escola, da importância de sua presença no decorrer deste tratamento.

Para isso, é primordial que seja apresentado aos docentes uma rede de serviços que já existe, e que foi criada para que ele, escola, comunidade e demais seguimentos possam desenvolver estratégias sistemáticas e contínuas que possibilite trabalhar a questão da promoção e prevenção do uso de drogas com maior eficácia, como também, receber os casos de abuso do uso e dependência de substâncias psicoativas. O desconhecimento desta rede de serviços, a sensação de solidão, associada ao pensamento de “ser obrigado” a dar conta de tudo, e de algo para o qual não se sente preparado, certamente entorpece os sentidos do professor, fato que pode levá-lo a distanciar-se do problema.

É necessário que haja uma aproximação real entre os serviços dos pontos de apoio e a escola a fim de que os docentes sejam orientados sobre as ações. Projetos excelentes precisam ser colocados em prática, o professor qualificado será um grande multiplicador das políticas de prevenção e um grande agente redutor de danos a partir do trabalho em conjunto. Não existe um modelo único, o modelo que mais se aproxima do ideal é aquele em que pessoas e serviços se unem e traçam juntos conhecendo os problemas e buscando os mesmos objetivos.

Conclui-se que o produto final contribui para a adoção de práticas promotoras, preventivas e redutora de danos por parte da escola. Os objetivos foram alcançados na medida em que aponta para a adoção de uma prática docente crítica e apresenta informações não somente sobre a prevenção do uso drogas, estimula a busca e utilização de novas competências e tecnologias que possibilitam abordagens significativas e emancipadoras. Apresenta uma rede de serviços e pontos de apoio, para muitos até então desconhecidos, que poderão atuar em parceria com as instituições de ensino possibilitando o atendimento integral as necessidades do aluno, da família, do professor, da escola, comunidade e sociedade no enfrentamento do problema com drogas no âmbito escolar.

REFERÊNCIAS

ARALDI, J.C., et al. Teachers' social representations of abusive use of alcohol and other drugs during adolescence: repercussions on preventive actions in schools. *Interface – Comunic., Saude, educ.*, v.16, n.40, p.135-46, jan./mar.2012.

AUSUBEL, D.P., NOVAK, J.D e HANESIAK, H. **Educational psychology: a cognitive view**. 2ed. Nova York: Holt, rinehart and Winston, 1978. 733p. in: MOREIRA, MARCO ANTONIO. *Teorias de Aprendizagem/Marco Antônio Moreira*. 2.ed. ampl. São Paulo: EPV, 2001, p.163.164.

BENEFIELD, L. E. Implementing evidence-based practice in home care. **Home Healthcare Nurse**, Baltimore, v. 21, n. 12, p. 804-811, Dec. 2003.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. *Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais*. Brasília: MEC/SEF, 1996.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. **Revisão sistemática e meta-análise**. 2006. Disponível em: <www.metodologia.org/meta1.PDF>. Acesso em: 27 de maio de 2013.

BURT, M.R. **Reasons to invest in adolescents**. *J. Adolesc. Health*, v.31, n.6, p.136-52, 2002.

CAPRA, F. **As conexões ocultas**. São Paulo, Cultrix, 2002.

CARLINI-MARLATT, B. **Estratégias preventivas nas escolas**. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JR., A. (Orgs.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p.191-7.

CARNEIRO, H; VENÂNCIO, R. P. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: ALAMEDA, 2005.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Nota Técnica 58/2011 - **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2058_2011%20-%20UNIDADE%20DE%20ACOLHIMENTO%20DA%20RAPS.pdf Acesso: 24 de janeiro de 2013.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. *Livro Informativo sobre Drogas Psicotrópicas*. São Paulo: UNIFESP, 2003.

CRUZ, A.R. **A análise do discurso da prevenção do abuso de drogas**. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2002.

DEMO, Pedro. **Teoria – Por que?** In: *Anais I Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1985.

DIAS, J. C.; PINTO, I, M. Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 39-49.

FAGGIANO, F. et al. **School-based prevention for illicit drugs' use**. Cochrane Database Syst. Rev., n.2, CD003020, 2005.

FIGLIE, N. et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco biopsicossociais: necessitam de um olhar especial? **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.2, 2004.

FIGLIE, NB; Selma, B; Laranjeira, R. **Aconselhamento em Dependência Química (2010)** 2ª edição São Paulo, Ed. Roca LTDA. 2010.

FIGLIE, M. **A Medicalização da questão do uso de drogas no Brasil**: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). Álcool e drogas na história do Brasil. Belo Horizonte: PUCMinas, 2005. p. 257 – 290.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

GANONG, L. H. Integrativereviewsofnursingresearch. **Research in Nursing&Health**, Hoboken, v. 10, n. 1, p. 1-11, Mar. 1987.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo** – parte I. Petrópolis: Vozes, 1997.

KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H. The matrix method of literature review. **Alternation**, Cape Town, v. 14, n. 1, p. 262-276, 2007.

KUBOTA, Net al . Avaliação de material educativo: adequação de quatro volantes sobre alimentação da criança de 0 a 12 meses de idade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 14, n. 1, Mar. 1980. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101980000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de Maio de 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 1992.

LARANJEIRA, R. et al. Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R.; BORDIN, S.; FIGLIE, N. B. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

LESSA, M. B. M.F. **A dependência química do ponto de vista da fenomenologia**. 2005. Disponível em: <<http://www.ifen.com.br/artigo1997bernadete.htm>>. Acesso em: 22 de maio de 2012.

LONGENECKER, G. L. Como agem as drogas – o abuso das drogas e o corpo humano. São Paulo: Quark books, 1998.

LOUREIRO, C. S. Reflexões sobre a fenomenologia das dependências. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 15 -21.

MARTINS, N. **Alcoolismo e a vida em sociedade**. Campinas: Komedi, 2006.

MENDES, A. L. L.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-779, out./dez. 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MESQUITA, F. Política pública de drogas: a construção de um caminho **democrático e humanitário para o Brasil**. Disponível em: <http://reduc.org.br/pages.php?recid=8>>. Acesso em: 16 fev. 2012.

Moreira FG, Silveira DX, Andreoli SB. **Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(3): 807-816.

MUKOMA, W.; FLISHER, A.J. **Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies**. *Health Prom. Int.*, v.19, n.3, p.357-68, 2004.

MURER, E.; OLIVEIRA, J.D. F.; MENDES, R. T. Substâncias Psicoativas no Ambiente Escolar, Alimentação, Atividade Física e Qualidade de Vida dos Escolares no Município de Vinhedo/SP. *Ipês Editorial*. São Paulo. nº 11, 2009, p.89-99. Editorial.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

NICASTRI, S.; RAMOS, S.P. **Drug abuse is a preventable behavior: drug addiction is a treatable disease**. *J. Bras. Depend. Quím.*, v.2, supl.2, p.25-9, 2001.

NISCATRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Santa Catarina: SENAD/UFSC/PALLOTT, 2006. p. 27-45.

PIMENTEL, A. **Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T. (Ed.). **Essentials of nursing research**. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Portal Ministério da Educação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com>>. Acesso em: 27 de maio de 2013.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. **Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 599-605, ago. 2005.

SANTOS, E.O. dos et al. Abordagem sobre a prevenção das drogas no contexto escolar. **Revista Científica Internacional.** Ano 4, n.17, abr/jun, 2011. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/150/213>>. Acesso em: 22 de maio 2012.

SANTOS, R. M. S. **Prevenção de droga na escola:** uma abordagem psicodramática. Campinas: Papirus, 1997.

SILVEIRA FILHO, D. X. Dependência: de que estamos falando, afinal?. IN: SILVEIRA FILHO, D. X; GORGULHO, M. (Org.). Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do psicólogo, 1996. p.01-13.

SILVEIRA, D. X; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependência.** São Paulo: Atheneu, 2006.

TIBA, I. Anjos caídos: como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente. São Paulo: Editora Gente, 1999.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração.** São Paulo: Atlas, 2004.

SCIVIOLETTO, S.; MORIHISA, R.S. **Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas na adolescência.** J. Bras. Depend. Quím., v.2, n.1, p.30-3, 2001.

SOARES, C.B.; JACOBI, P.R. Adolescentes, drogas e aids: avaliação de um programa de prevenção escolar. Cad. Pesqui., v.109, s/n, p.213-37, 2000.

SODELLI, M. A prevenção em nova perspectiva: ações redutoras de vulnerabilidade ao uso nocivo de drogas. Revista Portuguesa Internacional de Saúde Mental. 2007; 9(2):3-58.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. Ciências e Saúde Coletiva. 2010; 15(3):637-644.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report,** 2011. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório:** revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VIANNA, Ilca Oliveira. Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica. São Paulo: EPU, 2001.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nursing Research**, Baltimore, v. 54, n. 1, p. 56-62, Jan./Feb. 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec. 2005.

ANEXO A

Produto: Cartilha - Drogas na escola: o que fazer?

Apresentação do produto:

A elaboração da cartilha considerou etapas de construção de conhecimentos relativos às estratégias propostas pelo Governo Federal para a prevenção e enfrentamento do uso de drogas no ambiente escolar e as representações dos docentes sobre a temática. Considerando as melhores estratégias a serem utilizadas para crianças e adolescentes da educação básica.

Em outro tópico foram abordados conceitos relacionados à dependência química, o papel do professor frente à prevenção e o uso de drogas na escola e os fatores de risco e de proteção.

Foram abordados também as definições sobre uso, abuso e dependência química, como agem, as origens e efeitos das drogas lícitas e ilícitas sobre o organismo, os motivos que levam crianças e jovens a usá-las.

Os tópicos finais trazem orientações sobre como trabalhar sobre prevenção e uso de drogas, estratégias para o envolvimento da família e comunidade e traz informações sobre os pontos de apoio existentes na cidade de Volta Redonda – RJ e que poderão ser parceiros potenciais em todos os níveis de abordagem. Foi realizado o pré-teste do material através de avaliação por 10 experts das áreas de saúde mental, educação, Programa Saúde na Escola; o produto final será publicado em parceria com as secretarias de saúde e educação do município de Volta Redonda, Rio de Janeiro.