

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**TESE DE DOUTORADO**

**PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA PRÁTICA PEDAGÓGICA  
DOS PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL**

**MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**

**2006**



1150069236



FE

T/UNICAMP F733p

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**TESE DE DOUTORADO**

**PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA PRÁTICA PEDAGÓGICA  
DOS PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL**

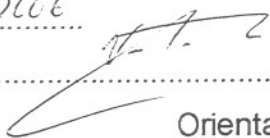
Autor: Marília Saldanha da Fonseca

Orientador: Prof. Dr. Valério José Arantes

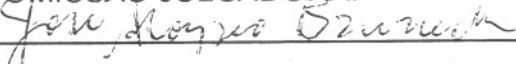
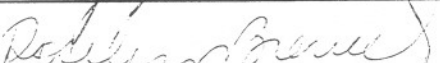
Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por  
Marília Saldanha da Fonseca e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 07/02/2006

Assinatura: \_\_\_\_\_

  
Orientador

COMISSÃO JULGADORA:

  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_

2006

**UNICAMP - FE - BIBLIOTECA**

© by Marília Saldanha Fonseca, 2006.

|            |                                     |
|------------|-------------------------------------|
| UNIDADE    | FE                                  |
| Nº CHAMADA | F733p                               |
| V          | EX                                  |
| TOMBO BC/  | 69236                               |
| PROC.      | 16-123-0                            |
| C          | <input type="checkbox"/>            |
| D          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PREÇO      | 14,00                               |
| DATA       | 06-7-06                             |

lib. id 383131

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca  
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

F733p Fonseca, Marília Saldanha.  
Prevenção ao abuso de drogas na prática pedagógica dos professores do ensino fundamental / Marília Saldanha Fonseca. -- Campinas, SP: [s.n.], 2006.

Orientador : Valério José Arantes

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Educação. 2. Formação de professores. 3. Drogas – Abuso. 4. Drogas – Prevenção. 4. Escolas – Drogas – Prevenção. 5. Ensino fundamental. I. Arantes, Valério José. II. Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

06-007-BFE

**Keywords :** Education; Teacher Training; Drug abuse; Schools- Drug - Prevention

**Área de concentração :** Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação

**Titulação :** Doutor em Educação

**Banca examinadora :** Prof. Dr. Valério José Arantes (Orientador)

Prof. Dr. Afonso Antonio Machado

Profa. Dra. Orly Zucatto Mantovani de Assis

Profa. Dra. Rosely Palermo Brenelli

**Data da defesa:** 07/02/2006

Para os companheiros de minha vida

**NELSON**

**EVELY e NELSON LUÍS**

**LÍVIA e TIAGO**

por me fazerem crer que

**“não há mudança sem sonho,  
como não há sonho sem esperança.”**

Paulo Freire

Meus agradecimentos às pessoas especiais com as quais aprendi que

*“Fácil é sonhar todas as noites.*

*Difícil é lutar por um sonho”.*

(Carlos Drumond de Andrade)

Ao Prof. Dr. VALÉRIO JOSÉ ARANTES

*pela orientação com autonomia e sensibilidade*

Às Prof.a Dra. ELIETE APARECIDA DE GODOY

e Prof.a Dra. JUSSARA CRISTINA BARBOZA TORTELLA

*pela confiança e carinho*

Aos professores da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)

Prof.a Dra. ROSELY PALERMO BRENELLI

Prof. Dr. CÉSAR NUNES

Prof. Dr. LUIZ ENRIQUE AGUILAR

Prof. Dr. VALÉRIO JOSÉ ARANTES

*pela competência profissional*

Aos idealizadores e companheiros do CENTRO DE ESTUDOS DE DROGAS DA  
UNIVERSIDADE SANTA ÚRSULA (CEDUSU)

Madre Chanceler MARIA DE FÁTIMA MARÓN RAMOS

Prof. Dr. AMADEU ROSELLI CRUZ

Dr. MARTIAL MAGALHÃES CÂMARA

*pela promoção da cultura de prevenção ao abuso de drogas nas escolas brasileiras*

Aos Irmãos Amigos

DENIZE SALDANHA BARBOSA

PEDRO LUIZ DA CRUZ SALDANHA

ROBETO DA CRUZ SALDANHA

*pela convivência amorosa*

Aos Amigos Irmãos

ANA CLÁUDIA e LUIZ FERNANDO CHAZAN

ANA MARIA ALMARÁZ

EDI RAMOS LIMA MONTEIRO

GISELA PINHEIRO

LÚCIA MARIA TUPINAMBÁ

LYGIA MARIA COSCARELLI PINTO

MAGALI MORAES REGO COSTA

MARIA ANTONIETA A. DE OLIVEIRA

MARIA IGNEZ DA SILVA BRÖD

MARY MEDINA COELI

RENATO SALDANHA BARBOZA

SYLVIA CONSTANT VERGARA

YARA WALL

*pela fraterna amizade*

Às professoras participantes do

ENCONTRO PEDAGÓGICO SOBRE PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA

*pela vivência partilhada*

## RESUMO

Levantamentos epidemiológicos realizados nos últimos anos comprovam a presença de drogas psicotrópicas nas escolas, assim como, a existência do abuso dessas substâncias entre alunos. Pesquisas apontam para revisões necessárias na formação de educadores, no que tange a práticas de ação preventiva, especialmente, quanto ao consumo de drogas. No Brasil, as investigações em práticas pedagógicas de professores são escassas. O presente estudo, uma pesquisa de campo, de natureza exploratória, teve como objetivo investigar se as atuais práticas docentes em educação preventiva estão coerentes à demanda do abuso de drogas entre estudantes, se não, buscar alternativas para novas práticas preventivas concebidas e organizadas nas condições do contexto existente. Foi realizada uma intervenção pedagógica, denominada Encontro Pedagógico em Prevenção ao Abuso de Drogas na Escola, na Secretaria Municipal de Educação (SME), de uma cidade do Estado de São Paulo, com duração total de trinta horas, em dez encontros diários, durante duas semanas. Participaram da amostra vinte e três professoras do ensino fundamental, em dois grupos de estudo, manhã e tarde. O processo de investigação estruturou-se à luz do paradigma dialético, segundo os seguintes princípios: a) a prática concreta como ponto de partida (tese), b) a compreensão da prática para sua superação (antítese), c) a elaboração de práticas concebidas, organizadas e recriadas em novas condições, como ponto de chegada (síntese). Para registro de dados foram utilizados questionários abertos, observações e depoimentos. Os dados foram analisados qualitativamente, sendo considerados os procedimentos do Método Dialético e da Análise de Conteúdo. Os resultados encontrados na pesquisa constataram que as inconsistentes propostas apresentadas no primeiro momento da intervenção foram se redefinindo cada vez mais, até a formulação de novas alternativas para resolverem situações concretas. É importante enfatizar que uma visão sincrética ascendeu ao nível de síntese, e que essa passagem qualitativa deu-se pela incorporação de referenciais teóricos e práticos necessários ao equacionamento dos problemas detectados na prática atual das professoras. Alguns resultados interessantes emergiram. No Questionário 1, a divulgação de informações de cunho alarmista foi a solução para a questão da droga; a análise dos resultados no Questionário 2 mostrou não existir registro nesta categoria de resposta. Assim, ao serem comparadas as práticas descritas inicialmente com as propostas de práticas pedagógicas ao final do Encontro foi percebido um salto qualitativo, que se evidenciou em termos de conhecimentos articulados sobre prevenção. Espera-se que os resultados obtidos possam abrir novas perspectivas para a educação preventiva. Embora a intervenção realizada tenha sido de curta duração, acredita-se que resultados encorajadores foram alcançados. Nesse sentido, é essencial que professores recebam formação nessa área para que possam promover a prevenção ao abuso de drogas nas escolas.

1. Educação
2. Formação de Professores
3. Abuso de drogas entre estudantes
4. Prevenção abuso de drogas na escola

## ABSTRACT

Epidemiological surveys confirm the existence of psychotropic drugs in schools, as well as the students drug abuse. Research suggests that there is a need for revision in teacher education regarding prevention practices of drug use and abuse. Research concerning pedagogical practices are scarce in Brazil. The present study, an exploratory field research, had the objective to investigate whether such practices are in line with the social context of students' drug abuse. If not, search for methodological alternatives for new preventive practices more suitable to the existing social context and actual needs. A pedagogical intervention, named Pedagogical Meeting in Drug Abuse Prevention in School, was carried out in a Municipal Educational Secretary (SME) of a inner city of São Paulo state. This meeting was thirty hours long which was divided in ten meetings during two weeks. Twenty three basic education teachers attended this meeting. The investigation was based on the dialectic paradigm and centered on the following premises: a) the concrete practice was a starting point (thesis); b) the comprehension of the practice to overcome it (antithesis), and c) the creation and organization of new practices under new conditions an turning point (synthesis). Data was collected through an open-ended- questionnaire, observation, and self-reports and analyzed through content analysis, as well as taking into account the dialectic method procedures. Results showed that the inconsistent proposal presented during the beginning of the pedagogical meeting were redefined up till a formulation of new alternatives of concrete problem solution. It is important to emphasize that there was a change from a syncretism towards a synthesis level which was certainly to the theory and practice background provided during the intervention regarding real problem detected in teachers' practice. Interesting results emerged. In Questionnaire 1, disseminating scaring information about drugs was the proposed solution for the drug abuse prevention. The analysis of the questionnaire 2 revealed no answer in this category. By comparing teachers' pedagogical proposals in the beginning and in the end, the last ones showed a qualitative gain characterized by an organized body of prevention knowledge acquired during the intervention. It is expected the information provided in this study contribute to open new perspectives for preventive education. Although the intervention had a short time duration, it showed promising results. It is essential that teachers be provided with a better formation so that they promote the drug abuse in schools.

1. Education, 2. Teacher formation, 3. Students' drug abuse 4. Drug abuse prevention in school

## SUMÁRIO

|                                                                |        |
|----------------------------------------------------------------|--------|
|                                                                | Página |
| 1. INTRODUÇÃO                                                  | 01     |
| 2. DROGAS NAS ESCOLAS                                          | 09     |
| Drogas: abordagem biopsicossocial                              | 11     |
| Drogas: abuso entre alunos brasileiros                         | 22     |
| 3. SAÚDE: bem a ser conquistado                                | 39     |
| Saúde / Doença: concepções e paradigmas                        | 39     |
| Prevenção: componente da saúde                                 | 47     |
| 4. EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA           | 59     |
| Educação Preventiva: delineamento de uma proposta              | 59     |
| Proposta da Presente Tese:                                     |        |
| Prevenção ao Abuso de Drogas na Prática Docente                | 70     |
| 5. METODOLOGIA                                                 | 83     |
| Objetivos                                                      | 85     |
| Procedimentos Metodológicos                                    | 85     |
| Amostra                                                        | 87     |
| Coleta de Dados                                                | 88     |
| Procedimentos Pedagógicos                                      | 89     |
| Análise dos Dados                                              | 90     |
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO                                      | 95     |
| 1º. Momento: Tese                                              | 95     |
| 2º. Momento: Antítese                                          | 100    |
| 3º. Momento: Síntese                                           | 105    |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS                                        | 113    |
| REFERÊNCIAS                                                    | 121    |
| GLOSSÁRIO                                                      | 133    |
| APÊNDICES                                                      | 137    |
| APÊNDICE A Componentes Estruturais do Plano, Programa, Projeto | 138    |
| APÊNDICE B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido          | 139    |
| APÊNDICE C Questionário I                                      | 140    |
| APÊNDICE D Questionário II                                     | 141    |
| APÊNDICE E Plano Encontro Pedagógico                           | 142    |
| APÊNDICE F Livro da Participante                               | 148    |

## 1 INTRODUÇÃO

*Das utopias*

*Se as coisas são inatingíveis...ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos, se não fora  
A mágica presença das estrelas!*

In: Espelho Mágico  
Mário Quintana (1906-1994)

O consumo de drogas, tanto as lícitas, quanto às ilícitas vem se expandindo em vários países. As drogas representam, hoje, uma das questões que mais afligem a sociedade contemporânea sendo que, em escala mundial, constituem-se numa ameaça à estabilidade das estruturas e valores econômicos, políticos, sociais e culturais das nações. Cabe esclarecer que, em 1981, a Organização Mundial de Saúde (OMS), conceitua droga como “qualquer entidade química ou mistura de entidades (mas outras que não aquelas necessárias à manutenção da saúde como, a água e o oxigênio) que altera a função biológica e possivelmente sua estrutura.”

O uso e abuso de drogas afetam diferentes grupos sociais, independente de classe sócio-econômica, sexo e idade, espalhando-se, sem fronteiras, pelos diversos espaços geográficos. Esse fato vem agravando os problemas de cunho social e de saúde pública, trazendo sérias conseqüências na família, no trabalho, na disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), nos acidentes de trânsito, no aumento da criminalidade.

Ao contrário do senso comum, os estudos históricos e antropológicos indicam que o consumo de drogas não se circunscreve nem ao momento, nem ao ambiente social e cultural atuais. Na história das civilizações, em todos os povos, encontramos referências sobre a utilização de substâncias que alteram a conduta do homem por agirem sobre a sua mente. Portanto, a presença das drogas se insere, desde os primórdios da humanidade, em diversos contextos: medicinal, ritual, cultural, social, econômico, psicológico, estético, climatológico, militar, espiritual. Registros arqueológicos datados de cerca de seis mil anos revelam o consumo

de álcool pelo homem. O tabaco era utilizado em rituais mágico-religiosos há de mil anos a.C., na América Central. A *cannabis sativa*, nome científico da maconha, foi empregada nas cerimônias religiosas dos sacerdotes indianos desde a Antiguidade. (BUCHER, 2002)

Há que se destacar o caráter universal, no tempo e no espaço, dos fenômenos ligados ao abuso de drogas. No entanto, precisamos sublinhar a relatividade e a diversidade dos mecanismos de definição social da droga tanto quanto aos efeitos, como ao uso. Embora o consumo de drogas apareça em épocas e sociedades diferentes, o conteúdo e a forma variam e evoluem de acordo com as mudanças culturais e sociais. Aos modos tradicionais de uso acresce a utilização de substâncias novas ou incomuns. É suposto que cada cultura traga embutida nela suas normas de toxicidade e de tolerância à determinada droga.

Historicamente documentado nas culturas do passado, o consumo de drogas era sempre confinado aos adultos e interditado aos adolescentes. As substâncias psicoativas, aquelas que alteram comportamento, humor e cognição afetando o Sistema Nervoso Central--SNC (OMC, 1988), eram utilizadas esporadicamente, em acontecimentos místicos, religiosos e ritualísticos e, assim mesmo, restritas a certos grupos. A ausência de dependência era um aspecto importante desse tipo de uso.

É no século XX, mais precisamente a partir da década de 60, que o consumo de drogas foi sendo intensificado, até tornar-se uma questão de saúde pública, notadamente dos chamados psicotrópicos, drogas que agem no SNC possuindo grande propriedade reforçadora, sendo passíveis de auto-administração - uso sancionado pela medicina (OMC, 1988). Algumas práticas contribuíram para incrementar o uso de drogas, como por exemplo, a síntese de novos produtos e o aumento da concentração e potência das drogas tradicionais, possibilitando ao indivíduo obter efeitos muito diversificados. Com o aparecimento da morfina, heroína e cocaína, casos de dependência em adultos foram notificados aos órgãos gestores da saúde pública, embora ainda, o número dos casos não tivesse alcançado uma dimensão social, nem amplitude significativa na cultura. (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002)

Entretanto, existe uma hipótese divulgada comumente que o uso de drogas nos dias atuais seria uma continuidade de hábitos culturais do passado. Faz-se necessário sinalizar que tal afirmativa é desmobilizadora e acrítica. Acreditar que o consumo de drogas nos dias de hoje é uma continuidade do passado, traz conseqüências perigosas à sociedade no que tange, não só, a tornarem as pessoas menos atentas à questão, como também, a desenvolverem atitudes de

passividade e aceitação. Pode, ao mesmo tempo, incitar a crença de que os danos do consumo são limitados ou nulos e que a coletividade continuará assimilando o fenômeno como faz há séculos. (GENNARO, 1987; MANDON, 1991)

Por outro lado, é preciso evitar metas utópicas de erradicação total do abuso, como provam as evidências históricas e antropológicas. Campanhas que promovam orientações no sentido da “Tolerância Zero” ou “América Livre das Drogas” ou, ainda, “Brasil sem Drogas” não têm base na realidade. Convém compreender com clareza as situações de uso e abuso atuais para enfrentá-las da forma mais adequada.

Uma delas refere-se ao fato de que a droga, por estar inserida no âmbito social e cultural, inevitavelmente, conduz à adoção de ampla flexibilidade no entendimento do problema: o que é visto hoje de um modo, pode ser interpretado diferentemente nos próximos anos. Outra forma de evitar certos sectarismos é a superação de um ponto de vista unilateral. Quando se limita a analisar uma única dimensão corre-se o risco de se obter respostas mal adaptadas ao objeto de estudo. A compreensão do fenômeno da droga induz a assumir uma perspectiva multidisciplinar que contemple todos os possíveis olhares da cultura.

Nesse sentido, existem órgãos internacionais, organizações intergovernamentais e não-governamentais que desempenham um importante papel de cooperação mundial, quer fazendo controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas, quer promovendo assistência para os problemas de saúde relacionados ao uso de drogas, ou analisando e divulgando informações sobre o assunto, de modo a torná-las acessíveis a todos que delas necessitarem.

A Organização das Nações Unidas (ONU) num esforço para enfrentar o problema dos psicotrópicos, em 1988, na 20<sup>a</sup>. Assembléia Geral das Nações Unidas sobre o Problema das Drogas, estabeleceu metas a serem alcançadas pelos países associados. A Meta 4 diz respeito ao apoio à juventude na redução da demanda por meio do ensino nas escolas, em medidas de prevenção. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) há cerca de trinta anos vem considerando como necessidade universal e premente a utilização da educação para prevenir o uso de drogas. Também, a legislação brasileira na Lei de Tóxicos do Brasil - Lei 6368/76 (1976) no Cap. I, Art. 5 sugere incluir nos Cursos de Formação de Professores ensinamentos referentes às substâncias psicotrópicas. A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), na Política Nacional sobre Drogas (PND) tem como uma das Diretrizes incluir, na Educação Básica e Superior, os conteúdos relativos à prevenção ao abuso de drogas.

Conforme podemos perceber, só recentemente a educação é chamada para contribuir na prevenção ao abuso de tóxicos, fato ignorado há poucos anos atrás. Até então, as ações desencadeadas contra o consumo de drogas ocorriam em outras instâncias, restringindo-se a atos do judiciário e à repressão ao tráfico. É necessário ter presente que promover a prevenção ao abuso de drogas é, em primeiro lugar, pensar numa dimensão humana a ser respeitada, desenvolvendo valores e normas fundamentadas no respeito às pessoas e suas diferenças. É levar em conta o contexto histórico do homem, da sociedade e de suas drogas. É dar relevo a uma dimensão ética que considera o indivíduo como cidadão responsável pelos seus atos, pela sua saúde, pelo seu corpo, pelas suas opções de vida. (BUCHER, 1985)

Não restam dúvidas a respeito do lugar privilegiado conferido à escola no âmbito do debate sobre psicotrópicos. A escola, como a família, é o espaço concreto de socialização de estudantes, no qual crianças e adolescentes fazem amizades e podem ter interação com adultos significativos. Ao lado de pais, o professor é a pessoa que está em melhores posições para ajudar o estudante a se tornar capaz de atuar ativa e criticamente na sociedade, exercitando sua cidadania diante de questões sociais, entre as quais a fármaco-dependência. A escola passa, assim, a constituir-se em núcleo irradiador de saúde, alicerçado nos conhecimentos e valores da educação preventiva.

Um ponto básico para nossos estudos é reconhecer que essa situação não é a realidade brasileira. O que vemos são jovens envolvidos em vários problemas relacionados à saúde: doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez precoce, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tabagismo, alcoolismo, consumo de psicotrópicos.

O V Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID (GALDURÓZ et al., 2004) revela uma tendência de iniciação cada vez mais precoce, na faixa etária de 10-12 anos mais de 12% dessas crianças já usaram algum tipo de droga na vida. As investigações apontam que as drogas mais amplamente usadas são as chamadas drogas lícitas, isto é, álcool e tabaco seguidos das drogas lícitas de uso ilícito, ou seja, solventes, ansiolíticos e anfetaminas e, finalmente, as drogas ilícitas, como maconha e cocaína.

O levantamento epidemiológico realizado pela UNESCO, (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002) em cerca de 4.600 mil alunos das escolas de ensino fundamental e médio, de 14

capitais dos estados da federação revela, também, a situação do alunado brasileiro em relação às drogas. Os resultados mostram que 60% dos estudantes bebem regularmente. O hábito de fumar cigarros torna tabagista cerca de 10% estudantes, isto é, quase 466 mil alunos. Em relação às drogas ilícitas, os resultados indicam que fazem uso freqüente 3,0% dos estudantes, sendo 1,2% na faixa etária de 10-12 anos (9.770 crianças aproximadamente) e 2,3% entre 13 e 15 anos (cerca de 37.750 adolescentes). O índice médio de exposição encontra-se na faixa etária de 16 a 18 anos, 11,2% dos alunos (172.700 jovens).

A escola encontra-se diante desse novo desafio, o uso e abuso de drogas está chegando a setores mais jovens da população, sendo cada vez mais freqüente entre os adolescentes. Vale lembrar que crianças, adolescentes e jovens permanecem, praticamente, a metade de suas vidas no ambiente escolar, isso faz com que professores, diretores, membros do corpo técnico – pedagógico - administrativo que, pela convivência direta com alunos, passem a ocupar uma posição fundamental na educação preventiva. Entre estudiosos do fenômeno das drogas, é unânime a opinião que a educação preventiva apresenta-se como a melhor alternativa para o enfrentamento desta questão. Prevenção significa chegar antes, dispor com antecipação, impedir ou pelo menos reduzir o abuso. Trata-se uma pré-intervenção a ser efetivada antes que o uso de drogas ocorra.

Prevenir o abuso de drogas na escola é intervir para evitar que se estabeleça uma relação nociva entre os alunos e as drogas, considerando-se as circunstâncias em que ocorre o consumo, com que finalidade e o tipo de relação que o usuário mantém com a droga. Sem dúvida, neste caso, a prevenção tem que ser concebida como educação, a ser realizada por aqueles que estão diretamente relacionados com os alunos - seus professores. Para cumprir essa finalidade, as práticas educativas precisam ser sistemáticas, regulares e fundamentadas em ações planejadas e contínuas. O professor, como o profissional de formação pedagógica, psicológica, social e cultural deve ser o mais preparado para desenvolver a educação preventiva, consolidada na aprendizagem contínua da cultura da prevenção. Como consequência, o processo preventivo na escola inclui, necessariamente, a formação do professor.

Entretanto, em nossa experiência temos notado dificuldades em diversos níveis para implementar ações preventivas nas escolas. Muitas vezes, os professores sentem-se perdidos, incapazes de abordar o assunto mesmo cientes da gravidade da situação, faltam-lhes informações, metodologia adequada, recursos pedagógicos, investimentos, rede de apoio. O

gestor educacional, na ansiedade em resolver rapidamente os problemas causados pelo abuso de drogas, apresenta respostas incongruentes e inconsistentes à prevenção. São elaboradas estratégias acríticas, planejados eventos isolados e descontínuos, programadas formas inadequadas de mobilização e capacitação. Há uma tendência em implantar nas escolas programas preventivos estranhos às suas próprias peculiaridades, modelos quase sempre estruturados a partir do conhecimento de realidades outros países. (ASINELLI-LUZ, 2000; GALDURÓZ et al., 2004)

O relatório do Fórum Nacional Antidrogas (1998) e Carlini-Cotrin (1998) apontam para a falta de programas preventivos longitudinais, a deficiente formação e a necessidade de reformulação das práticas pedagógicas dos professores. Depoimentos de educadores dizem da falta de capacitação de professores e efetivação de programas de prevenção nas escolas e indicam serem necessários cursos específicos em prevenção ao abuso de drogas. Ainda, enfatizam a urgência em preparar professores, diretores, membros do corpo técnico pedagógico a participarem não só de cursos pontuais, como ainda, de um programa de formação continuada, o que significa a recorrência a especialistas e debates diversos. Essa perspectiva oferece um leque de alternativas, na qual uma das opções seria operar melhorias das práticas educativas de prevenção.

Há carência de oportunidades institucionais para preparar os professores que assumem uma atividade docente com base nos temas sociais, o que levanta dúvidas quanto à qualidade do trabalho escolar realizado. É preciso chamar a atenção para a vulnerabilidade da formação básica profissional de quem atua pedagogicamente em sala de aula na informação e formação do alunado. O trabalho só obterá frutos à luz das teorias da ciência. (NUNES e SILVA, 2000)

É de se supor a existência de um processo dinâmico enfrentado pelo professor em relação à sua prática do dia-a-dia e à sua deficiente formação para resolver questões relativas ao abuso de drogas, ou seja, o professor talvez se encontre despreparado para assumir a necessária educação preventiva junto aos alunos. Em outras palavras, poderíamos conjecturar que a prática cotidiana do professor mostra-se insuficiente frente aos princípios científicos da prevenção ao abuso de drogas. Concluimos que há necessidade de ser repensada a prática didático-pedagógica docente em relação às novas demandas do abuso de drogas.

Diante disso, nosso problema é verificar: quais são as práticas pedagógicas dos professores em relação à educação preventiva? Entendemos, ainda, ser oportuno e pertinente conhecer: as atuais práticas pedagógicas atendem às novas demandas ao abuso de drogas? Se não, quais as possíveis alternativas para uma prática docente mais sintonizada às reais necessidades sociais? São questões que requerem um exame para maior compreensão do problema.

A carência de conhecimentos sobre o assunto leva-nos, nessa tese, a tomarmos como objeto de estudo a atual prática pedagógica dos professores em educação preventiva. Para isso, levantamos as seguintes premissas no estudo do problema:

- 1º.) o diagnóstico da prática pedagógica do professor constitui o eixo central do quadro de referências na investigação,
- 2º.) as práticas pedagógicas atuais dos professores não necessariamente estão contextualizadas à demanda ao abuso de drogas entre estudantes,
- 3º.) uma abordagem metodológica que toma a realidade social concreta como ponto de referência, obtém como respostas ações preventivas congruentes, consistentes e críticas.

O objetivo principal do estudo é pesquisar se as atuais práticas docentes em educação preventiva atendem às demandas sociais do abuso de drogas entre estudantes e, se não for o caso, buscar alternativas metodológicas para novas práticas preventivas concebidas e organizadas pelos professores, nas condições do contexto social existente.

Com essa finalidade, apresentamos na Seção 2, Drogas nas Escolas, na qual é abordado o fenômeno das drogas: conceitos, classificação, legislação pertinente, modalidades de prevenção. São apresentados os estudos epidemiológicos sobre o abuso de drogas entre os estudantes brasileiros, bem como, a visão histórica e antropológica das drogas mais consumidas entre os alunos. A Seção 3, Saúde: Bem a Ser Conquistado, dedica-se às diferentes significações e paradigmas de saúde e doença, desde a Antiguidade Grega aos dias atuais. Aborda perspectivas mais flexíveis e abrangentes à promoção da saúde como, por exemplo, a prevenção primária. Destaca, também, os componentes relacionados à prevenção, tais como, fatores de risco, fatores de proteção, vulnerabilidade e resiliência. A Seção 4, Educação e Prevenção ao Abuso de Drogas nas Escolas apresenta a trajetória da educação preventiva, como também, propostas para ações preventivas a serem desenvolvidas em sala de aula. Na Seção 5, Delineamento do Estudo, é descrita a metodologia do trabalho científico realizado, fundamentando princípios, objeto de estudo, problemática e procedimentos empregados na pesquisa, bem como, a Discussão dos Resultados do estudo de campo. Finalmente a Seção 6, Considerações Gerais, conclui os estudos desenvolvidos na presente tese.



## 2 DROGAS NAS ESCOLAS

**Nada é impossível de mudar**

**Nós vos pedimos com insistência  
Nunca digam - isso é natural!  
Diante dos acontecimentos de cada dia,  
numa época em que reina a confusão,  
em que corre o sangue,  
em que o arbitrário tem força de lei,  
em que a humanidade se desumaniza...  
Não digam nunca: Isso é natural!  
A fim de que nada passe por imutável.**

In: Poemas

Bertold Brecht (1898-1956)

Em conformidade com nossa proposta de tese, essa seção é dedicada ao estudo dos aspectos etiológicos do consumo de psicotrópicos. Apresentamos, primeiramente, uma visão geral e abrangente sobre drogas, após, analisamos o consumo dessas substâncias psicoativas entre estudantes brasileiros.

O fenômeno do abuso de drogas vem se propagando pelo mundo. Difundindo-se rapidamente, tem ocasionado sérios problemas de saúde pública e de ordem econômico-social. O alcance financeiro do mercado ilícito de drogas, em nível mundial, aponta para um valor na venda do varejo de US\$ 322 bilhões, segundo o relatório do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), órgão ligado à ONU. Os especialistas do UNODC destacam que a dimensão deste negócio ilegal supera o Produto Interno Bruto (PIB) de 88% dos países do mundo (MERCADO..., 2005)

A indústria da droga ilícita atua fora da lei. Suas “companhias” não são cotadas em nenhuma bolsa, não são avaliadas por nenhuma agência de qualificação de riscos, e sua dinâmica não está sob observação regular de

analistas e economistas. Esta situação [...] reflete a capacidade que tem de ameaçar várias economias, dado o poder financeiro que gera. (p. 2)

No Brasil, os custos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas são estimados em 7,9% do PIB por ano, segundo o Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas (FÓRUM NACIONAL ANTIDROGAS, 1999). Vale lembrar que, apesar da Lei de Tóxicos do Brasil-Lei 6.368/76 estar em vigência desde 21/12/1976, o país não oferecia uma política pública consolidada em matéria de drogas, até o final do século XX.

Em junho de 1998, o Brasil participou da Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas e aderiu aos Princípios Diretivos de Redução da Demanda de Drogas, estabelecidos pelos Estados-membros. Os Princípios objetivaram reforçar o compromisso político, social, sanitário e educacional, em caráter permanente, no investimento em programas de redução da demanda de drogas. Tal compromisso teve, no Brasil, como conseqüências, a reestruturação do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e a elaboração de uma Política Nacional Antidrogas (PNAD). No dia 27/10/2005 o Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, aprovou a nova Política Nacional Sobre Drogas, resultado do realinhamento da Política Nacional Antidrogas vigente desde 26/08/2000.

A Política Nacional Sobre Drogas (BRASIL, 2005) em relação à Prevenção, apresenta a seguinte Orientação Geral:

- 1) A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde.
- 2) A execução desta política, no campo da prevenção deve ser descentralizada nos municípios, com o apoio dos Conselhos Estaduais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, adequada às peculiaridades locais e priorizando as comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico. Para tanto, os municípios devem ser incentivados a instituir, fortalecer e divulgar o seu Conselho Municipal sobre Drogas.
- 3) As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e pluralidade cultural, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e a valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos.
- 4) As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, o incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer, a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações.
- 5) As mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem ser claras, atualizadas e

fundamentadas cientificamente, considerando as especificidades do público-alvo, as diversidades culturais, a vulnerabilidade, respeitando as diferenças de gênero, raça e etnia. (não paginado)

Dentre as Diretrizes para ações preventivas destacamos as mais importantes para o presente estudo.

1) Garantir aos pais e/ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, iniciativa privada, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros estaduais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada sobre prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, objetivando engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada. 2) Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido. 3) Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tomem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção. 4) Propor a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso indevido de drogas. (não paginado)

## **Drogas: abordagem biopsicossocial**

A proposta de nosso estudo fundamenta-se numa abordagem compreensiva sobre o fenômeno das drogas, verificando as implicações de sua presença na sociedade, especialmente, entre estudantes brasileiros. Sob tal ótica, o abuso de drogas não é apenas determinado pela natureza biopsíquica dos indivíduos ou pela toxicidade das substâncias. Qualquer estudo sobre o assunto deve ser examinado à luz de uma triangulação envolvendo indivíduo-droga-contexto sociocultural, pois considerar somente um desses fatores isoladamente é incorrer em interpretação falha, incompleta, preconceituosa e reducionista da questão.

Em questões relativas à farmacologia, existe vasta bibliografia sobre o assunto. Neste estudo, optamos por adotar termos e conceituações da Organização Mundial de Saúde (OMS), por se tratar de um organismo de referência internacional. Para Edwards e Arif (1982), dentre as suas inúmeras atividades de apoio aos Estados-membros, a OMS promove a

assistência e o aconselhamento para problemas de saúde relacionados ao uso de drogas. Tem como tarefa resumir, analisar e divulgar as informações sobre o assunto, de modo a torná-las acessíveis a todos que delas necessitarem. Tal como a OMS, existem órgãos internacionais, organizações intergovernamentais e não-governamentais com funções bem definidas que, sob a responsabilidade da ONU, desempenham um importante papel de cooperação mundial fazendo o controle e a fiscalização de substâncias psicoativas com vistas à solução destas questões.

Vale reafirmar que a OMS, em 1981, elaborou os seguintes conceitos: droga é qualquer entidade química ou mistura de entidades (mas outras que não aquelas necessárias à manutenção da saúde, como, por exemplo, água e oxigênio), que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura. Drogas Psicoativas são aquelas que alteram comportamento, humor e cognição, agindo nos neurônios, preferencialmente, e afetando o Sistema Nervoso Central – SNC. Drogas Psicotrópicas são as que agem no SNC produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração (uso não sancionado pela medicina). São drogas que levam à dependência. Drogas de abuso são quaisquer substâncias, tomadas através de qualquer forma de administração, que alteram o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do SNC, incluindo-se aí desde medicamentos até álcool e solventes. Por atuarem no cérebro e alterarem o SNC, produzem modificações nas formas de pensar, agir e sentir dos indivíduos.

Na literatura disponível, existem inúmeras classificações para drogas, segundo diferentes critérios. Indicamos aqui os critérios relacionados à legalidade e aos efeitos das substâncias psicotrópicas. Consideram-se legais aquelas drogas de uso aprovado pela legislação brasileira vigente, mas, sujeitas a critérios de regulamentação do Ministério da Saúde, através de seus órgãos especializados, por exemplo: medicamentos, álcool e tabaco. Na Lei 6.368/76, estão incluídas como drogas ilegais as substâncias capazes de determinar dependência química que assim forem especificadas em lei ou relacionadas pelo Ministério da Saúde. Enquadra-se em crime extrair, produzir, transformar, preparar, possuir, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir substâncias psicotrópicas. Para a Lei de Tóxicos do Brasil, usar drogas não se configura como delito, mas, seu porte constitui crime.

Um assunto que tem levantado polêmica na legislação e na sociedade brasileira é a descriminalização do uso de drogas. Descriminalizar não significa legalizar. Legalizar é tornar um produto ou substância legal, isto é, ser liberado para a comercialização, venda e propaganda. Descriminalizar significa tornar o ato de consumo de um produto ou substância possível de ser realizado sem criminalização da pessoa que o fez. Portanto, descriminalização das drogas diz respeito a não tomar como alvo de sanção penal o indivíduo que porta a droga para seu próprio uso, numa quantidade que assim o justifique. O que se pretende é retirar do usuário o estigma de criminoso e oferecer-lhe medidas preventivas e terapêuticas.

Segundo Bucher (1988), Gonçalves (1988) e Oliveira (1988), somente a distinção entre drogas legais e ilegais não resolve a questão da patologia toxicômana, pois a periculosidade da substância é relativa. Em ambos os casos, uma pessoa pode ser levada à dependência e suas conseqüências. Mesmo nas drogas mais duras, como a heroína, a cocaína ou as anfetaminas, depende da pessoa se, sim ou não, entra na escalada de dependência, no isolamento e na autodestruição. O que se indica é distinguir entre uso e abuso do tóxico e os resultados de sua administração repetida. Enfim, as alterações da ingestão de drogas variam de acordo com o tipo e a quantidade utilizada, com as características de quem as usa, com as expectativas sobre os seus efeitos e com as circunstâncias em que são ingeridas.

Desde o início da humanidade, os indivíduos sempre procuraram alterações no organismo e no comportamento com o uso de substâncias que estimulassem, perturbassem ou deprimissem o SNC. Nowlis (1992) aponta que são, principalmente, cinco os efeitos farmacológicos esperados, a saber: 1) atenuar a dor, 2) tentar diminuir sensações desagradáveis (ansiedade, nervosismo, insônia), 3) tentar aumentar a energia ou eliminar o cansaço e a depressão, 4) tentar obter modificações das percepções habituais frente a si mesmo e ao próprio meio físico e social, 5) tentar alcançar diversos graus de euforia, atordoamento e vertigem. Tais efeitos no SNC causam aceleração, confusão ou retardamento das ligações entre os neurônios, principalmente, nos neurotransmissores serotonina e dopamina.

Em relação aos efeitos produzidos por drogas, selecionamos para este estudo a classificação do pesquisador francês Chaloult em *Toximanies*, de 1971, que dividiu o que denominava de “drogas toxicomanógenas” (indutoras de toxicomanias) em três grandes grupos: estimulantes, perturbadoras e depressoras do SNC. Em caráter informativo, é apresentada a Tabela 1 - Classificação das Substâncias Psicoativas utilizada e recomendada pelo Ministério da Saúde, que expõe os dados referenciais de maior interesse no Brasil.

**TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

| Classificação Farmacológica                             | Grupo Químico                                                                                 | Ordem de Preferência no Brasil |                |                           | Substância Ativa                                                                         | Nomes                                                               |                                         | Efeitos Principais                                                                        | Uso Terapêutico                                           | Dose Terapêutica (mg) | Reações Tóxicas ou Adversas                               | Tolerância | Dependência | Abstinência |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|------------|-------------|-------------|
|                                                         |                                                                                               | Quanto ao Uso Indevido Por:    |                | Por Internação Hospitalar |                                                                                          | Comerciais                                                          | Populares                               |                                                                                           |                                                           |                       |                                                           |            |             |             |
|                                                         |                                                                                               | Estudantes                     | Meninos de Rua |                           |                                                                                          |                                                                     |                                         |                                                                                           |                                                           |                       |                                                           |            |             |             |
| Depressores do sistema nervoso central<br>Psicolépticos | solventes ou inalantes (Hidrocarboretos aromáticos ou alifáticos)                             | 1º lugar                       | 1º lugar       | Abaixo do 8º lugar        | Totuleno; Xilol; N-xexano; Acetato de etila; Tinner; gasolina; Éter; acetona; Cloretina. | Colas; Vernizes; Removedores; Propelentes Esmaltes; Tintas; Carbex. | LANÇA; CHEI-RINHO; LÓLÓ; LANÇA-PERFUME. | Tontura; Euforia; Confusão; Desorientação; Incoordenação motora; Alucinações; Convulsões. | Nenhum                                                    | Não existe            | As mesmas descritas nos efeitos principais; Coma          | 0 ou +     | 0 ou +      | 0 ou +      |
|                                                         | xaropes para tosse                                                                            | 6º lugar                       | 8º lugar       | Abaixo do 8º lugar        | Codeína; Zipeprol.                                                                       |                                                                     |                                         | (ver em Opiáceos)<br>(ver em Opióides)                                                    |                                                           |                       |                                                           |            |             |             |
|                                                         | benzodiazepínicos (19 substância comercializadas no Brasil, com mais de 250 nomes comerciais) | 2º lugar                       | 3º lugar       | Abaixo do 8º lugar        | Diazepam                                                                                 | Valium; Dienpax; Kiatrium; Noan; Calmoci-tone; Diazepam.            |                                         | Ansiolíticos; Relaxantes Muscular; Anticonvulsivante.                                     | Ansiolítico; Hipnótico; Síndrome de dependência do álcool | 5-20                  | Sedação; Sonolência; Diminuição dos reflexos psicomotores | +          | ++          | ++          |
|                                                         |                                                                                               |                                |                |                           | Clordiazepóxido                                                                          | Psicosedin; Tensil; Relaxil.                                        |                                         |                                                                                           |                                                           | 20-80                 |                                                           | +          | +           | +           |
|                                                         |                                                                                               |                                |                |                           | Lorazepam                                                                                | Lorax; Mesmerin; Relax.                                             |                                         |                                                                                           |                                                           | 2-5                   |                                                           | +          | ++          | ++          |
|                                                         |                                                                                               |                                |                |                           | Bromazepam                                                                               | Deptran; Lexotan; Lexpiride.                                        |                                         |                                                                                           |                                                           | 4-10                  |                                                           | +          | +           | +           |
|                                                         |                                                                                               |                                |                |                           | Flunitrazepam                                                                            | Rohipnol; Fluserin.                                                 |                                         |                                                                                           |                                                           | 2-4                   |                                                           | +          | ++          | ++          |
|                                                         | barbitúricos                                                                                  | 5º lugar                       | 6º lugar       | 8º lugar                  | Fenobarbital                                                                             | Gardenal; Comital; Bromosedan                                       |                                         | Anticonvulsivante; Sedação.                                                               | Epilepsia; Convulsões                                     | 50-150                | Depressão respiratória<br>Hipotermia<br>Hipotenção Coma.  | +          | +           | 0 ou +      |
|                                                         |                                                                                               |                                |                |                           | Butabartal                                                                               |                                                                     |                                         | Sedação; Hipnose.                                                                         | Sedativo; Hipnótico.                                      | 50-100                |                                                           | +          | +           | ++          |
|                                                         |                                                                                               |                                |                |                           | Pentobartal                                                                              | Nembutal                                                            |                                         | Sedação; Hipnose.                                                                         | Sedativo; Hipnótico.                                      | 20-100                |                                                           | +          | +           | ++          |

NOTA: Os símbolos significam: 0 = não apresenta o sintoma ou efeito, + a ++++ intensidade dos sintomas ou efeitos, quando presentes. Como exemplo a dependência e abstinência produzidas pelo clordiazepóxido receberam uma cruz e as da heroína, quatro cruzes.

**TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (Cont.)**

| Classificação Farmacológica | Grupo Químico            | Ordem de Preferência no Brasil |                    |                           | Substância Ativa         | Nomes                                             |           | Efeitos Principais               | Uso Terapêutico           | Dose Terapêutica (mg) | Reações Tóxicas ou Adversas                                                                           | Tolerância | Dependência | Abstinência |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|-----------|----------------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|-------------|
|                             |                          | Quanto ao Uso Indevido Por:    |                    | Por Internação Hospitalar |                          | Comerciais                                        | Populares |                                  |                           |                       |                                                                                                       |            |             |             |
|                             |                          | Estudantes                     | Meninos de Rua     |                           |                          |                                                   |           |                                  |                           |                       |                                                                                                       |            |             |             |
|                             | opiáceos                 | Abaixo do 8º lugar             | Abaixo do 8º lugar | Abaixo do 8º lugar        | Pó do ópio               | Elixir Paregórico                                 |           | Paralisia intestinal; Analgesia. | Antidiarréico; Analgésico |                       | Náuseas; Alucinações; Miose/Midriase; Hipotermia; Hipotensão; Cianose; Coma                           | ++         | ++          | +++         |
|                             |                          |                                |                    |                           | Morfina                  | Morfina                                           |           | Analgesia                        | Analgésico                | 5-15                  | Náuseas; Miose/Midriase; Alucinações; Hipotermia; Hipotensão; Depressão respiratória: Coma            | ++         | +++         | +++         |
|                             |                          |                                |                    |                           | Codeína                  | Belacódid; Pambenyl; Setux; Tylex; gotas binelli. |           | Abole a tosse; Analgesia         | Antitussígeno; Analgésico | 30-60                 | Miose; Depressão respiratória; Alucinações; Hipotermia; Hipotensão; Cianose: Coma                     | ++         | ++          | +++         |
|                             | opiáceos semi-sintéticos | Abaixo do 8º lugar             | Abaixo do 8º lugar | Abaixo do 8º lugar        | Heroína                  |                                                   |           | Analgesia                        | Nenhum                    |                       | Náuseas; Obnubilação; Depressão respiratória; Miose; Hipotermia; Hipotensão; Cianose: Coma; Convulsão | ++         | ++++        | ++++        |
|                             | opióides                 | Abaixo do 8º lugar             | Abaixo do 8º lugar | Abaixo do 8º lugar        | Meperidina               | Dolantina; Demerol.                               |           | Analgesia                        | Analgésico                | 100                   | Miose/Midriase; Depressão respiratória; Náuseas; Cianose: Coma                                        | +          | ++          | +++         |
|                             |                          |                                |                    |                           | Propoxifeno Buprenorfina | Algafan; Previum; Doloxene-a Temgesic             |           |                                  |                           | 50-100                | Depressão respiratória; Hipotensão; Alucinações; Convulsão: Coma                                      | +          | +           | ++          |
|                             |                          |                                |                    |                           |                          |                                                   |           |                                  |                           | 0.2-0.6               | Miose: Depressão respiratória; Alucinações; Hipotensão; Náuseas.                                      | +          | +           | +           |

NOTA: Os símbolos significam: 0 = não apresenta o sintoma ou efeito, + a ++++ intensidade dos sintomas ou efeitos, quando presentes. Como exemplo a dependência e abstinência produzidas pelo clordiazepóxido receberam uma cruz e as da heroína, quatro cruzeis.

**TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (Cont.)**

| Classificação Farmacológica                                | Grupo Químico                                                                             | Ordem de Preferência no Brasil |                |                           | Substância Ativa    | Nomes                                |                | Efeitos Principais                                                                                           | Uso Terapêutico  | Dose Terapêutica (mg) | Reações Tóxicas ou Adversas                                                                             | Tolerância | Dependência                                              | Abstinência |        |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------|---------------------|--------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------|-------------|--------|
|                                                            |                                                                                           | Quanto ao Uso Indevido Por:    |                | Por Internação Hospitalar |                     | Comerciais                           | Populares      |                                                                                                              |                  |                       |                                                                                                         |            |                                                          |             |        |
|                                                            |                                                                                           | Estudantes                     | Meninos de Rua |                           |                     |                                      |                |                                                                                                              |                  |                       |                                                                                                         |            |                                                          |             |        |
|                                                            |                                                                                           |                                |                |                           | Nalbufina           | Nubain                               |                |                                                                                                              |                  | 10-20                 | Depressão respiratória; Sedação; Sudoração; Disforia                                                    | +          | +                                                        | +           |        |
|                                                            |                                                                                           |                                |                |                           | Zipeprol            | Eritós; Nantux; Silentós; Tussiflex. |                | Abole a tosse                                                                                                | Antitussígeno    |                       | Alucinações; Flutuação; Convulsão; Depressão respiratória.                                              | +          | +                                                        | +           |        |
|                                                            |                                                                                           |                                |                |                           |                     |                                      | Difenoxilato   | Lomotil; Colestase                                                                                           |                  | Paralisia intestinal  | Antidiarreico                                                                                           | 2,5-10     | Miose; Depressão respiratória; Hipotensão; Cianose; Coma | +           | +      |
|                                                            |                                                                                           |                                |                |                           |                     |                                      |                |                                                                                                              |                  |                       |                                                                                                         |            |                                                          |             |        |
| Estimulantes do sistema nervoso central<br>Psicoanaléptico | cocaína                                                                                   | 7º lugar                       | 4º lugar       | 3º lugar                  |                     |                                      | Neve Branca    | Excitabilidade; Insônia; Irritabilidade Euforia; Bem-estar; Inapetência                                      | Anestésico local |                       | Agressividade; Hipertermia; Alucinações; Delírios; Hipertensão; Taquicardia; Fibrilação ventricular.    | 0          | +++                                                      | 0 ou +      |        |
|                                                            | folha de coca                                                                             |                                |                |                           | Cocaína – impurezas |                                      | Chá            |                                                                                                              | Não reconhecido  |                       |                                                                                                         | 0          | +                                                        | 0 ou +      |        |
|                                                            | pasta de coca                                                                             |                                |                |                           | Cocaína – impurezas |                                      | Bazuca         |                                                                                                              |                  |                       |                                                                                                         | 0          | ++                                                       | 0 ou +      |        |
|                                                            | crack                                                                                     |                                |                |                           | Cocaína base        |                                      | Pedaço; Crack. |                                                                                                              |                  |                       |                                                                                                         | 0          | +++                                                      | 0 ou +      |        |
|                                                            | anfetaminas                                                                               | 3º/4º lugares                  | 7º lugar       | 6º lugar                  | Dietilpropiona      | Hipofagin; Inibex; Moderine.         | Bolinha        | Inapetência; Insônia; Excitabilidade; Euforia.                                                               | Obesidade        | 75                    | Agressividade; Irritabilidade; Delírios; Alucinações; Hipertermia; Taquicardia; Hipertensão; Convulsão. | +++        | +                                                        | 0 ou +      |        |
|                                                            |                                                                                           |                                |                |                           | Fenproporex         | Desobesi; Lipomax                    |                |                                                                                                              |                  | 25                    |                                                                                                         | +++        | +                                                        | 0 ou +      |        |
|                                                            |                                                                                           |                                |                |                           | Mazindol            | Absten; Dasten; Moderamin            |                |                                                                                                              |                  | 1.5                   |                                                                                                         | +++        | +                                                        | 0 ou +      |        |
|                                                            |                                                                                           |                                |                |                           | Metanfetamina       | Pervitin                             | Bolinha “Ice”  |                                                                                                              |                  | Nenhum                |                                                                                                         |            | +++                                                      | ++          | 0 ou + |
|                                                            |                                                                                           |                                |                |                           | Metilfenidato       | Ritalina                             |                |                                                                                                              |                  | Sistema hipercinético |                                                                                                         | 10         | +++                                                      | ++          | 0 ou + |
|                                                            | Perturbadores do sistema nervoso central<br>Alucinógeno<br>Psicotômico<br>Psicodisléptico | indol                          |                |                           | DMT                 |                                      |                | Perda da discriminação temporal e espacial; Hilaridade; Euforia; Disforia; Delírios; Alucinações; Flashback. | Nenhum           |                       | As mesmas descritas nos efeitos principais                                                              | 0          | 0 ou +                                                   | 0           |        |
| Psilocibina                                                |                                                                                           |                                |                |                           |                     |                                      |                |                                                                                                              |                  | 0                     |                                                                                                         | 0 ou +     | 0                                                        |             |        |
| Lsd-25                                                     |                                                                                           |                                |                |                           |                     | Ácido                                |                |                                                                                                              |                  | 0                     |                                                                                                         | 0 ou +     | 0                                                        |             |        |
| fenetilamina                                               |                                                                                           |                                |                | Mescalina                 |                     |                                      |                |                                                                                                              |                  | 0                     |                                                                                                         | 0 ou +     | 0                                                        |             |        |
|                                                            |                                                                                           |                                |                | MDMA                      |                     | Êxtase                               |                |                                                                                                              |                  |                       |                                                                                                         |            |                                                          |             |        |
|                                                            |                                                                                           |                                |                |                           |                     |                                      |                |                                                                                                              |                  |                       |                                                                                                         |            |                                                          |             |        |

NOTA: Os símbolos significam: 0 = não apresenta o sintoma ou efeito, + a ++++ intensidade dos sintomas ou efeitos, quando presentes. Como exemplo a dependência e abstinência produzidas pelo clordiazepóxido receberam uma cruz e as da heroína, quatro cruzes.

**TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (Cont.)**

| Classificação Farmacológica                                                                       | Grupo Químico       | Ordem de Preferência no Brasil |                |                           | Substância Ativa                    | Nomes                  |                                                                               | Efeitos Principais                                                                                                                                         | Uso Terapêutico    | Dose Terapêutica (mg) | Reações Tóxicas ou Adversas                                                                                                                                                                     | Tolerância | Dependência | Abstinência |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|-------------|
|                                                                                                   |                     | Quanto ao Uso Indevido Por:    |                | Por Internação Hospitalar |                                     | Comerciais             | Populares                                                                     |                                                                                                                                                            |                    |                       |                                                                                                                                                                                                 |            |             |             |
|                                                                                                   |                     | Estudantes                     | Meninos de Rua |                           |                                     |                        |                                                                               |                                                                                                                                                            |                    |                       |                                                                                                                                                                                                 |            |             |             |
|                                                                                                   | canabinóides        |                                |                |                           | Delta 9-thc                         | Marinol<br>Dronabinol  |                                                                               | Anticolinérgico                                                                                                                                            | Náuseas<br>Vômitos | 5-10                  | Sonolência;<br>Sedação;<br>Tonturas;<br>Incoordenação motora;<br>Excitação;<br>Distúrbios sensoriais;<br>Alucinações                                                                            | +          | 0 u +       | 0           |
|                                                                                                   | anticolinérgicos    | 7º lugar                       | 3º lugar       |                           | Biperideno                          | Akineton               |                                                                               |                                                                                                                                                            | Parkinson          | 2-6                   |                                                                                                                                                                                                 | 0          | 0           | 0           |
|                                                                                                   |                     |                                |                |                           | Triexafenid                         | Artane                 | Aranha                                                                        |                                                                                                                                                            | Parkinson          | 2-6                   |                                                                                                                                                                                                 | 0          | 0           | 0           |
|                                                                                                   |                     |                                |                |                           | Diciclomina                         | Bentyl                 | Bentinho                                                                      |                                                                                                                                                            | Antiespasmódico    | 160                   |                                                                                                                                                                                                 | 0          | 0           | 0           |
|                                                                                                   |                     |                                |                |                           | Benectizina                         | Asmoterona<br>Periatin |                                                                               |                                                                                                                                                            | Asma               |                       |                                                                                                                                                                                                 | 0          | 0           | 0           |
|                                                                                                   |                     |                                |                |                           | Ciproheptadina                      | Periavit               |                                                                               |                                                                                                                                                            | Orexígeno          | 2-4                   |                                                                                                                                                                                                 | 0          | 0           | 0           |
| Plantas perturbadoras do sistema nervoso central<br>Alucinógena<br>Psicotômica<br>Psicodisléptica | cannabis (maconha)  | 4º lugar                       | 1º lugar       | 1º lugar                  | Delta 9-THC                         |                        | Maconha;<br>Diamba;<br>Fumc;<br>Fininho;<br>Pacau                             | Relaxamento;<br>Sonolência;<br>Hilaridade;<br>Perda da discriminação temporal e espacial: perda da memória por curto prazo: Ilusões; Delírios; Alucinações | Não reconhecido    |                       | Má viagem;<br>Delírios; Alucinações terríficas;<br>Sensações de morte iminente; Taquicardia; Boca seca; Olipospermia; Diminuição da taxa sanguínea de hormônios sexuais; Síndrome amotivacional | +          | +           | 0           |
|                                                                                                   | datura (trombeta)   |                                |                |                           | Astropina<br>Escopolamina           |                        | Zabumba;<br>Trombeta;<br>Cartucho;<br>Saia Branca;<br>Véu de Noiva;<br>Lírio. | Midriase;<br>Xerostomia;<br>Ilusões;<br>Delírios;<br>Alucinações;<br>Visão embaçada.                                                                       |                    |                       | Alucinações;<br>Hipertemia;<br>Delírios;<br>Convulsões;<br>Pele seca e quente; Taquicardia; Retenção urinária                                                                                   | 0          | 0           | 0           |
|                                                                                                   | daime               |                                |                |                           | Plantas;<br>B. Caapi;<br>P. Viridas |                        | Daime:<br>Ayahuasca                                                           | Perda da discriminação temporal e espacial; Ilusões; Delírios; Alucinações                                                                                 | Não reconhecido    |                       | As mesmas descritas nos efeitos principais; Náuseas; Vômitos                                                                                                                                    | 0          | 0           | 0           |
|                                                                                                   | paneaulus psylocibe |                                |                |                           | DMT                                 |                        |                                                                               | Perda da discriminação temporal e espacial; Hilaridade; Euforia; Disforia; Delírios; Alucinações                                                           |                    |                       | As mesmas descritas nos efeitos principais                                                                                                                                                      |            |             |             |

NOTA: Os símbolos significam: 0 = não apresenta o sintoma ou efeito, + a ++++ intensidade dos sintomas ou efeitos, quando presentes. Como exemplo a dependência e abstinência produzidas pelo clordiazepóxido receberam uma cruz e as da heroína, quatro cruzes.

Examinar o indivíduo em sua natureza biopsíquica, é tratarmos do segundo vértice do triângulo droga-indivíduo-meio social. Em relação às intenções do usuário, podemos observar seis níveis de consumo de drogas universalmente adotados pela OMS, a saber: 1) *uso na vida*, uso de droga pelo menos uma vez na vida; 2) *uso no ano*, uso droga (s) pelo menos uma vez nos últimos doze meses; 3) *uso no mês*, uso da droga (s) pelo menos nos últimos trinta dias; 4) *uso freqüente*, uso de droga (s) seis ou mais vezes nos últimos trinta dias; 5) *uso de risco*, padrão de uso ocasional, repetido ou persistente que implica alto risco de dano futuro à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em significantes efeitos mórbidos orgânicos ou psicológicos; 6) *uso pesado*, padrão de uso que já causa dano à saúde, físico e / ou mental.

Sobre o usuário de droga, a OMS recomenda a seguinte classificação: 1) *não-usuário* nunca utilizou drogas; 2) *usuário leve* utilizou droga (s), mas, no último mês o consumo não foi diário ou mensal; 3) *usuário moderado* utilizou drogas semanalmente, mas não diariamente, no último mês; 4) *usuário pesado* utilizou drogas diariamente no último mês. É importante observar que esses estágios não são necessariamente crescentes. Termos como adição, vício, hábito, adicto, viciado não se adotam mais por serem imprecisos, segundo a OMS. Também foram abandonados os termos dependência física e dependência psicológica, usando-se agora apenas dependência. No passado, julgou-se erradamente que as drogas que levavam à dependência física – e a conseqüente síndrome de abstinência – seriam drogas pesadas, perigosas. As demais, as drogas chamadas leves, induziam apenas à dependência psicológica. Ora, a cocaína contradiz estes preceitos, pois, não induz síndrome de abstinência e é droga pesada. (GALDURÓZ et al., 1997).

Acresce-se que a dependência não é definida apenas em função da quantidade e frequência de uso, fatores como vias de uso e tipos de substância podem possibilitar tal situação. A OMS, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), relaciona uma série de comportamentos que dizem respeito ao diagnóstico da dependência. Para ser considerada dependente, uma pessoa precisa apresentar ao longo dos últimos doze meses um padrão de consumo que incorra em pelo em três dos seguintes sinais ou sintomas: 1) forte desejo ou compulsão de consumir drogas; 2) consciência subjetiva da dificuldade em controlar o uso seja em termos de início, término ou nível de consumo; 3) uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência dessa prática;

4) estado fisiológico de abstinência; 5) evidência de tolerância, necessitando de doses maiores da substância para alcançar os efeitos obtidos anteriormente com doses menores; 6) estreitamento de repertório pessoal de consumo, quando o indivíduo passa, por exemplo, a consumir drogas em lugares inadequados, a qualquer hora, sem motivo especial; 7) falta de interesse progressivo de outros prazeres e interesses em favor do uso de drogas; 8) insistência no uso da substância, apesar de manifestações danosas comprovadamente decorrentes desse uso; 9) evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma rápida reinstalação do padrão de consumo anterior.

A respeito, a OMS (1981) indicou como mais propenso a utilizar drogas o indivíduo que não disponha de informações adequadas sobre os efeitos da drogas e/ou com a saúde deficiente e/ou insatisfeita com sua qualidade de vida e/ou com a personalidade deficientemente integrada e/ou com fácil acesso às drogas. A pessoa com menor possibilidade de uso de drogas é aquela bem informada, com boa saúde, com qualidade de vida satisfatória, bem integrada na família e sociedade e com difícil acesso às drogas. Para compreender a dependência há que se considerar, ainda, os seguintes conceitos importantes: 1) tolerância, quando o organismo se acostuma com a droga e passa a exigir doses maiores para conseguir os mesmos efeitos; 2) escalada, quando uma pessoa passa de uma droga mais “leve” para uma mais “pesada”, ou quando com uma mesma droga o consumo ocasional torna-se intenso; 3) poliusuário, pessoa que utiliza combinações de várias drogas simultaneamente, ou dentro de um período curto de tempo, ainda que tenha predileção por determinada droga; 4) *overdose*, quantidade de substância absorvida suficientemente para causar a morte de um indivíduo; 5) síndrome da abstinência, série de alterações físicas causadas pela falta da droga no organismo; 6) redução de danos - RD, controle dos efeitos adicionais adversos de qualquer substância psicoativa, em especial, das conseqüências decorrentes de drogas ilícitas.

A terceira esfera da relação droga-indivíduo-contexto sociocultural refere-se à tensão sócio-política que define as diferentes significações e representações da droga. Estudos indicam (BUCHER, 2002; EDWARDS e ARIF, 1982; LORENCINE JR., 1998) que o consumo de drogas não se circunscreve nem ao momento, nem ao ambiente social e/ou cultural atuais, admitindo-se seu caráter histórico, temporal e espacial. Torna-se impossível compreendermos o consumo de drogas isoladamente, sem considerarmos os recursos dos quais as pessoas dispõem, as formas de miséria e riqueza e as transformações econômico-

sociais. São mudanças que têm repercussão imediata sobre o consumo de tóxicos, trazem novas formas de vida, que por sua vez, determinam o aparecimento de outras modalidades de psicotrópicos. Usar drogas é um fenômeno humano e, por isso, cultural. De maneiras diversas a droga sempre existiu na história da humanidade, contudo, sua significação social e a motivação do usuário mudam segundo a necessidade de cada época.

O texto “As drogas no mundo” (1982) que descreve usos de substâncias tóxicas em alguns locais do mundo, ilustra essa diversidade entre culturas. O ópio entre os Hmong, povo montanhês do norte da Tailândia, é consumido como tranquilizante contra dores, no combate à depressão e como instrumento de sociabilidade nas assembléias das aldeias.

Mascar cocaína três vezes ao dia quando em suas atividades, nas comunidades camponesas ao longo da região dos Andes, é um hábito generalizado que remonta há vários séculos. A mastigação das folhas dá força, coragem e persistência aos povos andinos para o trabalho e contribui para a resistência física em altitudes em torno de três mil metros. Em comunidades peruanas e colombianas pode-se verificar um valor mitológico ligado à “sagrada folha de coca”.

Na Jamaica, há mais de cem anos, a ganja (maconha) é de uso popular, embora seja ilegal. Muito consumida entre trabalhadores agrícolas e operários que a utilizam como tônico e como panacéia, procurando energia para trabalhar e descanso para as atividades laborais. Os pais dão aos filhos para que sejam muito inteligentes e bem sucedidos na escola e, desse modo, as crianças aos poucos aprendem a usar a erva. Esse comportamento tem a garantia cultural, a própria cultura cria automatismos de proteção para atenuar o perigo do abuso das drogas. É preciso saber dosar para que sejam obtidos os resultados esperados e nada mais. Consumir ganja é um rito compartilhado pela comunidade agrícola e/ou operária jamaicana, pois, trata-se de um complexo de crenças, atitudes e costumes. A grande maioria dos fumantes da *cannabis* encontra-se na seita político-religiosa dos rastafarianos que atribuem poderes divinos à erva.

O texto descreve, também, a utilização da khat (*cata edulis*), planta das montanhas cujas folhas e brotos têm efeito estimulante, consumida frequentemente no Iêmen Democrático, na Etiópia, em Djibuti e na Somália. Seu uso tem caráter tipicamente social, os homens se reúnem em grupos para mascar khat nos ambientes animados e perfumados dos prédios destinados para este fim. Ainda, discute o controvertido fenômeno do consumo de

drogas legais e ilegais entre sociedades. O uso de bebidas alcoólicas, uma prática social nos países ocidentais, é rigorosamente proibido em culturas islâmicas, que, por outro lado, apresentam uma tradição secular de consumo da *cannabis*, droga ilícita em vários países do Ocidente.

Lorencine Jr. (1998) faz notar que os modos de uso não se restringem somente a modelos próprios de cada cultura, observando diferentes motivações para o uso de psicotrópicos, nos últimos quarenta anos no ocidente. O consumo da maconha, na década de 60, representava a contra-cultura e a contestação *hippie*, com forte componente coletivo, experimentava-se em grupos as novas sensações de percepções das drogas psicodélicas. Nas décadas seguintes, a maconha cedeu o lugar à cocaína junto ao jovem de classe média e alta que, procurando compensar o desencanto com a sociedade fragmentada do dito mundo pós-moderno, buscava desfrutar o prazer do “aqui e agora”, numa visão individualista e solitária. Ainda segundo o autor, nos dias atuais, em relação à juventude popular urbana, um contexto social inóspito em que fatores como a exclusão social, a perda de referências coletivas ou a ausência de projetos de vida podem conduzir ao consumo de drogas.

Considerações sociológicas são tecidas por Baudrillard (1987) sobre a organização, o equilíbrio, a regulamentação e a racionalização dos países industrializados, cujos sistemas têm uma excessiva capacidade de integração e normalização. Neste contexto, as formas transgressoras e residuais não estão à margem da sociedade, são, isto sim, resultadas da lógica e da racionalidade do sistema. O sistema ao atingir um certo nível de saturação, segrega suas disfunções estranhas, suas patologias internas, seus acidentes imprevisíveis. Quanto mais o sistema quiser liquidar disfunções e patologias, mais entrará na lógica da super-racionalização provocando e reforçando os elementos marginais e transgressores. Para o sociólogo, o *status* atual da droga se insere neste fenômeno contemporâneo. No entanto, há que se diferenciar este *status* atual de um uso de drogas vinculado ao desenvolvimento social e econômico insuficiente (como ocorre, ainda, em países em desenvolvimento, ou no caso do álcool, entre classes mais pobres). Nas sociedades industrializadas, ao contrário, deve-se levar em conta a lógica “perversa” de um uso ligado...

à saturação do universo de consumo, como começou a surgir nos anos 60 nos países industrializados, ao mesmo tempo como apogeu e paródia deste mesmo consumo, como anomalia contestatória de um mundo do qual se devia fugir por ser *pleno demais* e não porque faltasse alguma coisa. (p. 9)

Concluindo, constata-se que diferentes grupos consomem diferentes drogas, em diferentes contextos e por diferentes motivos. A droga em certas sociedades apresenta um uso integrador, como já citado o “coquear” entre camponeses andinos, ou a “ganja” entre operários da Jamaica ou, ainda, o ópio nas comunidades montanhesas da Tailândia. Entretanto, na contemporaneidade, evidencia-se o uso desintegrador da droga em que dependência química, delinquência, tráfico, marginalidade parecem ser respostas a uma sociedade pragmática, competitiva, consumista e individualista.

## **Drogas: abuso entre estudantes brasileiros**

Bucher (2002) afirma que consumir drogas faz parte da nossa realidade social, entendendo que é um fato,

não mais (ou pouco) vinculado a um uso medicinal ou a ritos religiosos, mas a uma procura de prazer que corre o risco de se tornar desenfreada e que desvia a realidade. De uma dádiva divina, ela [droga] se transformou, assim, em uma maldição com um alto potencial alienante. (não paginado)

Nossa necessidade de uma compreensão integrada sobre o uso de drogas entre estudantes brasileiros é urgente. Por esta razão, apresentamos em seguida algumas considerações sobre as substâncias psicotrópicas consumidas pelos alunos do ensino fundamental e do ensino médio. Tais estudos trazem à discussão uma visão histórica e antropológica, os efeitos tóxicos e os levantamentos sobre o consumo de drogas que permitem fundamentar programas de educação preventiva nas escolas.

Drogas como álcool, anfetamina, ansiolítico, anticolinérgico, cocaína, energéticos, solventes, maconha e tabaco constituem o universo de “uso e abuso” onde transitam cerca de 22% de nossos estudantes. Outras substâncias como, alucinógenos, barbitúricos, esteróides/anabolisante, orexígenos, xaropes à base de codeína (opiócio) tiveram percentagem inferior a 1,0% entre os alunos. Não houve nenhum relato de uso dos opiáceos morfina e heroína. (GALDURÓZ et al., 2004)

Pela pesquisa de Abramovay e Castro (2002), constatou-se que consumo e baixo rendimento escolar estão associados, os usuários apresentam defasagem série/idade.

Mostra, também, quais são as relações entre consumo de droga/rendimento escolar e consumo de droga/expulsão/transferência de estudantes. Quanto à primeira, se for considerado o universo de alunos reprovados mais de uma vez, verifica-se que a média dos que fazem uso de drogas (31,5%) é duas vezes superior aos que não usam (16,2%), o que indica uma relação entre usuários e aprendizagem escolar. Aponta, também, para uma associação entre consumo e expulsão/transferência numa proporção de 12,7% para usuários e 2,7% para não-usuários.

Na opinião de Fonseca (2002), a escola se vê frente a esta realidade, enquanto espaço concreto onde crianças, adolescentes e jovens adultos permanecem, praticamente, a metade de suas vidas. Torna-se necessário conhecer e compreender as raízes do problema. Levantamentos epidemiológicos confiáveis precisam ser realizados para que, não só indiquem a magnitude do consumo de drogas, como também, identifiquem as condições de risco e os grupos afetados. Esses estudos nos permitem a realização de diagnósticos contribuindo para elaboração de políticas públicas que respondam à demanda gerada pelo abuso de drogas.

Segundo Breilh e Gandra (1989, p. 35), "o conhecimento epidemiológico se desenvolve em torno do esforço para explicar e transformar os problemas de saúde-doença em sua dimensão social". A epidemiologia estuda os processos de saúde e doença que ocorrem numa população com vistas a obter conhecimentos e técnicas que, através de medidas de alcance coletivo, promovam a saúde individual. As pesquisas e levantamentos epidemiológicos caracterizam-se pelo desenho descritivo, pelo universo de amostragem homogênea, pela observação de campo, pela utilização de instrumentos estruturados e padronizados e pela aplicação de modelos estatísticos.

No Brasil, importantes levantamentos epidemiológicos sobre consumo de drogas entre estudantes têm sido realizados. Dois órgãos são tomados como referências para nosso estudo, a saber: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura do Brasil (UNESCO). A abrangência de ambos é fundamental para analisarmos o comportamento dos alunos relativo às drogas, pois possibilitam conhecer a realidade do país. É o caso do V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (GALDURÓZ, et al., 2004), do CEBRID. Outras pesquisas a serem consideradas são realizações da UNESCO do Brasil sob os títulos "Avaliações das Ações de Prevenção às DST/AIDS e Uso Indevido de

Drogas nas Escolas de Ensino Fundamental e Médio em Capitais Brasileiras” e “Drogas na Escola”. Os estudos tiveram como foco levantar e combinar informações sobre as drogas e a sexualidade juvenil, assim como, analisar as percepções/representações sobre drogas e as experiências de alunos, pais e membros do corpo pedagógico das escolas. (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002; ABRAMOVAY e RUA, 2001).

Vale afirmar que os resultados descritos nos levantamentos epidemiológicos seguem a classificação da OMS. Para os objetivos de nossa tese, consideramos os seguintes termos: *uso na vida*, uso de droga pelo menos uma vez na vida; *uso freqüente*, uso de droga (s) seis ou mais vezes nos últimos trinta dias; *uso pesado*, padrão de uso que já causa dano à saúde, físico e / ou mental e *primeiro uso*, média de idade de iniciação. Essas informações são essenciais para estruturação de programas preventivos, pois mostra como a obtenção de drogas é fácil e como essas substâncias permeiam a vida dos estudantes.

Conforme citamos, os levantamentos epidemiológicos sobre o abuso de drogas revelou que vem aumentando o consumo, tendo declarado usar uma vez na vida na vida 22,6% dos estudantes e 2,3% *uso pesado* (exceto para álcool e tabaco). Já se observa iniciação em 12,7% de crianças na faixa etária de 10-12 anos. As investigações mostram no resultado total que as drogas mais amplamente usadas são as legais - álcool e tabaco, as drogas lícitas de uso ilícito - solventes, ansiolíticos e anfetaminas e, finalmente, as drogas ilícitas - maconha e cocaína. Entretanto o levantamento aponta para duas vertentes bem características: o sexo masculino consome mais drogas como maconha, cocaína e álcool; e o feminino, medicamentos, como as anfetaminas e os ansiolíticos. (GALDURÓZ et al., 2004)

O órgão *International Narcotics Control Board* (INCB), em acordos internacionais, considerou como drogas lícitas de uso ilícito as drogas narcóticas e as farmacológicas. Na Convenção Única sobre os Entorpecentes de 1961, passaram ser controladas as drogas como ópio e seus derivados (morfina, codeína e heroína) e os narcóticos sintéticos methadona e pethidina. Pela Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971, entre as substâncias controladas, estão os produtos farmacêuticos tidos como psicotrópicos por serem alucinógenos, estimulantes, depressores do SNC. (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002)

A seguir discutiremos separadamente o uso do álcool, tabaco e outras de drogas pelos estudantes brasileiros. Figurando entre as drogas mais antigas que se tem conhecimento, o consumo do álcool data de seis mil anos a.C., conforme revelam registros arqueológicos.

A bebida obtida pela fermentação de diversos tipos de vegetais, era usado em festividades sociais, em rituais religiosos, em procedimentos medicinais como anestésico. Esteve presente na Antiguidade desde o segundo milênio a.C., nas grandes civilizações do Oriente Médio e nas culturas da Mesopotâmia. Os mais antigos documentos do Egito descrevem a utilização do vinho e da cerveja como bebida socialmente tolerada, os egípcios empregavam essências alcoólicas para uma série de moléstias. Entre os gregos, o vinho tinha grande importância nas celebrações religiosas. O rum, o uísque e o conhaque surgem na Idade Média a partir do processo de destilação. (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002; GALDURÓZ et al., 2004; INFO DROGAS, 1999; OLIVEIRA, 1988; SILBER e SOUZA, 1998; VIZZOLTO, 1988)

A bebida alcoólica está plenamente integrada aos costumes atuais, é aceita pela sociedade e incentivada pela propaganda, não sendo penalizada sua produção, venda ou consumo. A grande maioria das pessoas sequer considera o álcool como um psicotrópico. O principal agente do álcool é o etanol. O Brasil considera como bebida alcoólica aquela com mais de 13% de índice de álcool, a cerveja não aparece nesse enquadre.

A relação entre álcool e problemas de saúde vem sendo discutida há algum tempo. A palavra alcoolismo foi empregada pela primeira vez, em 1849, para descrever o conjunto de males relacionado ao consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas. Em 1967, a OMS reconhece o alcoolismo como doença, passando a incorporá-la ao CID-10. O abuso do álcool provoca mudanças de comportamento, muitas vezes perigosos, que ocasionam riscos como acidentes e atos agressivos. Traz, ainda, alterações de raciocínio, visão, fala e coordenação motora. O álcool é a droga de maior consumo entre brasileiros, estimando-se que haja aproximadamente 15 milhões de alcoolista no país (15% da população). O alcoolismo situa-se em quarto lugar entre as doenças que incapacitam os trabalhadores brasileiros. A questão do álcool no Brasil tornou-se um problema de saúde pública

Os resultados encontrados no levantamento epidemiológico do CEBRID indicam a seguinte situação dos estudantes em relação ao consumo de álcool: a média de idade de iniciação está sendo 12,5 anos, menor média de primeiro uso entre as demais drogas. Os índices foram os seguintes: *uso na vida* de 65,2%, *uso freqüente* de 11,7% e *uso pesado* de 6,7%. O uso pesado é caminho para dependência. Na faixa etária de 10-12 anos, 41,2% dos alunos já tinham feito *uso na vida*, sendo que cerca de 587 mil adolescentes de 12 a 17 anos

(5,2% da população brasileira), apresentam dependência. (CARLINI et al., 2002; GALDURÓZ et al., 2004)

De modo geral, a família é referência comum na literatura sobre o assunto. Os estudos mostram que 40% dos alunos, pela primeira vez, tomaram bebidas alcoólicas em sua residência, oferecido pelos próprios pais, principalmente, os pais consumidores. A bebida é valorizada como indício de virilidade e maturidade sendo o uso doméstico facilitado pela família. Os três fatores mais significativos no abuso de álcool são a história familiar, o uso por parte dos pais e certas características individuais. História familiar de alcoolismo é tida como risco, assim também são a educação e as medidas disciplinares sem consistência dos pais com relação ao uso do álcool pelos filhos. É importante que desde a infância os filhos compreendam pela atitude dos pais o que é uso adequado ou uso indevido de drogas. Se por um lado crianças e adolescentes podem aprender comportamentos de abuso convivendo em famílias que apresentam histórico de problemas de drogas, por outro, quando as relações com pais foram solidamente constituídas, é pouco provável que o uso de drogas se torne um problema. (FONSECA, 2002; SILBER e SOUZA, 1998).

O tabaco, citado como a outra droga lícita de uso intenso, pode ser considerado como uma epidemia generalizada. O uso e abuso de cigarros de tabaco são, mundialmente, o maior fator de risco relacionado ao adoecimento, causando doenças cardiovasculares, pulmonares e cancerígenas. O fumo, em longo prazo, traz maior número de doença que todas as demais drogas somadas. Somente a partir de 1960, começaram a surgir relatos científicos relacionando o cigarro ao adoecimento dos fumantes. Essas doenças vêm ocorrendo em pessoas cada vez mais jovens, o que levou a OMS, em 1998, a incluir a prevenção e o controle do tabagismo como prioridade entre as suas recomendações. Os dados da OMS indicam que o tabagismo, anualmente, faz cerca de cinco milhões de vítimas em todo o mundo (ENTRA..., 2005). No Brasil, aproximadamente, 32,6% dos adultos são fumantes, ocorrendo 300 mil óbitos anuais causados pelos efeitos do cigarro. Os prejuízos causados pelo tabaco chegam a mais de US\$ 200 bilhões, ao ano mundialmente.

O início da história do tabaco deu-se, talvez, há cerca de mil anos em rituais mágico-religiosos, atribuindo-se aos maias, na América Central, o uso inicial do cigarro e do cachimbo nessas cerimônias. Tal fato ocorreu também no Brasil pela influência dos índios da tribo tupi-guarani. O tabaco tornou-se o principal produto de exportação nas colônias das

Américas recém-descobertas, tendo sido largamente cultivados nos Estados Unidos e no Caribe. Foi somente em 1560 que o uso do tabaco tomou grande impulso na Europa, pela introdução feita na França por Jean Nicot (daí o nome nicotina). No início do século XVII, passou a ser um dos maiores valores no comércio internacional. O cachimbo no século XVII, o rapé e hábito de mascar no século XVIII, o charuto no século XIX e a democratização do cigarro no século XX assinalam a expansão do tabaco (*nicotina tabacum*) no mundo.

Galduróz et al. (2004) e Rosemberg (2001) apontam que o uso do tabaco é iniciado cedo na vida do estudante, em torno dos 12,5 anos e que, além disso, há um aumento progressivo de fumantes de acordo com a idade e ano escolar. O *uso na vida* foi feito por 24,9% e *uso freqüente* por 3,8% dos estudantes pesquisados. A nicotina, uma das substâncias tóxicas encontradas no cigarro leva à dependência, sendo a faixa etária jovem a mais atingida, há cerca de 1.250 mil tabagistas entre 12 e 24 anos. Abramovay e Castro (2002) descrevem que quando se pergunta aos 4.2804.430 alunos das escolas de ensino fundamental (5<sup>a</sup>. a 8<sup>a</sup>. série) e ensino médio *Você costuma fumar cigarros?*, as respostas obtidas são as seguintes: não fumam, 89,1%; fumam eventualmente, 7,5%; fumam diariamente, 3,3%. Os depoimentos dos alunos mostram que o primeiro contato e experiência dos adolescentes com tabaco deram-se ou no próprio ambiente familiar, ou com amigos em festas, bares e shows que costumam freqüentar. Vale assinalar a importância do grupo como fator de pressão, pois o hábito de fumar não só é um ritual valorizado, como também, uma forma de padronização, identificação e prestígio.

Goldfarb (1999) defende que uma política visando reduzir o número de fumantes entre crianças e adolescentes precisa incluir ações legislativas, econômicas e educativas. As medidas educativas devem ocorrer em campanhas - Dia Mundial do Tabaco (31 de maio) e Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) que merecem ser comemorados de forma cada vez mais crescente, por vários seguimentos da sociedade brasileira. É fundamental a atuação e o apoio dos profissionais de Saúde em consultas de aconselhamento e programas educativos que orientem pais e filhos para evitar o tabagismo. A autora acrescenta, ainda, o valor da função da escola como canal de desenvolvimento das ações de prevenção e promoção da saúde.

No que se refere às medidas legislativas e econômicas, um marco histórico para a saúde pública ocorreu em fevereiro de 2005. Entrou em vigor, com apoio da OMS, o

primeiro tratado internacional destinado a reduzir o tabagismo. As medidas aplicadas pretendem tornar o tabagismo cada vez menos atraente. São as seguintes: proibição global de qualquer publicidade sobre tabaco e de toda a sua promoção e patrocínio; proteção contra a exposição à fumaça em locais públicos; inscrições nas embalagens e etiquetas contendo “advertências sanitárias” contra os riscos trazidos pelo tabaco; adoção de medidas financeiras e fiscais dissuasivas, adoção de medidas legislativas sobre responsabilidade penal e civil da indústria do tabaco. (ENTRA..., 2005)

Finalmente, em relação às substâncias lícitas, pode-se afirmar que cigarro e álcool são drogas largo uso entre estudantes brasileiros. O Quadro 1 demonstra e compara as relações entre o uso e abuso das drogas lícitas álcool e tabaco, com base nos dados de Abramovay e Castro (2002).

Quadro 1 - Alunos do ensino fundamental (5a. a 8a. série) e ensino médio, segundo o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco

| Uso/abuso de drogas | Álcool                                                                                                         | Tabaco                                                                                                         |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quanto à frequência | 42,2% dos alunos não bebem<br>10% bebem regularmente (1)                                                       | 90% dos alunos não fumam<br>3% fumam regularmente (2)                                                          |
| Quanto ao gênero    | Mulheres: 47,4% não bebem,<br>6,7% bebem regularmente (1)                                                      | Mulheres: 89,5% não fumam,<br>10,5% fumam regularmente (2)                                                     |
| Quanto à idade      | Homens: 40,6% nunca bebem,<br>13,5% bebem regularmente (1)                                                     | Homens: 89,9% não fumam,<br>11,13% fumam regularmente (2)                                                      |
|                     | Bebem regularmente:<br>10-12 anos - 30%<br>13-15 anos - 52,5%<br>16-18 anos - 66,4%<br>19 anos ou mais - 70,7% | Fumam regularmente:<br>10-12 anos - 2,5%<br>13-15 anos - 8,9%<br>16-18 anos - 14,9%<br>19 anos ou mais - 17,5% |

(1) É o somatório das alternativas: *todos os dias, quase todos os dias e todos os finais de semana.*

(2) É o somatório das alternativas: *diariamente, às vezes.*

Segundo Galduróz et al (2004), quando comparados os dados em levantamentos anteriores do CEBRID verifica-se que: 1) não houve tendência de aumento em relação ao *uso na vida* e ao *uso freqüente* de álcool, 2) apesar da proibição de propaganda de cigarros, aumentou a tendência de *uso na vida* para tabaco. 3) pesquisas comprovam que os usuários regulares de drogas iniciam pelo álcool e tabaco (SANCHES e NAPPO, 2002).

Os medicamentos, tais como os ansiolíticos e as anfetaminas, e os inalantes são drogas lícitas que vem sendo utilizadas por crianças e adolescentes de forma ilegal. Estudos (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002; GALDURÓZ et al., 2004; INFO DROGAS, 1999;

OLIVEIRA, 1988; SILBER e SOUZA, 1998; TEUZEAU, 1991; VIZZOLTO, 1988), indicam que os solventes, tais como, colas, solventes, anestésicos voláteis e gases propulsores de aerossóis, são substâncias voláteis de grande potencial, classificadas como drogas depressoras do SNC. Os agentes inalantes foram utilizados em todas as épocas, cada geração mostrou sua preferência por algum produto. A etermania, por exemplo, foi vista como flagelo social há mais de um século, principalmente, na Irlanda. No Brasil, o lança-perfume em esteve em moda nos anos 60, sendo consumido para dar sensações de torpor, tonteira e euforia. Foi proibido o uso em 1965.

Galduróz et al. (2004) relatam que o inalante é a 3ª. droga mais consumida pelos estudantes do sexo masculino, exceto álcool e tabaco, fizeram *uso na vida* 15,4% dos alunos e *uso freqüente* 1,5%. O primeiro uso se dá precocemente em 9,9% dos alunos aos 13,1 anos. A inalação voluntária de vapores apresenta efeito bifásico, estimulação inicial (euforia, excitação, até mesmo, alucinações) seguida de depressão. Os efeitos imediatos são náuseas, sangramento nasal, tosse, fadiga muscular e perda de apetite, sendo que a aspiração repetida pode levar a lesões irreversíveis no cérebro, com coma e morte. Os inalantes gozam de grande aceitação entre os adolescentes, fato que se deve ao início de efeito rápido, à qualidade e padrão de efeito, ao baixo custo e à facilidade de aquisição, segundo os estudantes. Os usuários têm como local de consumo nas próprias residências, porém, longe dos olhos dos familiares. Dentre os inalantes mais usados estão acetona, esmalte e “cheirinho da loló”, produto clandestino à base de clorofórmio e éter usado para fins de abuso.

Pesquisas em relação aos estimulantes, (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002; GALDURÓZ et al., 2004; INFO DROGAS, 1999; OLIVEIRA, 1988; SILBER e SOUZA, 1998; TEUZEAU, 1991; VIZZOLTO, 1988), indicam que os mais conhecidos são as anfetaminas, aminas sintéticas muito semelhantes à adrenalina, sintetizadas pela primeira vez em 1887 e comercializada em 1937. Inicialmente, sua aplicação deve-se à Segunda Guerra Mundial no combate ao sono, à fadiga e à fome durante as vigílias. Em 1970, sofre restrições de comercialização passando para categoria de psicotrópicos. A metanfetamina, uma anfetamina, é consumida em cachimbos recebendo o nome de *ice*, a administração de doses por via intravenosa *speed*, a forma mais perigosa de consumo. Outra anfetamina, a metilenodióximetanfetamina (MDM) é conhecida como *ecstasy*.

Este medicamento, de uso pouco criterioso, tem o efeito de suprimir o apetite, reforçar a atividade e estimular o SNC. A anfetamina é largamente usada como moderador de apetite, entretanto, chama a atenção o fato que o número de obesos é baixo se comparado às vendas para este fim. O interesse terapêutico é muito limitado, justificando-se o uso somente numa rara doença chamada narcolepsia (necessidade irresistível de dormir). Altas doses da substância psicoativa causam taquicardia, aumento de pressão arterial, irritação, agressividade, delírios e alucinações. A droga cria dependência e seu uso contínuo pode levar à degeneração das células cerebrais. O V Levantamento do CEBRID (GALDURÓZ et al., 2004), revela que o *uso na vida* foi de 3,7%, *uso freqüente* de 0,5 % e o *primeiro uso* aos 13,4 anos entre os estudantes. As anfetaminas estão em 2º lugar no *ranking* das drogas mais consumidas pelas estudantes do sexo feminino (4,3%), nas cinco regiões do país.

Na mesma pesquisa, Galduróz et al. (2004) aponta que os ansiolíticos tiveram *uso na vida* de 4,1%, *uso freqüente* 0,4% e o *primeiro uso* aos 13,5 anos no conjunto das 27 capitais. Esses psicotrópicos ocupam a 1ª posição no *ranking* das drogas mais consumidas pelas estudantes do sexo feminino (5,0%), nas cinco regiões brasileiras pesquisadas. Os ansiolíticos ou tranqüilizantes são substâncias classificadas como depressoras do SNC, causam dependência e tolerância. Em 1950, os ansiolíticos apareceram com o meprobamato, logo substituído pelos benzodiazepínicos. Sintetizada nos anos 50, a benzodiazepina domina os tratamentos farmacológicos. O problema está em que a droga tem sido prescrita indiscriminadamente, calcula-se que 10% da população adulta de países desenvolvidos façam uso de “calmantes” benzodiazepinas, um uso acima do que se esperaria sob o prisma médico. No Brasil, muitas dezenas dessa substância são comercializadas com nome fantasia. (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002; GALDURÓZ et al., 2004; INFO DROGAS, 1999; OLIVEIRA, 1988; SILBER e SOUZA, 1998; TEUZEAU, 199; VIZZOLTO, 1988).

Conforme Cruz (1993), não só os adolescentes, mas, também os idosos vivem o problema de consumo inadequado de medicamentos tranqüilizantes, sedativos e hipnóticos. Entre os idosos que participaram do estudo de Cruz, 12,5% responderam que fazem uso de ansiolítico há mais de trinta anos. Foram verificados casos dependência química pela medicação e síndrome de abstinência na sua ausência.

Os anticolinérgicos são empregados, na medicina, para tratamento da doença de Parkinson e como antiespasmódicos. As substâncias com propriedades anticolinérgicas quando

usadas, com fim não médico, em doses elevadas trazem estimulação tímica e alucinações visuais e auditivas. Também são utilizadas como drogas de abuso a planta do gênero *datura*, o chá de lírio, ou trombeteira, ou zabumba, ou saia branca. Observa-se tendência de aumento do uso de anticolinérgicos entre estudantes, principalmente, do sexo masculino, sendo os mais consumidos o medicamento Artane e o chá de lírio. Os anticolinérgicos aparecem, entre estudantes brasileiros, com tendência do consumo médio (*uso na vida*) de 1,2% e *uso freqüente* 0,1. Os anticolinérgicos não desenvolvem tolerância e não há descrições de síndrome de abstinência. Mais recente é o uso de energéticos, drogas muito utilizadas associadas ao álcool, aumentando o efeito excitatório deste. Já fizeram *uso na vida* 12,0% dos estudantes. (GALDURÓZ et al., 2004)

Fonseca (2002) aponta que é na farmácia onde se dá a aquisição dos ansiolíticos e das anfetaminas. As estudantes do sexo feminino experimentam anfetaminas e ansiolíticos de modo significativamente maior que os estudantes masculinos. "A mulher tem que ser magra, portanto deve tomar anfetaminas! Mulher não pode ser nervosa, tensa ou histérica, portanto deve tomar ansiolíticos!" (CARLINI, CARLINI-COTRIM e SILVA FILHO, 1990, p.24). Bucher (1988) chama atenção para o crescimento do consumo de medicamentos incentivado pela indústria farmacológica e pelos meios de comunicação. Substâncias legais de uso ilícito, que criam intensa dependência, como barbitúricos, tranqüilizantes, soníferos são largamente usados pelas pessoas, o que traz à discussão questões éticas de responsabilidade de médicos, de pesquisadores, de laboratório e de autoridades. Lescher (1998) revela que as indústrias da psicoquímica moderna arrecadam bilhões de dólares de lucro pelas dezenas de marcas diferentes de antidepressivos que "a indústria farmacêutica lançou num mercado de deprimidos e ansiosos pelo remédio mais eficaz, os de última geração" (p.60). Tais fatos nos mostram a necessidade de um amplo diagnóstico sobre a produção e distribuição de medicamentos.

O uso de psicotrópicos foi sendo intensificado nas culturas ocidentais a partir de 1960, com a síntese de novos produtos e o aumento da concentração e potência das drogas tradicionais. Somente no final dos anos 60, o consumo entre adolescentes e jovens começou a se espalhar. No Brasil, o uso de drogas ilegais vem aumentando consideravelmente nos últimos anos e cada vez mais cedo entre alunos. A maconha lidera as drogas ilícitas entre os estudantes, o *primeiro uso* se dá aos 13,9 anos, 5,9% dos entrevistados declararam fazer *uso na vida* e 0,7 *uso freqüente* (GALDURÓZ et al., 2004). Trata-se de uma substância psicoativa perturbadora do SNC, que tem como efeitos de consumo delírios, alucinações, alteração nas

noções de tempo e espaço, perda de memória de curto prazo, desconcentração, baixo rendimento intelectual. O uso crônico causa a síndrome da desmotivação, traz diminuição dos níveis de testosterona podendo gerar infertilidade masculina temporária, que cessa com suspensão do uso da droga.

A maconha (*cannabis sativa*) tem origem na Ásia Central, China e Índia, aparecendo em registros de mais de duzentos anos a.C. Usada desde a Antiguidade pelas virtudes inebriantes das beberagens nas cerimônias religiosas dos sacerdotes indianos. Foi empregada, também, com fins medicinais entre os gregos. Os escravos africanos fizeram sua introdução no Brasil, tornando-a muito consumida e difundida pela população negra, nos estados do nordeste. Até hoje a maconha, designação brasileira para a *cannabis*, tem uso recreativo de cunho popular. Planta herbácea que cresce em várias as partes do globo, em suas folhas e topos floridos encontra-se a substância ativa THC Delta 9-Tetrahydrocannabinol. Essa erva recebe mais de cem nomes pelo mundo, sendo os mais conhecidos marijuana, nos Estados Unidos; grifa, no México; ganja, na Índia; haxixe, no Oriente e na África. (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002; GALDURÓZ et al., 2004; INFO DROGAS, 1999; OLIVEIRA, 1988; TEUZEAU, 1991; VIZZOLTO, 1988).

Vale destacar a afirmação de pessoas que acreditam ser o álcool e o tabaco de efeitos mais maléficos que a maconha. Carlini (1981), contradiz, justificando que não existem estudos científicos que comprovem tal fato, além disso, uma comparação entre drogas só seria válida se os níveis de consumo das substâncias fossem idênticos, o que seria difícil de ocorrer.

A coca (*erythroxylon coca*), epadú para os índios brasileiros, é um arbusto originário dos Andes, onde mascar suas folhas ou “coquear” tornou-se um hábito tradicional, um bem sócio-cultural. Da folha da coca, por reações químicas em 1856, foi obtido um alcalóide sob a forma de pequenos cristais - a cocaína. Psicotrópico classificado como estimulante do SNC, a cocaína é um pó branco que produz intensa dependência e tolerância, habitualmente consumido por inalação ou injetado, quando dissolvido em água. Tem como derivados o *crack*, em forma de pedra que se volatiliza quando aquecida, e o *merla* em pasta, ambos são fumados. Há, também, uma pasta com impurezas tóxicas, um produto grosseiro fumado em cigarros chamados *basukos*. A cocaína produz nos usuários sensação de grande força muscular, alerta, euforia, insônia, perda do apetite, emagrecimento. Em doses elevadas leva a alucinações visuais, auditivas, táteis e idéias de perseguição denominada psicose

cocaínica. Ao efeito estimulante, segue-se a depressão. Não há descrições de síndrome de abstinência. (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002; INFO DROGAS, 1999; OLIVEIRA, 1988; TEUZEAU, 1991; VIZZOLTO, 1988)

De acordo com os dados de Galduróz et al (2004), o *primeiro uso* de cocaína em pó se dá aos 14,4 anos, o *uso na vida* é de 2% estudantes e o *uso freqüente* de 0,2%. O *uso na vida* de crack é de 0,7% e *uso freqüente* de 0,1% e o *primeiro uso* aos 13,8 anos. Apesar dos percentuais não serem elevados, o consumo da cocaína vem se popularizando sendo expressiva a tendência de aumento de uso na vida, uso freqüente e uso pesado. Para Abramovay e Castro (2002), um dado importante diz respeito ao uso de drogas injetáveis, cerca de 0,3% dos alunos (24 mil jovens) fazem uso freqüente da via venosa, destes, 45% (10 mil estudantes) compartilham seringas.

Em síntese, a seguir, apresentamos na Tabela 5 os resultados globais obtidos no V Levantamento do Nacional sobre o Uso de Drogas realizado pelo CEBRID (GALDURÓZ et al., 2004).

Tabela 5 - *Uso na vida* de 10 drogas psicotrópicas por 48.155 estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual de ensino do Brasil; dados expressos em percentagem, levando-se em conta idade, sexo, e as diferentes drogas individuais.

| Drogas          | Sexo % |       |      | Idade (anos) % |       |       |      |      |
|-----------------|--------|-------|------|----------------|-------|-------|------|------|
|                 | M      | F     | NI   | 10-12          | 13-15 | 16-18 | >18  | NI   |
| Álcool          | 64,5   | 66,3* | 60,2 | 41,2           | 69,5  | 80,8  | 82,1 | 69,2 |
| Tabaco          | 25,2   | 24,7  | 25,3 | 7,0            | 24,7  | 39,7  | 41,3 | 34,6 |
| Solvente        | 16,9   | 14,3* | 15,3 | 9,9            | 16,9  | 19,1  | 19,9 | 13,8 |
| Anfetamina      | 3,0    | 4,3*  | 3,5  | 1,7            | 3,9   | 4,8   | 4,7  | 4,9  |
| Ansiolítico     | 3,1    | 5,0*  | 4,4  | 1,5            | 4,1   | 5,8   | 7,0  | 6,3  |
| Anticolinérgico | 1,3    | 1,0   | 1,3  | 0,9            | 1,2   | 1,3   | 1,8  | 1,3  |
| Energéticos     | 14,9   | 9,4*  | 12,4 | 4,3            | 12,8  | 18,9  | 20,0 | 11,0 |
| Maconha         | 7,9    | 4,1*  | 7,0  | 0,6            | 3,9   | 11,2  | 17,7 | 9,5  |
| Cocaína         | 2,8    | 1,3*  | 2,7  | 0,5            | 1,4   | 2,8   | 6,8  | 4,2  |
| Crack           | 1,1    | 0,4   | 1,1  | 0,2            | 0,6   | 1,1   | 2,0  | 1,5  |

NI significa dados não informados pelos alunos

\*Diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos (Teste do  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ).

Fonte: GALDURÓZ, 2004, p. 25

Algumas conclusões deste estudo são muito relevantes para programas preventivos. A idade do *primeiro uso* orienta e determina em que idade se deve iniciar a prevenção ao abuso, pois se trata de uma informação primordial para o resultado final da prevenção. Outra preocupação é quanto ao início de uso de drogas em idades muito tenras. Na

faixa etária de 10-12 anos, 12,7% já fazem *uso na vida* de drogas, exceto álcool (41,2%) e tabaco (7,0%). O *uso na vida* e o *uso no mês* são de extrema relevância, pois denotam um contato recente com as drogas e muito úteis quando há a desejável constância na realização de estudos epidemiológicos. Já o *uso freqüente* e o *uso pesado* têm importância por ser o caminho para que a dependência se instale.

Uma interrogação tem sido presente na sociedade contemporânea, por que o consumo de drogas? Quais são as motivações para o abuso?

O fenômeno das drogas vem sendo examinado por diferentes perspectivas que tentam explicar à luz de teorias psicológicas, psicanalíticas, antropológicas, sociológicas e tantas outras ciências para entender: por que? O médico enfatiza a neuroquímica e a influência dos psicoativos nos neurotransmissores, o psicólogo se interessa pelo caráter do comportamento adquirido da farmacodependência, o sociólogo tenta compreender as causas sociais do consumo de drogas e seu papel social, o antropólogo destaca as significações simbólicas, os ritos e as funções ligadas ao uso da droga na cultura.

Existe uma impossibilidade – até mesmo indecente – ao falar da droga [...] os médicos ainda não são capazes de compreender como e por que uma droga é toxicomanogênica. O mesmo acontece com os sociólogos, que não conseguem explicar como e por que uma pessoa torna-se toxicômana. Os drogados não nos respondem. Não existe, na realidade, um conhecimento sobre a droga: apenas competências cruzadas. (INGOLD, 1980, p. 43 apud MANDON, 1991, p. 231)

Com esta perspectiva multidisciplinar, trazemos algumas dentre as inúmeras contribuições de estudiosos da questão em busca de maior clareza sobre o fenômeno do consumo de drogas. Segundo Olivenstein (1991), para uma pessoa tornar-se dependente são necessários e suficientes duas condições: encontrar a droga e ter relação com a transgressão da lei, tanto a lei imaginária quanto à lei real. Dias (1991) complementa que a incitação às drogas ilícitas surge como uma crítica do lícito e como procura do ilícito dentro do prazer e do comportamento. É essa relação alterada entre lei e prazer que favorece a aquisição de uma identidade alternativa como forma de ser integrado numa sub-cultura toxicomaníaca. Neste sentido, Mandon (1991), vai especificar quais os elementos que definem a droga no próprio seio de um sistema cultural. Cultura, aqui entendida como um conjunto organizado de expressões tanto ideológicas como materiais das relações que os homens mantêm entre si e no seu meio ambiente.

Os fenômenos ligados ao uso de drogas devem ser recolocados neste conjunto cultural, que corresponde à globalidade de um sistema social [...] onde podemos compreender a dimensão cultural em todos os níveis – das estruturas materiais da vida em sociedade, das estruturas de comportamento e, finalmente, das estruturas mentais coletivas. (p. 234)

Para Baudrillard (1987), as drogas estão associadas à cultura do Estado Mínimo que, regulado pela competitividade do mercado, alargou as diferenças em um mundo dividido em ricos e pobres, produzindo uma legião de excluídos economicamente. Nos países onde impera a pobreza, mesclam-se subdesenvolvimento, miséria e droga, o que implica em maior vulnerabilidade aos jovens marginalizados que procuram nas drogas um meio de compensar essa privação. Por outro lado, nas ditas sociedades ricas, o consumo de substâncias tóxicas é tido como produto do consumo, do bem-estar e do supérfluo. Assim sendo, o uso e abuso de drogas constituem uma reação vital e simbólica, mesmo que desesperada, contra qualquer coisa ainda pior.

As drogas, qualquer uma, forte ou fraca, incluindo fumo, álcool e todas as variantes contemporâneas são condutas de exorcismo: exorcizam a realidade, a ordem, a indiferença das coisas. Mas não se deve esquecer que, através delas, é a própria sociedade que exorciza certos poderes esquecidos, certas contradições internas. Exorcizar é produzir para maldizer. É ela que produz este efeito e é ela que o condena. Se não pode deixar de produzi-lo (o que seria desejável), ao menos deixe de maldizê-lo. (BAUDRILLARD, 1987, p. 9)

Em Bucher (2002), o consumo de drogas significa a procura deliberada de alteração dos estados de consciência, de ter experiências inéditas que sejam “experiências de prazer”. Atribui três funções ao abuso: 1) esquecer a transitoriedade e mortalidade que o ser humano está sujeito e a angústia que isso provoca; 2) procurar a transcendência, entrar em contato com forças sobrenaturais, tentando alargar os limites existenciais em busca de elementos espirituais ou divinos que assegurem sobrevivência além da morte; 3) buscar o prazer, função que domina a farmacodependência moderna. Totugui (1988) entende essa “busca do prazer” como o desejo de obter um prazer intenso e imediato, muito restrito ao próprio corpo e, portanto, solitário. No consumo contemporâneo, essa procura impõe-se como um fim em si mesmo, não evidenciando um caráter social construtivo.

Verificando as percepções dos estudantes, Abramovay e Castro (2002) grupam os fatores em quatro categorias: ajudar a esquecer os problemas, modismo, auto-affirmação e diversão. Para os alunos, a influência e pressão dos amigos, a curiosidade, os conflitos

existenciais fazem aumentar a possibilidade de usar drogas. A falta de espiritualidade, a falta de diálogo em casa e as brigas familiares também são indicadas como causas prováveis, mas, não necessárias, para os jovens procurarem as drogas. Também Salles (1998) coletou em depoimentos o motivo do uso de drogas entre alunos adolescentes. Foram relatadas as seguintes justificativas: vontade de experimentar, exibir-se, porque é proibido, curtir a noite, buscar a felicidade, divertir-se, aliviar o sofrimento, fugir da realidade em que vive, sentir-se melhor, ter relação familiar ruim, atingir os pais.

No fenômeno do abuso drogas, qual o lugar da escola? Se considerarmos que a adolescência e a juventude formam um grupo social muito vulnerável às drogas e que a clientela-alvo tem sido os estudantes entre 16 e 18 anos, podemos explicar os motivos que tornam o ambiente escolar tão exposto a essa problemática. A escola agrega jovens de famílias diferentes, em seu interior convive grande diversidade cultural e, por ser um dos principais espaços concretos de afirmação, interação e socialização dos estudantes, há que se encontrar frente a frente com esta nova realidade. A presença das drogas em seu entorno e sua entrada na escola é fato real para alunos, pais e professores.

Para maior compreensão desse fenômeno, Biscaia (1998) e Murad (1985) esclarecem que a infiltração do tráfico de droga nas escolas ocorre de diversas maneiras, ora lança mão de uma abordagem ostensiva facilitando o acesso às drogas, ora emprega estratégias que visam seduzir os estudantes. O traficante pode ter sua presença muito bem disfarçada dentro do ambiente escolar fazendo-se passar por estudantes, ou fazendo a mediação através dos próprios estudantes. Esses são alunos usuários que para manter o consumo passam a ter contato com o tráfico e fornecer a droga aos colegas. Numa abordagem inicial, o traficante-aluno não oferece a droga de imediato, primeiro conversa sobre o assunto, fala dos “baratos” que a droga é capaz, oferece a droga gratuitamente para o colega experimentar que, depois, passa a comprar para seu próprio consumo. É assim que o experimentador faz seu ritual de iniciação na cultura das drogas.

Os amigos têm um papel especial na iniciação das drogas, uma vez que as primeiras experiências são feitas com pessoas de confiança. De modo geral, as experiências iniciais com a maconha são feitas em grupos compartilhando a droga com alguém que é usuário, em clima de aventura, cumplicidade e amizade. A fala de um aluno usuário mostra com clareza a força do grupo e o valor das experiências em comum. “O prazer que a droga causa. Sei lá, é legal você olhar para

uma pessoa e saber que ela tem o mesmo prazer que você, tanto com a droga ou com qualquer coisa”. (ASINELLI-LUZ, 2000, p. 153). No entanto, quando as experiências entre companheiros vão se transformando na necessidade do efeito químico da droga, o experimentador, agora usuário, compra a maconha num intermediário. Já a cocaína, ao contrário, só é oferecida gratuitamente quando o estudante aliciador visa conquistar um novo freguês. O “crack” é oferecido pelo traficante ao dependente como opção mais barata à cocaína.

Segundo Abramovay e Castro (2004), a presença da droga e da violência que dela advém, tem trazido sérias consequências para o cotidiano das escolas, pois impõem um clima de insegurança e medo, estabelecendo, com isso, a “lei do silêncio” na comunidade escolar. É muito importante reafirmar que a repressão do tráfico de drogas está sob a responsabilidade de setores de policiais, não cabendo à escola, que no máximo deve informar a situação aos órgãos encarregados. Agentes de segurança precisam estar capacitados para o controle e fiscalização do tráfico, intervindo rapidamente para afastar aqueles que fazem o tráfico no ambiente escolar. No caso de alunos, a escola precisa ponderar sobre a possibilidade de intervir, caso contrário, deve evitar a convivência desses estudantes na vida escolar.

Configura-se, então, a questão: é na escola que aparecem os conflitos e é nela que os mesmos podem ser resolvidos. Se por um lado, a escola representa o local onde os jovens se reúnem e vivenciam formas de comportamento, é na escola que se deve possibilitar o acesso a informações esclarecidas e sem preconceitos em assuntos delicados como o consumo de drogas. Entretanto, se quisermos desenvolver um trabalho educativo que se contraponha ao abuso de drogas, é necessário ter presente que o uso dessas substâncias será sempre afetado pelos valores da sociedade, da qual a escola é uma de suas instâncias. Conforme Edwards e Arif (1982),

O lugar que a sociedade designar para o indivíduo será de especial importância, assim como o valor que se der à liberdade, ao direito à procura hedonista do prazer, e o significado que se atribui à saúde. (p.33)

Por fim, descrevemos na presente seção o fenômeno das drogas e seu consumo, com o propósito de lançar novas luzes a um programa de educação preventiva ao abuso dessas substâncias psicoativas entre estudantes brasileiros, e oferecer indicações para estilos de vida saudável.



### 3 SAÚDE: bem a ser conquistado

#### O início

Mas, onde eu devia começar?  
 O mundo é tão vasto,  
 Começarei com o meu país,  
 que é o que conheço melhor.  
 Meu país, porém é tão grande.  
 Seria melhor começar com minha cidade.  
 Mas minha cidade também é grande.  
 Seria melhor eu começar com a minha rua.  
 Não: minha casa.  
 Não: minha família.  
 Não importa, começarei comigo mesmo.  
 In: Almas em Chamas  
 Elie Wiesel (1928-....)

O significado e o valor atribuído à saúde num trabalho educativo que se oponha ao consumo de drogas entre estudantes convida-nos a revisitar conceitos e modelos de saúde que foram consagrados no correr dos séculos.

#### Saúde / Doença: concepções e paradigmas

O decurso da história do Homem nos faz ver que saúde, quer individual ou coletiva, sempre foi um bem desejado. Há milênios a humanidade tem a atenção voltada para o alcance deste ideal. Existem vestígios de prováveis práticas cirúrgicas entre os indivíduos da pré-história. Especula-se que ferramentas da era neolítica poderiam ter sido usadas, também, como instrumentos para cirurgias. Numa grande área da Europa Mediterrânea, foram encontrados ossos cranianos que evidenciam casos de trepanação, talvez para tratamentos de fraturas. Na Antiguidade, pinturas e documentos das civilizações indiana, chinesa, pérsica, babilônica, egípcia, grega, romana, hebraica

dão testemunho que saúde e doença foram objetos de estudos e investigações. (LYONS e PETRUCCELLI II, 1997) Entretanto, dentre as culturas antigas, é na imorredoura influência do mundo grego que se encontram as raízes do Ocidente.

O conhecimento essencial da Grécia sobre o corpo e o espírito constitui uma razão indispensável para entender, nos dias atuais, os conceitos de saúde e doença. É relevante, também, o fato de que a medicina grega só se torna ciência consciente e metódica sob a ação da filosofia milenar da natureza. Se por um lado, a antiga filosofia pré-socrática tem uma influência decisiva sobre a arte médica puramente prática, por outro, é fundamental a repercussão da nova medicina empírica sobre a filosofia de Platão e Aristóteles. A ciência do médico e a terapia da alma imbricam-se ao assentar suas doutrinas no conhecimento da natureza: o médico sabe sobre a natureza do corpo, o filósofo compreende a natureza do espírito.

Vale ressaltar que a medicina grega, em sua totalidade, não pode aqui ser apreciada, o interesse dessa abordagem histórica incide, primordialmente, como é natural, em procurar as origens dos diferentes paradigmas de saúde/doença, ao longo dos séculos. Destacamos, contudo, que os momentos históricos referidos qualificam o surgimento e o desenvolvimento de cada um dos modelos de conceituação de saúde e doença e que tais modelos coexistem e se interligam.

Segundo Jaeger (2001), os primeiros documentos encontrados em obras completas sobre esses temas datam dos séculos VI e V do Período Clássico grego. São redigidos em prosa jônica e dizem respeito à filosofia da natureza, que procurava uma explicação natural para os fenômenos. Para essa filosofia pré-científica, todo o efeito tem uma causa apresentando relações (causa/efeito). Em consequência, considera que os homens podem ser, ou não, vítimas de enfermidade, tendo em conta suas qualidades individuais e toda a natureza do universo que os rodeia. Neste caso, refere-se tanto à natureza física, que consideravam uma mistura do ar, terra, água e fogo. A mistura desses elementos resultava em qualidades climáticas como seco, úmido, frio e quente. Também a natureza política e social, tinha influências por perceber a crise política como causa das perturbações da saúde na vida da coletividade.

Decorrem das teorias cósmicas, não só a visão objetiva das leis que regulam saúde e doença, como a conexão entre a parte e o todo, o sentido de totalidade. Também para os filósofos da natureza, todo acontecimento natural é uma espécie de compensação, uma indenização ou reparação de um transtorno, princípio freqüentemente encontrado nos processos

fisiológicos e patológicos. Trata-se da concepção da *isomoiria* (igualdade) na qual o estado são e normal depende da proporção idêntica entre os elementos do organismo do homem e a natureza do universo. E, assim, o estado de saúde passa a ser definido pela ausência do predomínio de uma só força.

A idéia da *isomoiria* é encontrada nos autores médicos da obra *Dos Ventos, Águas e Regiões* e, praticamente toda a obra diz respeito às origens da Saúde Pública, por enfatizar o papel decisivo do meio ambiente na gênese, desenvolvimento, evolução das doenças e na crucial importância da saúde ambiental numa população. Entretanto, é preciso salientar que, entre os gregos, o meio ambiente era considerado um elemento passivo sobre o qual não se exercia nenhum domínio.

Gouveia (1999) mostra que a concepção da *isomoiria* é retomada, a partir do século XVI até o século XIX da Idade Moderna, pela Teoria dos Miasmas, que concebe a transmissão das doenças pelo ar e pelos odores. Acrescenta que, neste período, após a revolução francesa e início da era industrial, o meio ambiente adquire um caráter predominantemente social, ao explicar o aparecimento das enfermidades e epidemias como consequência da insalubridade nas condições de vida e trabalho da população. A teoria miasmática é abandonada pelo advento da concepção biológica da doença, assim como, o estudo das relações com o meio ambiente socialmente construído é relegado a outras ciências. Entretanto, a obra *Dos Ventos, Águas e Regiões* promove ecos na medicina contemporânea. Nas duas últimas décadas do século XX é defendida a proposta das Cidades Saudáveis, pois a compreensão de saúde incorpora a importância do ambiente sócio-econômico, político e cultural. (PROMOÇÃO..., 2000).

Jaeger (2001) aponta que o nome de Hipócrates, personificação das Artes Médicas, está intimamente ligado ao período em que a medicina floresce, em meados do século V, da Grécia Antiga. A escola hipocrática, na ilha de Cós, primeira fundação da Medicina como ciência, caracteriza-se por ser antifilosófica, pela observação imparcial e pela racionalidade, representando um enorme abismo entre a teoria filosófica da natureza que a precedeu. Tem como princípio que é a natureza do paciente quem cura a doença, o corpo humano tende a curar-se a si próprio. Ao médico cabe assumir o papel de auxiliar, para isso, deve observar minuciosamente as exigências de cada caso concreto, investigar onde pode intervir e ajudar o processo de cura. As doenças e suas causas, o tratamento e normas a seguir são indicados pelas narrações do enfermo.

Hipócrates atribui especial importância à qualidade da relação médico-paciente no processo de cura. Nesta prática, o médico, além de técnico, era filósofo, professor e sacerdote.

Hipócrates e seus discípulos aplicam o princípio da totalidade da natureza no conhecimento do homem e, têm como método: 1) observar tudo e analisar cuidadosamente; 2) estudar o paciente, em lugar da enfermidade; 3) avaliar a situação; 4) ajudar a natureza: as forças naturais do corpo; 5) conseguir o equilíbrio e, portanto, a saúde. Tais procedimentos são encontrados na coleção das obras hipocráticas *Corpus Hipocratium*, escritos por muitos autores, que revelam, não só um processo vivo de toda ciência médica, como também, o sistema docente da escola da ilha de Cós. A perspectiva de Hipócrates é de suma importância, já que lança os alicerces do que seria a medicina no Ocidente, definindo modelos aceitos até hoje, na sociedade contemporânea. (LYONS e PETRUCELLI II, 1997)

Ainda de acordo com Jaeger, credita-se ao mundo grego o conceito de saúde como oposição à doença. Platão, em Górgias, define o médico como o indivíduo que a partir daquilo que sabe sobre a natureza do homem são, conhece o homem enfermo e, portanto, sabe encontrar os caminhos para restituí-lo ao estado normal. Outras concepções da medicina grega são decisivas na compreensão de saúde, é o caso das idéias de simetria e harmonia estreitamente relacionadas à norma da natureza agir. Platão fala da força, da saúde e da beleza como as virtudes do corpo, como a piedade, a valentia, a moderação e a justiça são virtudes da alma. Também Aristóteles alude à simetria a causa da saúde, da força e da beleza, definindo a saúde como a ordem do corpo. Para estes filósofos, são a simetria e a harmonia das partes ou forças do corpo que traduzem o estado normal. Desta maneira, é lançado um olhar diferenciado à saúde ao significar vida sem doença.

A história da saúde e da doença da Grécia Antiga é fonte de inspiração da medicina ocidental. Os gregos nos deixaram, entre outras concepções, uma visão de homem integrado corpo-espírito e pessoa-natureza, a importância de uma positiva relação médico-paciente no processo de cura, a concepção fisiológica da doença, a idéia de saúde como a simetria e a harmonia do corpo.

Os princípios de simetria e harmonia são os eixos norteadores da Organização Mundial da Saúde (OMS), que em 1948, define saúde como o estado de perfeito bem-estar físico, mental e social e, não ausência de doença. Para Fagulha, Duarte e Miranda (2000) esta forma de encarar a saúde tem o valor de desencadear novas orientações em políticas de saúde, a saber: uma

visão da saúde positiva e uma satisfatória interligação com o físico e o psicológico englobando ajustamento e adaptabilidade sociais. Os autores avaliam o conceito da OMS como sendo teórico e um pouco utópico, juízo com o qual concordamos.

Tal definição é, também, questionada por Segre e Ferraz (1997) que a consideram, apesar de avançada para a época, atualmente ultrapassada, irreal e unilateral. Ultrapassada, pois visa uma perfeição inatingível e irreal por que ao aludir a "perfeito" coloca uma utopia, já que enfoca o subjetivismo que a expressão traz em seu bojo. Unilateral por trabalhar com referencial objetivista, ao adotar uma avaliação de "perfeito bem-estar" externa aos sujeitos. Os autores discutem a validade da distinção entre soma, psique e sociedade, defendendo a noção de homem integrado, análogo ao conceito da *physis* total, forjado e desenvolvido pelos filósofos e médico helenos.

Aspectos históricos documentam que a dialética do corpo com o espírito e da pessoa com a natureza, tão cara à cultura grega, vai sendo perdida e, em consequência, o sentido de que o organismo funciona como um todo. Vemos na literatura que alguns modelos explicativos na medicina ao longo dos séculos se contrapõem a essa percepção holística do homem.

No entender de Joyce-Moniz e Reis (1991), o modelo biomédico traz outras significações ao processo de saúde e apresenta duas vertentes: a ontológica e a fisiológica. A doutrina ontológica considera a doença uma entidade específica, separada do indivíduo, que penetra em seu corpo para agredir. Segundo os autores, a visão ontológica da medicina caracteriza-se pela classificação dos processos de doença, pela elaboração do diagnóstico exato, pela identificação dos órgãos atingidos e que causam os sintomas.

A ontologia encontra suas raízes na *isomoiria* grega, todavia, é com o advento da era bacteriológica ou microbiana que se incorpora à prática médica. Não há dúvidas de que as descobertas de bactérias e vírus, no século XIX, são de grande importância para a humanidade. Tais estudos trouxeram progressos nas investigações sobre as formas de minimizar e, até mesmo, impedir o avanço de epidemias. Entre as pesquisas de valor, desta época, pode-se citar as de Louis Pasteur estabelecendo a teoria microbiana das doenças infecciosas, de John Snow sobre o cólera e de Robert Koch sobre o bacilo da tuberculose.

A perspectiva fisiológica do paradigma biomédico dá ênfase aos processos biofísicos e bioquímicos e suas estruturas mais moleculares, sendo a doença um estado anormal

que um organismo experimenta num determinado momento. A vertente fisiológica, segundo Albuquerque e Oliveira (2002) origina-se na teoria de Newton que, a partir de uma visão mecanicista, percebe o mundo como uma máquina e, como tal, formado por um conjunto de peças. Esta concepção do mundo físico é transplantada aos seres vivos. A metáfora da máquina conceitua o corpo humano como um grande engenho cujas peças se encaixam ordenadamente e se movem segundo leis fixas. A doença é vista como uma avaria no funcionamento de um componente orgânico; tratá-la significa reparar a máquina.

As duas concepções ontológica e fisiológica respondem pela ênfase dada ao modelo biomédico no que tange conceber a doença como um agressor externo e estranho ao sujeito, ou ainda, compreender a doença como algo distinto da personalidade, das condições físicas e do modo de viver do homem. Sem dúvida, para o paradigma biomédico, o funcionamento do organismo humano está completamente dissociado do pensamento e controle do indivíduo. A perspectiva biológica da enfermidade subestima a importância do meio físico e social na saúde dos indivíduos.

Assinalamos outra consequência da perspectiva reducionista do modelo biomédico: ser a área da saúde um exemplo de fragmentação. Os profissionais especialistas, sob a égide da medicina dos órgãos, adotam a concepção organicista da doença e tratam os órgãos do corpo como partes isoladas e independentes, substituindo uma perspectiva de unicidade por uma visão fracionada de homem.

Entretanto, reagindo à acentuada e crescente especialização, começa a surgir uma visão alternativa que considera o corpo humano como um sistema que não pode ser dividido em partes componentes. O modelo sistêmico tem como foco os processos biopsicossociais e, assim, num indivíduo o orgânico, o psíquico e o social se determinam e se estruturam uns aos outros, continuamente, numa dinâmica integradora. O modelo sistêmico tem por base centrar-se na pessoa ao invés da doença, além de antever o retorno de uma abordagem ecológica. (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002; JOYCE - MONIZ e REIS, 1991; KAPLAN, 2000).

Desta forma, emerge uma crescente demanda por uma nova formulação de saúde no mundo e, diante disso, uma nova epistemologia é requerida para ampliar o conceito de saúde até então vigente. Conferências e encontros são realizados e documentos elaborados em busca de significados e práticas que transcendam o paradigma biomédico.

Ferraz (1999) aponta o historiador médico Henry Sigerist quem pela primeira vez, em 1945, usou a expressão promoção da saúde, preconizando que saúde se promove com nível de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, descanso e recreação. A autora considera, também, o Relatório Lelonde, publicado pelo governo canadense em 1974, um marco histórico, por enfatizar três conceitos básicos necessários às boas condições de saúde, que são: biologia humana, meio ambiente e estilo de vida. A proposta do relatório associa saúde a medidas preventivas, tais como, mudanças de modos de vida e comportamentos.

Outro ponto referencial, no que tange à formulação da idéia de saúde num sentido mais amplo, é a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, no ano de 1986. No encontro, é gerada a Carta de Ottawa - reconhecida como o documento-semente do Movimento Cidades Saudáveis - que explicita pré-requisitos e condições para a saúde de uma população, a saber: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça social e a equidade. Confere, também, à comunidade os meios para identificar os determinantes da saúde, assim como, o controle sobre eles a fim de ser assegurada a qualidade de vida da população. A Carta de Ottawa salienta, portanto, dois objetivos: melhorar a saúde da população e dominar, por parte dos cidadãos, o processo que conduz à melhoria da saúde. (PROMOÇÃO..., 2000).

Assim é a concepção sócio-ecológica de saúde, que tem como princípio a ênfase nas inter-relações entre o ser humano e o ambiente físico e/ou social em que vive. Estão incluídos, não apenas o conjunto de atividades vitais que os indivíduos realizam numa ambiência físico-social determinada, bem como, um conjunto de fatores subjetivos que determinam o caráter ativo dos indivíduos em sua condição de sujeito e seu modo de vida. Para Martinez (1996) significa que as condições subjetivas de uma pessoa devem lhe permitir estabelecer relações adequadas ao contexto em que vive, de modo a enfrentar e superar o estresse e os conflitos que se apresentam em seu dia-a-dia. Estas definições mais flexíveis e abrangentes de saúde levam em conta uma multiplicidade de fatores, salientando conceitos específicos e inovadores como os de prevenção à doença, promoção da saúde e qualidade de vida, não só do indivíduo, mas também, da coletividade.

Uma visão prospectiva aponta para um futuro indicador de saúde. Trata-se da fragilidade da vida humana, principalmente, em espaços urbanos pela convivência com as epidemias, o surgimento de novas doenças, a violência, o terrorismo. Considera, ainda, a perda de

valores ligados à solidariedade, a grupos solidários e à família que estão cedendo lugar ao individualismo, ao consumismo, à competição e à busca de sucesso desenfreados. São características da sociedade atual que impõem fragilidade à vida produzindo isolamento, ansiedade, estresse e geram novas doenças como anorexia, pânico, bulimia. (FRAGILIDADE..., 2005)

Ressaltamos que, historicamente, diferentes significações de saúde e doença percorreram modelos que vão da percepção holística do ser humano, a uma perspectiva reducionista que desconsidera os componentes emocionais e sociais dos indivíduos, tal como as visões ontológica e fisiológica. Entretanto, a noção de saúde se transforma, seu foco passa do indivíduo para a cidade, do tratamento da doença para o enfoque da prevenção. A idéia de prevenção da doença desloca-se para a promoção da saúde vinculada à idéia de qualidade de vida, que por sua vez, aponta para questões da saúde pública. Para a saúde pública, a garantia de qualidade de vida faz-se ao elaborar e implementar políticas públicas saudáveis, ao criar ambientes favoráveis à saúde e ao privilegiar ações comunitárias.

Já os estudos de Fagulha, Duarte e Miranda (2000) consideram os aspectos emocionais de um indivíduo, associando a qualidade de vida à identificação de dimensões positivas como o bem-estar psicológico, a satisfação com a vida e a felicidade. Para o bem-estar psicológico, deve ser considerada a contribuição de um sistema de apoio social como trabalho, família, amigos, valores pessoais, relações românticas e sexuais com parceiros. É importante, também, a capacidade de integração à comunidade e participação dos indivíduos em grupos sociais. Acrescenta-se que a satisfação com a vida é consequência da comparação entre as circunstâncias de vida apreendidas pelo sujeito e seus padrões pessoais.

As autoras apontam que essa percepção subjetiva fundamenta a Teoria da Qualidade de Vida, de Michel Frisch, de 1994, cujos construtos bem-estar subjetivo/felicidade têm dois componentes: o contentamento perante a vida e os efeitos positivos e negativos. O bem-estar subjetivo origina-se no juízo que uma pessoa faz entre o que tem e o que gostaria de ter, em áreas de sua vida que mais valoriza. A avaliação das aspirações pessoais e realizações das necessidades e objetivos diz o grau de contentamento perante a vida. Quanto menor a discrepância, maior a satisfação e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Sob o enfoque de bem-estar social e qualidade de vida, vários estudos têm sido realizados. Simões (2001) menciona, como exemplo, a pesquisa Qualidade de Vida e Terceira

Idade, que visava identificar a concepção de qualidade de vida tendo como sujeitos os participantes do projeto Universidade da Terceira Idade da Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep). A visão dos idosos mostrou-se centrada em valores humanos como ter pensamento positivo, viver bem com o outro, alegrar-se nas realizações cotidianas, cuidar da saúde. Nesse sentido, qualidade de vida é a qualidade da vivência do dia-a-dia e, no seio da terceira idade é

proporcionar o início de uma caminhada, não um ponto de chegada, independentemente das pedras que o mundo produtivo e rentável coloca; é ir em busca dos encontros, dos incentivos, dos desafios, dos projetos, das incertezas, dos desejos e, sem dúvida, dos sonhos. (SIMÕES, 2001, p.189).

Por essa ótica, avaliar a satisfação com a vida de indivíduos e grupos é um importante componente numa política de saúde que tenha por finalidade a qualidade de vida da população, pois permite tanto a prevenção de perturbações físicas e/ou psicológicas como comportamentos de risco.

## **Prevenção: componente da saúde**

Vimos na literatura que a preocupação em preservar a saúde e prevenir doenças é milenar. Neste sentido, o forte atrativo exercido pela cultura grega no mundo ocidental, amalga valores presentes nos dias de hoje, sobretudo no que se refere ao ideal do homem são. Segundo Jaeger (2001), em fins do século V e no século IV da Antiguidade da Grécia, principiou-se a desenvolver parte da Medicina denominada Higiene e, sob este aspecto da cultura física helênica, duas obras dão o testemunho: De um Regime de Vida Saudável e Da Dieta. Os dois livros expõem a regulamentação dos alimentos dos enfermos e todo o regime de vida do homem e, em especial, a ordenação dos alimentos e os dos exercícios físicos impostos ao organismo. Levam em consideração a constituição global do homem, o seu meio ambiente de lugar e clima e as mudanças no acontecer cósmico, ressaltando o dever de prevenir contra o perigo das doenças e a obrigação de velar pela conservação do estado saudável.

Ainda segundo Jaeger (2001), no século III a.C, o importante médico Díocles de Caristo compõe uma doutrina em que o dia é a unidade cronológica, normalizando o dia inteiro, de manhã à noite com a finalidade de conseguir o melhor regime alimentar possível para a saúde e para qualquer exercício físico. No mundo grego, a Teoria da Dieta é, ao mesmo tempo, um sistema de pré-diagnóstico e de prevenção estando relacionada à certeza de que só se pode atingir o objetivo de um bom tratamento individual se for conseguida a cooperação da pessoa como fator medicinal ativo e consciente.

Os estudos de Vernant (1998) sobre o pensamento grego demonstram que a prevenção comportava, ainda, preocupações de ordem política na qual a história da cidade, o religioso, o jurídico e o social poderiam estar associados num mesmo esforço. Cita como exemplo o legislador Carondas, de Catânia, que fez as suas *Leis* serem antecedidas de um prelúdio, uma espécie de magia a ser cantada e dirigida aos criminosos antes das punições impostas. Era função do legislador agir preventivamente sobre os homens ímpios por uma encantação de efeito purificante, utilizando-se da palavra cantada e da música calmante que livrava o criminoso de um mau *daimon* - encarnação de uma impureza ancestral. Esta catarse mágica tinha o efeito de fazer voltar a saúde ao homem de alma perturbada.

Nas últimas décadas do século XX, os termos promoção da saúde e prevenção encarnam a nova conceituação de saúde, incluindo, não apenas os princípios gregos, mas também, a importância do impacto da dimensão social, cultural e econômica em nossas vidas. Algumas perspectivas têm procurado conceituar promoção e prevenção dentro do atual paradigma de saúde, como as citadas a seguir.

Ferraz (1999) aponta que a promoção da saúde está ligada aos estilos de vida que geram fatores protetores para uma vida saudável e, portanto, voltada para mudanças de hábitos individuais. Passou-se a valorizar a alimentação sadia, os exercícios, o controle do estresse, lazer e, por isso, não sujeita à prática médica. A prevenção de doenças, no entanto, é uma atividade médica que se baseia na concepção de risco e na ocorrência de distúrbios físicos e/ou psíquicos, ocupando-se de estados clínicos e de intervenções que visem grupos de risco.

A esse respeito, o relatório de 1994, do Institute of Medicine of the National Academy of Sciences (IOM), USA, cita que em saúde existem os seguintes processos diferenciados: prevenção, tratamento e manutenção. Para o IOM, os programas de prevenção seriam de três tipos: universal, endereçado à população em geral, sem identificação de riscos

individuais; seletivo, endereçado aos grupos que apresentam fatores de risco; indicado, direcionado às pessoas que necessitam de diagnóstico, isto é, indivíduos com altos riscos tendo o mínimo de sinais ou sintomas de doença. O relatório foi refutado por diversos estudiosos no assunto. Os opositores argumentaram que programas de prevenção não requerem diagnósticos, tal como são os programas de Saúde Pública. Talvez por causa de tantas divergências, o sistema de classificação do IOM raramente é usado. (KAPLAN, 2000)

A definição da OMS apresenta três idéias de prevenção: a prevenção primária visa limitar os casos de doença, impedindo a exposição aos fatores de risco. A prevenção secundária consiste em desenvolver ações para limitar as conseqüências da doença, intervindo antes ou logo após o aparecimento dos sintomas, engloba detectar a doença precocemente e acionar medidas curativas. A terciária tem como finalidade limitar a propagação da doença já instalada e melhorar as condições de vida das pessoas afetadas. Para a OMS, a enfermidade e o diagnóstico são o cerne de discussão sobre prevenção, portanto, nela não estão incluídas causas outras que não sejam doenças.

A prevenção no paradigma biomédico é centralizada no conceito de doença e fundamentada em considerações de ordem epidemiológica. Preconiza três níveis de prevenção, a saber: de ocorrência, prevenção primária que visa diminuir a incidência de uma doença numa população e reduzir o risco de surgimento de casos novos; de desenvolvimento, prevenção secundária destinada a diminuir a prevalência de uma doença e reduzir sua evolução e duração; de conseqüência, prevenção terciária que objetiva diminuir a prevalência das incapacidades crônicas de uma população e reduzir ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas à doença. Segundo Rouquayrol (1983), prevalência é o termo que descreve a força com que subsistem as doenças na coletividade. Expressa-se por um indicador que corresponde ao número de casos de uma doença em um dado momento particular.

Em Saúde Pública, o conceito de prevenção se baseia em diversas áreas do conhecimento, dentre as quais destacam-se as ciências sociais, as ciências médicas, a antropologia, a educação. Admite três níveis, a prevenção primária ou promoção da saúde que propõe medidas organizacionais e educativas, baseadas em uma relação ecologicamente equilibrada para pessoas e grupos, como por exemplo: as diversas vacinas, a coleta organizada de lixo, os cuidados e higiene corporal, a promoção de atividades físicas, uma alimentação

balanceada, a preparação para uma vida sexual plena e responsável, a prevenção ao uso e abuso de drogas.

A prevenção secundária visa à proteção específica a agravos físicos e a riscos individuais e sociais, exige diagnóstico precoce e tratamento. São exemplos: a mamografia periódica para detecção precoce do câncer, o tratamento da hipertensão, as dietas e exercícios físicos para o diabetes e excesso de colesterol. Na prevenção terciária é proposto o controle e a não progressão dos danos e lesões já estabelecidos, trabalha com reabilitação e fisioterapia. São exemplos: a fisioterapia pós-acidente vascular-cerebral, a terapia anti-retroviral para tratamento da infecção pelo vírus HIV, os programas de redução de danos à saúde pelo abuso de drogas. (MARQUES, DONEDA e SERAFIN, 1999).

Na opinião de Kaplan (2000), a promoção da saúde e a prevenção de doenças são importantes componentes numa abordagem contemporânea de saúde. O autor defende a idéia que são duas as maneiras, através da prevenção, de aumentar o nível de saúde de uma população. Uma requer diagnóstico e tratamento de doença e é denominada de prevenção secundária, enquanto a outra - prevenção primária, promove a saúde através de estilos de vida e desconsidera os requisitos que devam ser observados para diagnóstico, pois, inexistente doença. A prevenção primária para ser bem sucedida tem que usar intervenções tipicamente comportamentais que promovam um estilo de vida saudável através exercícios físicos, alimentação equilibrada, lazer. As intervenções primárias devem, também, incluir mudanças de políticas públicas no que tange à melhoria do saneamento básico, da infra-estrutura de transportes, das estradas de rodagem e atenção cuidadosa à infância.

Ainda conforme Kaplan (2000), os resultados encontrados em diversas avaliações indicam que os esforços na prevenção que levam em consideração o diagnóstico médico têm tido benefícios limitados, enquanto que, a prevenção primária tem trazido benefícios substanciais. De modo geral, as políticas públicas de saúde têm colocado uma grande ênfase na prevenção secundária, todavia, os objetivos para aumentar a saúde de uma população podem ser alcançados de uma melhor forma com uma sistemática prevenção primária que promova estilos de vida saudáveis. Contudo, em ambos os casos, a atenção tem o empenho de implementar uma vida mais longa e de alta qualidade à população.

Pode-se aqui verificar como o conceito de prevenção vem sendo refinado através dos tempos. Mais uma vez, a medicina grega é o ponto de partida, quer na saúde pessoal, quer na

coletiva. Nas discussões mais recentes, autores centram os conceitos de prevenção na concepção associada às medidas clínicas dos processos de doença e na idéia relacionada ao estilo de vida. Nesse modo de viver estão incluídas observações a respeito do que comemos, onde e como moramos, no que trabalhamos, qual esporte praticamos, entre outros exemplos.

Estilo de vida, também, deve ser compreendido em duas perspectivas não excludentes, uma individual como “o agregado de decisões individuais que afetam a vida do indivíduo sobre os quais tem algum controle” (LELONDE, 1974, p. 32). Outra sob o ponto de vista social e comunitário “aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições econômicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores”. (WORD..., 1988, p. 114).

Vale ressaltar que, dentre perspectivas apresentadas, a visão de prevenção que fundamenta nosso estudo é aquela prevenção primária que não segue o tradicional modelo biomédico, não depende de diagnóstico, nem de terapia. Seus eixos norteadores são definidos como: 1) adoção de comportamentos que visem estilos de vida associados à promoção de uma vida saudável, 2) intervenções comportamentais que proponham mudanças para modos de viver dotados de qualidade de vida.

A presente tese ocupa-se da prevenção de drogas nas escolas. Em nosso ideário, pensar em prevenção é, em primeiro lugar, resgatar uma dimensão humana a ser respeitada, é desenvolver valores e normas éticas fundamentadas no respeito ao indivíduo e às suas diferenças, ao contexto histórico, cultural e religioso. Tem como foco a melhoria da qualidade de vida do homem enquanto sujeito ativo ao ato de prevenir. O exercício da prevenção, porém, dirige nossa atenção às condições que resguardam ou não a saúde das pessoas e, geralmente, são denominados fatores de proteção e fatores de risco.

Como fator de risco, entende-se o elemento facilitador para situações críticas de agravamento à saúde física, psíquica e social. Em outras palavras, fator de risco é uma associação entre as características de um indivíduo, de um grupo ou de um ambiente e uma probabilidade crescente de uma certa doença ou desordem, que podem levar o indivíduo, grupo ou ambiente a colocarem-se diante de agressões. Os fatores de risco situam-se em relação ao indivíduo ou ao entorno social e institucional, como por exemplo: 1) a história da família influenciando fatores, quer geneticamente herdados, quer transmitidos em comportamentos cristalizados, abuso físico e sexual, conflitos mal gerenciados, mudança de vínculos familiares; 2) questões econômicas como

pobreza, desemprego, falta de estabilidade econômica; 3) problemas de comportamentos persistentes como intolerância a frustrações, baixa estima pessoal; 4) fatores relacionados à comunidade: perda de laços com vizinhança, violência urbana, falta de organização comunitária; 5) outros fatores como o estresse, o luto, a depressão, alguns quadros psiquiátricos.

Existem situações, entretanto, que reduzem, abrandam, inibem ou eliminam comportamentos de risco, conhecidos como fatores de proteção. Fatores ou pessoas protetoras são aquelas que resguardam o indivíduo de fatos que possam agredi-lo física, psíquica ou socialmente, garantindo um estado saudável, seja reduzindo a vulnerabilidade ou fortificando a resistência das pessoas ao risco. Podemos citar como fatores de proteção: dinâmica familiar estruturada, consistência em projetos de vida, rigor com a ética, respeito aos direitos humanos, respeito às diferenças, condições dignas de saúde, educação, trabalho.

Estamos cientes que a prevenção à qualidade de vida percebe o ser humano em seu próprio contexto de vida, procurando soluções plausíveis que melhorem suas condições globais de existência. As ações preventivas devem incrementar uma cultura preventiva que fortaleça atitudes, valores e comportamentos minimizando os fatores de risco e potencializando os fatores de proteção. (INFO DROGAS, 1999; MAITLAND, 1998)

Cabe incluir nas propostas preventivas, também, noções fundamentais como vulnerabilidade e resiliência e, sobre ambas formulamos as considerações a seguir. Quanto à vulnerabilidade, Abramovay e Rua (2001) descrevem que o termo vulnerabilidade passou a ser empregado, na década de 90, em relação à discussão sobre a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Surgiu como a noção que substitui o conceito de “grupo de risco” que, em relação ao grupo onde primeiro apareceu a infecção, teria gerado equívocos nas políticas públicas de prevenção, assim como, preconceitos e estigmas no campo social. Santos, V. L. e Santos, C. E. (1999) explicam a vulnerabilidade como o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, cultural e social que em interação são capazes de ampliar ou reduzir o risco ou a proteção das pessoas frente a doenças e danos.

Segundo AYRES (1996, p. 5), a vulnerabilidade

busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais, associados às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e, até mesmo, nações à infecção pelo (HIV) e suas consequências indesejáveis.

Isto significa que não basta apenas informação e conduta individual para que as situações de risco sejam evitadas. Na realidade, há fatores estruturais relacionados à ambiência

social, política, cultural e institucional que independem da vontade das pessoas. Devemos compreender a vulnerabilidade segundo três planos analíticos: o comportamento individual, o contexto social e o componente institucional. O comportamento individual refere-se às características próprias do indivíduo, a quantidade e a qualidade das informações que tem e a forma como absorve estas informações no cotidiano. No contexto social estão incluídos o tipo de acesso à informação, a porcentagem do Produto Interno Bruto destinado a investimentos na saúde, a facilidade aos serviços de saúde, a escolaridade, a qualidade de vida, o exercício da cidadania, os direitos humanos, os recursos materiais e culturais. O componente institucional relaciona-se à execução das políticas e programas de prevenção regionais, nacionais ou internacionais.

A proposta inicialmente dirigida aos indivíduos susceptíveis à Aids foi estendida a outros aspectos da saúde de pessoas e grupos com chances de se expor ao abuso de drogas e as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Na realidade todas as pessoas são biologicamente vulneráveis a algumas infecções como o HIV, a Síndrome Respiratória Atípica (SAP), o antraz, o cólera, o ebola, o H5N1, vírus da “gripe do frango” para as quais inexitem, ainda, formas eficazes de destruição do vírus ou da bactéria. Sendo assim, é importante que a promoção da saúde seja feita por ações preventivas.

Às situações de vulnerabilidade contrapõe-se o *empowerment*, termo anglo-saxão de difícil correspondência na língua portuguesa. Trata-se do processo no qual o poder de decisão e ação é dado aos sujeitos diretamente envolvidos num determinado acontecimento. Se a vulnerabilidade é reconhecida como a pouca ou nenhuma capacidade de decidir sobre situações de risco, o *empowerment* apresenta-se como o antídoto que vai tirar as pessoas da passividade para, então, estarem em condições de se engajarem em programas preventivos.

Entretanto, para que os programas sejam efetivados, precisa-se acionar três elementos, a saber: 1) informação e educação, 2) serviços de saúde e serviços sociais, 3) sistema social de suporte, formado por comunicação eficaz, disponibilidade de recursos materiais e culturais, oferta de alternativas mais saudáveis aos fatores de risco, entre outras. Cabe ressaltar que para ocorrer a internalização do *empowerment* é necessário que pessoas e grupos tenham acesso a tais elementos fundamentais antes de decidirem quais comportamentos querem adotar em suas vidas. (ABROMOVAY e RUA, 2001; AYRES, 1996; ASINELLI-LUZ, 2000; TOZZI e BOUER, 1998).

Outra idéia está estreitamente relacionada à prevenção. Trata-se da resiliência, termo incorporado à psicologia social recentemente. Tem sido observado em pesquisas ao longo dos últimos anos que as pessoas reagem de forma diferenciada ao passarem por adversidades psicossociais. Algumas delas não apresentam graves seqüelas demonstrando capacidade de resistir a situações extremas, chegando mesmo a suportá-las, mantendo alguma esperança e auto-estima. Esse fenômeno recebeu a denominação de resiliência, termo emprestado da Física, que significa o grau à fragilidade de um corpo, sua resistência ao choque. Quanto menor a fragilidade, maior a resiliência. Quanto maior a fragilidade, menor a resiliência. Em outras palavras, resiliência é a capacidade de um corpo, após ter sofrido uma pressão, de desenvolver toda a energia nele depositada quando cessada a força.

De acordo com Zomignani (2000), resiliência como fenômeno psicológico é a capacidade do indivíduo de recuperar-se e manter um comportamento adaptado após um dano ou a capacidade que permite a uma pessoa, grupo ou comunidade de prevenir, minimizar ou dominar os efeitos nocivos da adversidade. Resiliência é hoje a palavra-chave em matéria de saúde mental, empregada para enfatizar as condições nas quais uma criança pode resistir a um traumatismo ou a uma situação difícil e manter a integridade de seu desenvolvimento psíquico. Era habitual referir-se a estas crianças “fortes” como invulneráveis, idéia extremada e falsa, já que o termo invulnerabilidade parece significar uma resistência absoluta ao dano e sabe-se que o ser humano tem seu limite de resistência.

Estudos e pesquisas sobre assunto (CELIA e SOUZA, 2002; DELGADO, 2002; EGERT R., 2003; FONAGY, 2003; GANDRA e FARIAS, 2000; MAIN, 2000) estabelecem ligações entre resiliência e segurança do apego, esclarecendo que a resiliência tem origem na teoria do apego. Essa teoria postula uma necessidade humana universal para formar vínculos afetivos estreitos e duradouros com outras pessoas. Explica, também, porque as interrupções e os conflitos nestas relações dão lugar a distúrbios psicológicos, psicossociais e psicossomáticos. Os vínculos do apego são necessários ao longo da vida e, principalmente, no bebê ao nascer, pois vão influir no desenvolvimento de sua personalidade. O termo apego é empregado para definir a necessidade primária de proximidade e de sentimento de segurança do bebê em relação a sua mãe (ou substituta). Usa-se a expressão “base segura” para definir os comportamentos de cuidados a serem dados à criança como base para seu desenvolvimento psicológico saudável.

Segundo Main (2000) a teoria do apego emergiu dos trabalhos desenvolvidos pelo psiquiatra e psicanalista inglês John Bowlby (1907-1990) ao estudar e pesquisar, em 1952, os efeitos da privação da figura materna para a saúde mental de crianças entre dois e quatro anos. As crianças foram observadas antes, durante e após a separação de suas mães. Bowlby verificou os efeitos de uma separação durável e precoce admitindo não ser possível analisar uma criança sem considerar o contexto que a cerca. Procurou, então, incorporar à psicanálise freudiana os conhecimentos sobre etiologia, ciências cognitivas, informática, cibernética, teoria da informação e dos sistemas para descrever uma patologia sobre a “base de apego” - sentimento de segurança que pode ou não ser desenvolvido entre a criança e sua família.

Uma segunda grande pioneira da teoria do apego foi a psicóloga norte-americana Mary Ainsworth (1913-1999). Esta pesquisadora, em 1978, desenvolveu um experimento conhecido como “Situação Estranha” na qual destaca o papel-chave da sensibilidade da mãe na construção de um apego seguro, bem como o caráter universal do apego. Nos estudos realizados para identificar os padrões de apego na infância - em crianças de doze a dezoito meses, foram observados três padrões de apego da categoria seguro/inseguro (apego seguro, apego ansioso/evitativo e apego ansioso/resistente). Em 1990, prosseguindo os estudos de Ainsworth e colaboradores, Main (2000) sugeriu um quarto padrão (apego inseguro/desorganizado e/ou desorientado) nos estilos de relação mãe-criança.

Uma pesquisa importante, também realizada por Main (2000), verificou a estabilidade do apego em experiências longitudinais até a adolescência e juventude com aquelas crianças avaliadas anteriormente na “Situação Estranha”. O instrumento clínico adotado - Entrevista de Apego Seguro – *Adult Attachment Interview (AAI)*, produz as narrativas das relações de apego da infância, castigos, separações, enfermidades e cuidados dos quais os entrevistados foram alvo. Tornou-se possível classificar os indivíduos em categorias (autônomo, seguro, inseguro/preocupado, não elaborado) baseados nas qualidades estruturais das narrações, em relação às prematuras perdas e traumas. Esses estudos longitudinais mostraram, ainda, a coerência entre as classificações de apego na infância e na vida adulta. Também permitiram saber sobre a transmissão de um apego seguro de uma geração para outra.

Como a mais recente contribuição à teoria do apego e, conseqüentemente, à idéia de resiliência, encontramos a tese de Fonagy (2003) que tem como princípio atribuir ao comportamento do apego uma função evolutiva pela ótica do desenvolvimento da capacidade de

auto-reflexão, uma capacidade geral de mentalização que dá sentido à experiência. Os estudos sugerem que a capacidade da mãe (ou substituta) para observar o raciocínio dos bebês facilita a compreensão geral que estes têm de seus próprios raciocínios. Isto significa que, a criança com apego seguro vê na atitude reflexiva da mãe (ou substituta) uma imagem de si mesma, com desejos e crenças. O bebê percebe que a mãe a representa como ser intencional, de tal modo que a representação passa a ser internalizada para construir seu *self*, “*eles pensam de mim como ser pensante, portanto, eu existo como ser pensante*”. Quando a capacidade reflexiva da mãe (ou substituta) descreve adequadamente a atitude intencional do filho, oportuniza-o a “encontrar-se a si mesmo no outro” como um ser capaz de raciocinar. No núcleo do *self* está a representação de como o indivíduo foi visto, sendo, portanto, a capacidade reflexiva uma competência adquirida.

Os componentes, estrutura dos estados internos e sua causalidade, dão à criança instrumentos para enfrentar uma realidade social muitas vezes dura. O estabelecimento sólido de uma função reflexiva tem um efeito protetor, enquanto que ao contrário, um estado frágil indica vulnerabilidade para danos posteriores. (CELIA e SOUZA, 2002; DELGADO, 2002; EGERT R., 2003; FONAGY, 2003; GANDRA e FARIAS, 2000; MAIN, 2000).

Celia e Souza (2002) enfatizam a importância das pessoas protetoras, mãe ou substituta, denominadas “cuidadores”, suficientemente capazes de ser “o espelho”, a identificação para o bebê desenvolver suas competências. Para os autores esses “cuidadores” e suas ações formam uma pele protetora, continente, que dão proteção e segurança aos bebês, “envelopando-os” no início da vida sem os “amassar”. De fato, o fator mais energético e mais integrador para a resiliência é existir uma segurança afetiva, um apego seguro conseguido nos primeiros anos de vida. A possibilidade de se sentir amado e de poder ter alguém para amar, traz à pessoa a sensação de confiabilidade para conseguir uma “base segura”.

Célia e Souza (2002) apontam que as características primordiais de pessoas resilientes são temperamento sociável, boa auto-estima, competência social, idéia realista do próprio valor, senso de humor, capacidade de dar sentido a uma situação, forte rede de contatos informais (família, amigos, vizinhos), conhecimento de sua história de vida. Ressaltam os autores que todos os indivíduos estão em condições de tornarem-se resilientes. A resiliência é uma capacidade latente ou manifesta, com possibilidade de ser construída ou restabelecida, pois se sabe que não é absoluta, nem permanente. Constrói-se na relação com as pessoas com quem se

convive e na interação com o contexto sociocultural. Cada ação humana, cada comunidade pode ser mais ou menos facilitadora nessa construção.

Um exemplo de que a resiliência pode ser desenvolvida é a pesquisa longitudinal, com jovens moradores de rua, realizada por Alvarez (1999) ao longo de cinco anos. O estudo identificou no grupo pessoas resilientes. Estas pessoas fizeram uma transição gradativa para um outro modo de viver, abandonando o álcool e as drogas e, ao superar as situações adversas de suas vidas, saíram delas fortalecidas e transformadas.

Estudos demonstram a existência de condições que permitem incrementar a cultura da resiliência, como, por exemplo, viver em famílias com bom nível de funcionamento, que orientam e impõem limites educativos às crianças e adolescentes, que fazem projetos para o futuro e que dão um sentido à vida. São importantes, também, fatores como o ambiente comunitário socialmente organizado em bairros, cidades, escolas, instituições.

A cultura da resiliência a ser conseguida está relacionada à possibilidade de se participar de uma “transparência psicossocial”, oferecida pelo sistema comunitário onde os indivíduos vivem e onde possam sublimar traumas, tornando-os socialmente adaptáveis como resultantes da energia vinda da interação dos grupos, na qual também participam. Há que se estender tais situações facilitadoras pela grande comunidade, seu espaço geográfico, seus mitos, suas crenças, seus valores e seu tecido psicossocial. Essa “mãe sociedade” seria a favorecedora da saúde mental de seus filhos-membro, amparando-os em suas necessidades e proporcionando-lhes “bases seguras” saudáveis e resilientes. (ALVAREZ, 1999; CELIA e SOUZA, 2002).

Como afirma Barrientos (1999), a existência da resiliência não se dá só no campo individual, há que se falar também de uma resiliência coletiva ou comunitária. Diversas experiências na história do mundo mostram respostas coletivas, respostas resilientes, que permitiram a superação da adversidade-limite. Barrientos sugere, então, a promoção de projetos operacionais de resiliência para comunidades em países subdesenvolvidos, onde existem grande pobreza e adversidade e, dificilmente, são encontrados casos de superação individual aos problemas. Nesta situação, defende a idéia que respostas eficientes e de menores custos são as coletivas e organizadas, apoiadas nas relações de cooperação e reciprocidade que se estabelecem.

Enfim, não podemos pensar em prevenção sem reconhecer a diversidade humana. Todas as pessoas são vulneráveis a alguma situação que pode colocar em risco a saúde física, psíquica e social. Por outro lado, as pessoas são susceptíveis a um ambiente que acolhe e cuida.

Existem condições facilitadoras, internas ao indivíduo que tornam possível a construção de uma personalidade resiliente. Assim também, a resiliência pode se dar na coletividade, já que o individual influencia o grupo e o coletivo impacta o indivíduo, numa relação de mútua influência. Individual ou coletivo são expressões diferenciadas de um mesmo fenômeno, como faces da mesma moeda. Importante é compreender que a resiliência só se mantém num quadro de relação. Alvarez (1999), com muita pertinência expressa que “a resiliência é uma dança bem sucedida na música da vida. Não uma dança com bailarinos solitários: ela pede parcerias, empatia, encontros. Ela fala de amor”. (p.115).

Esta seção procurou interpretar o significado de “estar com saúde” e “cuidar da saúde”. Foram apresentadas as diversas concepções sobre saúde e prevenção, desde a Antiguidade aos dias atuais. Podemos dizer que o homem está permanentemente recusando os conhecimentos já existentes em busca de novos saberes que atendam às demandas de um novo momento. Neste sentido, aspectos importantes da prevenção, tais como, fatores de risco, fatores de proteção, vulnerabilidade, resiliência precisam ser apreendidos pela escola para dar respostas ao novo desafio do abuso de drogas entre estudantes.

## **4 EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA**

**Não há compartilha que não envolva um projeto.  
Não há projeto que não contenha um sonho.  
Não há um sonho possível de ser realizado  
Sem esperança.**

In: Pedagogia da Esperança  
Paulo Freire (1921-1997)

Essa seção, no primeiro momento, nos remete a análise dos fundamentos da educação preventiva, após, são apresentadas propostas para a implantação da prevenção ao abuso de drogas nas escolas.

### **Educação Preventiva: delineamento de uma proposta**

A associar educação e prevenção ao uso de drogas é um enfoque relativamente recente. Estudos sob o prisma histórico (ABRAMOVAY e CASTRO, 2004; BUCHER, 1988; EDWARDS, 1982; TOZZI e BOUER, 1998) apontam que, só após a Segunda Guerra Mundial, com o aumento do consumo de drogas, a área da educação passou a integrar de forma mais ativa na solução do problema de abuso. Os primeiros objetivos dirigiam-se a persuadir “não às drogas”, chamando a atenção para seus efeitos e malefícios. A informação era o núcleo dos programas de ensino. Acreditava-se que bastariam informações negativas sobre drogas para afastar os jovens do consumo dos psicotrópicos. A experiência mostrou a inutilidade desse objetivo, ficou constatado que as informações podem provocar curiosidades ou até mesmo justificar comportamentos anti-sociais como forma de contestação.

Desde então, um longo caminho foi percorrido pelos países industrializados do Ocidente no desenvolvimento da educação preventiva, até que pudessem ser solidificados enfoques, programas e métodos que servissem de base a uma educação científica. A avaliação do trabalho desenvolvido por esses países permitiu fazer evoluir a educação preventiva (EDWARDS, 1982). Daí, outras medidas foram acionadas, particularmente, a abordagem educação afetiva em educação, que leva em conta a dimensão psicossocial do educando. A informação deixou de ser o alvo central dos programas de prevenção, para tornar-se um dos componentes de uma estratégia mais ampla.

A abordagem afetiva exige uma metodologia que transforme o aluno em co-partícipe das experiências de aprendizagem. Dentro da abordagem afetiva, os métodos ativos foram avaliados como os mais adequados no desenvolvimento de atitudes relacionadas à prevenção ao uso de drogas por promoverem a clarificação de valores, a simulação de conflitos, a definição e solução de problemas, a tomada de decisão. Podemos verificar que a clarificação de valores auxilia o processo de escolhas entre várias opções após serem examinadas as conseqüências de cada uma, como, por exemplo, experimentar ou recusar drogas. Os psicodramas e jogos dramáticos ajudam a compreensão de conflitos e problemas de valores quando alguém se coloca lugar de outro em situações não usuais as suas. A tomada de decisão e solução de problemas são realizadas coletivamente e envolvem quatro etapas: definição do problema ou conflito, enumeração das opções disponíveis para sua resolução, exame de cada linha de conduta possível e determinação da solução mais plausível para o grupo. Os procedimentos de ensino / aprendizagem, empregados foram debates, estudo em grupos, simpósio, diálogo, jogo dramático e psicodrama. As novas tendências pedagógicas priorizam a desenvolvimento do potencial sócio-afetivo do aluno, investindo na autonomia, no autoconhecimento, na expressão corporal como fatores fundamentais a serem tratados.

Ainda, aos estudos de Abramovay e Castro (2004), Bucher (1988), Edwards (1982), Tozzi e Bouer (1998) mostram que, em 1970, a UNESCO convocou, pela primeira vez, especialistas de vários países para ser discutida a necessidade da utilização da educação na prevenção ao abuso de drogas. No ano de 1972, foram formulados os princípios que regem as ações dessa organização, referentes às drogas. São os seguintes:

- 1) ser concernente e direcionadas tanto às ilícitas como àquelas socialmente aceitáveis (como tabaco e os remédios comumente utilizados); 2) a questão não deve ser encarada como um problema específico da juventude, porque são os adultos que tendem a fazer uso das drogas “legais”, bem como tendem a ser os produtores tanto das drogas “legais” como das “ilegais”; 3) deve ser feita uma distinção cuidadosa entre a ação nos sistemas

educacionais e a informação pura e simples da opinião pública. (A UNESCO..., 1987, p. 6)

O relatório elaborado em 1977, pela UNESCO, chama a atenção para o tratamento global dado à droga tendo como foco a qualidade de vida e a redução das ações de caráter químico-médico-social. Seguem os pontos importantes do relatório.

1) informação sobre o uso não-médico de drogas e sobre o abuso de medicamentos, álcool e tabaco deve visar mais às condições sociais e psicológicas capazes de impedir ou reduzir o uso destas substâncias, do que as suas características químicas e médicas; 2) a informação sobre drogas deve ser centralizada na qualidade de vida; 3) é preciso uma atenção particular sobre a correlação entre uso de droga e situação de grupos submetidos a quaisquer segregações, 4) a realização de programas de prevenção deve se efetuar num clima de confiança; a aplicação de legislações muito repressivas perturba e mesmo impede a aplicação de tais programas. (BUCHER, 1988, p. 59)

Transcorridos mais de trinta anos, a educação preventiva continua sendo alvo de novas pesquisas, tendo sempre como ponto de partida as experiências iniciais já relatadas. Se de um lado houve um crescimento bastante significativo no consumo, por outro, foram mobilizados esforços mundiais visando incrementar nas escolas a prevenção ao abuso de drogas.

Um exemplo nesse âmbito é projeto Prevenção, Educação e Drogas (PEDDRO), que a UNESCO em conjunto com a Comissão Europeia para a Prevenção do Abuso de Drogas realiza com o objetivo enfatizar o papel estratégico da educação. Trata-se de uma rede de informações no campo da educação preventiva contra o uso indevido de drogas. PEDDRO, criado em 1993, congrega profissionais da saúde, organizações não-governamentais (ONG's) e escolas. Tem como foco a informação, a formação de pessoal e o intercâmbio de conhecimentos. Para essa rede, a escola, a família e a comunidade são lugares privilegiados para ações de prevenção. Entretanto, considera que as ações empreendidas são indissociáveis das políticas nacionais de saúde e do contexto socioeconômico vigente. Atua em duzentos e vinte e três instituições e ONG's procedentes de oitenta e três países. (PREVENÇÃO..., 1994).

Outro exemplo é a criação, no Brasil, dos Conselhos Municipais Antidrogas (COMAD's) como Estratégia da Municipalização, no que tange à condução das ações relacionadas à redução da demanda de drogas. Ao COMAD cabe assegurar a plena integração de todas as instituições e entidades que se disponham a essa finalidade. Destacam-se as instituições relacionadas às áreas de ensino e saúde, as entidades religiosas, desportivas e representativas da mídia, as comunidades terapêuticas, os serviços nacionais profissionalizantes, as associações assistenciais, os clubes de serviço, assim como os movimentos comunitários organizados. À escola cumpre desenvolver as seguintes ações:

- I - adesão das escolas ao Projeto “AMBIÊNCIA”, já referido no item “Orientação Básica para a criação e funcionamento dos COMAD’S”;
- II - inclusão da temática no Projeto Político Pedagógico;
- III - instituição de cursos, seminários, debates e reciclagem para os educadores;
- IV - formação de grupos de estudo com acadêmicos e servidores;
- V - criação de comissão coordenadora das ações curriculares;
- VI - formação de grupos de apoio para assistir indivíduos que apresentem transtornos decorrentes do uso indevido de drogas da comunidade escolar;
- VII - capacitação dos futuros educadores para o combate às drogas, por meio de cursos de extensão universitária;
- VIII - desenvolvimento de atividades tais como: Dia Nacional de Combate ao Fumo e Semana Nacional Antidrogas, dentre outras;
- IX - participação dos pais em palestras, encontros, grupos de ensino sobre as conseqüências do uso e os modos de prevenção inerentes à ação das drogas. Tal propósito poderá ser viabilizado mediante o concurso das Associações de Pais, Professores e Servidores – APPS;
- X - abertura de espaço para a formação de grupos de estudo sobre prevenção ao uso indevido de drogas e Doenças Sexualmente Transmissíveis; e
- XI - instituição de concursos de redação, seminários e palestras de especialistas, assim como a apresentação de peças teatrais motivadoras da refração ao consumo de drogas. (BRASIL, 2000, não paginado)

Trazemos à luz aspectos históricos da educação preventiva como forma de referendar uma necessária cultura antidrogas nas escolas. Ressaltamos que o abuso de drogas é um fenômeno complexo, onde estão interligados aspectos do contexto social, cultural e econômico. Sob esse prisma, as questões de valores determinados socialmente intervêm no uso dessas substâncias. Portanto, o ato de prevenir o consumo não é neutro e, toda a intervenção com tal finalidade contém elementos ideologicamente orientados.

Podemos distinguir duas concepções de intervenção, ambas presentes na sociedade, em geral, e na brasileira, em particular. Uma tem enfoque repressivo, segue o modelo jurídico-moral e / ou sanitarista, privilegiando aspectos de proibição legal ou do perigo às drogas. Outra situa o abuso de drogas dentro de um contexto social mais amplo, entendendo-o como um disfuncionamento social. Trata-se de uma abordagem concebida com base na valorização à vida, entendida como um processo de ampliação de compromissos a si mesmo, ao outro e ao meio ambiente, na busca de projetos pessoais e coletivos (CARLINI, CARLINI-COTRIN e SILVA FILHO, 1990). Nesta perspectiva, está inserida a função da escola na prevenção, que leva em conta as necessidades e características do aluno, dando-lhe condições de efetuar escolhas conscientes e responsáveis de saúde e condições de vida.

Concordamos ser necessário um trabalho que se contraponha ao abuso de drogas entre crianças, adolescentes e jovens adultos. Para isso, há que se convocar todos os meios possíveis na obtenção de resultados concretos. Para Cruz, (1992), a educação formal é um desses meios através da qual fazemos a conscientização, a educação e a prevenção, sendo

a escola a via natural para os esforços de prevenção do abuso de drogas entre alunos. Seu valor está, também, por reunir qualificações que possibilitam disseminar a perspectiva da prevenção na comunidade e na sociedade.

Na instituição escolar podemos delinear a prevenção em três diferenciados níveis, a saber: primária, secundária e terciária (BUCHER, 1998; INFO DROGAS, 1999; SANTOS, 2004). A prevenção primária tem o objetivo de intervir antes que o consumo de drogas ocorra, promovendo um estilo de vida saudável nos alunos envolvendo desde crianças bem novas até o jovem adulto. Seu fundamento é educar para a saúde. Tem como foco a formação do caráter, a tomada de decisão, a adesão aos princípios da vida, o conhecimento da natureza e do efeito de certas substâncias psicoativas.

A prevenção secundária deve ser vista como um prolongamento da primária, uma vez que essa pode não ter alcançado os objetivos. Destina-se aos estudantes que apresentam uso leve ou moderado de drogas, que não são dependentes, mas que correm este risco. A escola precisa entender as dificuldades e conflitos do usuário, procurando intervir no nível das motivações associadas ao abuso de drogas. Deve, também, conhecer e divulgar fontes confiáveis de informação e de ajuda existentes na comunidade, sempre que houver solicitação. Cabe advertir que não compete a escola o tratamento ao abuso de drogas, mas sim, encaminhar adequadamente o caso.

Já a prevenção terciária confunde-se com tratamento, dirige-se ao usuário dependente e tem como objetivo “evitar a recaída”, apoiá-lo na recuperação e reintegrá-lo na escola, no grupo de amigos, na família. A função da escola é prestar auxílio ao aluno, encorajando a formulação do pedido de ajuda, incentivando a procura de terapia e indicando alternativas de tratamento. Neste caso, é importante favorecer as relações especiais, ou seja, buscar e identificar pessoas de confiança do estudante que possam ser elementos motivadores para que ele procure uma ajuda especializada.

Carlini-Cotrin e Pinsky (1988) pesquisaram a literatura internacional em prevenção ao abuso de drogas, analisando programas escolares tanto do ponto de vista político como ideológico. De acordo com esse estudo, existem três propostas de atuação: o aumento do controle social, o oferecimento de alternativas e a educação. Este último – educação – apresenta seis modelos, que são: modelo do princípio moral, da pressão positiva do grupo, do amedrontamento, da informação científica, da educação afetiva e do estilo de vida saudável. O estudo das autoras tornou-se paradigmático na literatura brasileira sobre o assunto.

A título de informação (CARLINI-COTRIN e PINSK, 1988; SANTOS, 2004; TOZZI e BOUER, 1998), em breve exposição, apresentamos as propostas desconsideradas e, após, descrevemos os modelos que podem estar presentes em programas preventivos. Quanto ao aumento do controle social, o modelo determina a diminuição da tolerância, a punição e o maior controle sobre os indivíduos. Essa proposta conservadora restringe a autonomia das pessoas e defende que os jovens são incapazes de discernir suas ações na busca impulsiva e desenfreada do prazer. É uma linha de prevenção bastante aplicada nos Estados Unidos da América do Norte.

O modelo educativo princípio moral tem fundamento nos princípios religiosos e nos movimentos políticos baseados no patriotismo, ou sacrifício pessoal pelo bem comum. Prega que o uso de drogas é condenável do ponto de vista ético e moral. A avaliação por especialistas conclui ser este enfoque contraproducente, pois, em sociedades pluralistas, onde estão presentes valores e religiões diversas, ao mesmo tempo em que declara imoral o uso das drogas essas sociedades fazem uso ilícito de drogas lícitas, como, álcool, tabaco, tranqüilizantes, estimulantes entre outros.

Já o modelo pressão do grupo positiva, pouco desenvolvido, usa grupo de pares para pressionar positivamente e influenciar o abandono do consumo. A grande dificuldade do modelo é criar um clima policialesco e incentivar a denúncia entre colegas. Finalmente, o modelo do amedrontamento, usual há algumas décadas, acredita que informações negativas sobre drogas afastam os jovens do uso. Empregado nos primórdios de educação preventiva, o modelo já foi abordado neste trabalho. As propostas mencionadas foram relegadas por não apresentarem frutos positivos aos objetivos de prevenção.

Dez anos mais tarde, Carlini-Cotrin (1998), em nova publicação, abandona algumas das propostas iniciais e reitera outras. Agora, levando-se em conta a prática escolar e as ações concretas a serem desenvolvidas, a prevenção ao abuso de drogas nas escolas torna-se viável por cinco modelos básicos: informação científica, educação afetiva, oferecimento de alternativas, educação para a saúde e modificações das condições de ensino. Esses modelos que viabilizam a construção de uma escola voltada à proteção dos alunos. O modelo informação científica propõe o esclarecimento sobre drogas de modo imparcial e científico. Defende que, a partir dessas informações, os estudantes podem tomar decisões racionais e bem fundamentadas sobre drogas. Na realidade, as informações isoladas parecem aguçar mais o interesse dos jovens sobre o assunto. Por isso, programas onde se descrevem os fenômenos objetivamente não devem prescindir da inclusão de uma verdadeira ação educativa. A informação não deve ser descartada, mas, sim, utilizada como estratégia auxiliar.

No modelo educação afetiva o objetivo é formar o aluno, a ênfase está na sua personalidade. A droga não é a questão central, seu uso é visto como um comportamento entre outros. A proposta defende modificação de fatores pessoais que são vistos como riscos ao uso de drogas. Acredita que pessoas mais estruturadas e menos vulneráveis, do ponto de vista psicológico, são menos propensas a se engajar num abuso de drogas. O enfoque é constituído por num conjunto de técnicas visando melhorar ou desenvolver o autoconhecimento e a auto-estima, a capacidade de lidar com a ansiedade, a habilidade de decidir, a habilidade de comunicação pessoal, a capacidade de resistir às pressões externas que possam induzir à adoção de modismos. Para tanto, são desenvolvidas várias atividades como, por exemplo, o teatro e a música. Nessa estratégia, há grande insistência sobre o papel dos sentimentos de cada indivíduo e a necessidade de desenvolver a percepção do estudante em relação a si mesmo. O modelo exige capacitação intensa dos professores para mudança de práticas pedagógicas em sala de aula, principalmente, em relação a lidar com grupos.

O modelo oferecimento de alternativas tem como proposta intervir nas condições sociais que se apresentam como fatores de risco e, não, no uso de drogas em si. São propiciadas aos alunos atividades que promovam sensações de expansão da mente, crescimento pessoal, excitação, desafio e alívio do tédio, por outros meios que não o consumo de drogas. As atividades que cumprem o papel de proporcionar essas sensações variam, como por exemplo, estruturação de pontos comerciais dirigidos e operados por jovens, sistema de orientação escolar de alunos mais jovens pelos mais velhos, atividades esportivas desafiadoras, atividades artísticas não diretivas, criação de programas para o desenvolvimento da resiliência nos alunos.

Já o modelo de educação para a saúde tem como núcleo educar para uma vida saudável, promover estilos de vida associados à boa saúde. Não usar drogas seria um dos elementos para viver com saúde. Assim, um currículo de educação para saúde orienta para uma alimentação adequada, para atividades não propiciadoras de estresse, para uma vida sexual segura e, até, para saber fazer escolhas e não correr riscos desnecessários. Modelo bastante utilizado na França através da matéria Ecologia Médica, na qual se discutem os problemas advindos do avanço tecnológico e da sociedade urbano-industrial. (CARLINI-COTRIN, 1998; RODRIGUES, 1993; SANTOS, 2004)

A escola, como lugar de vida e trabalho, pode ser um dinamizador de mudanças. Para Carlini-Cotrin (1998), o modelo modificação das condições de ensino propõe delinear caminhos para a escola buscar melhores respostas aos problemas dos alunos. É na vivência escolar, principalmente, na educação infantil e no ensino fundamental, que se

fundamenta o desenvolvimento sadio na vida do estudante. A ênfase desse modelo está na formação global do aluno saudável e, não só na prevenção ao abuso de drogas. As intervenções estendem-se à delinquência, a sexualidade mal orientada, à violência, como também, ao consumo de psicotrópicos. As propostas preventivas devem ser intensivas, precoces e duradouras, envolvendo família e comunidade.

A partir das considerações da autora, sente-se a necessidade de apontar para possíveis mudanças na cultura escolar em relação às práticas docentes, à gestão escolar, à orientação ao desenvolvimento social, ao acolhimento da família na escola e ao incentivo à construção da resiliência. A modificação das práticas pedagógicas docentes propõe várias iniciativas como tornar o conteúdo curricular mais próximo à realidade concreta dos alunos e adotar métodos e procedimentos ativos fazendo ensino mais prazeroso. Ser atualizado em novas metodologias de aprendizagem / ensino e desenvolver práticas pedagógicas mais eficientes são alguns dos principais desafios profissionais de um educador. A implementação do modelo requer a formação de docentes em educação preventiva, para que possam ocorrer transformações nas práticas pedagógicas em sala de aula.

As mudanças na gestão escolar visam inovar a estrutura organizacional e decisória da escola. Trata-se de uma liderança voltada para a transformação. O líder inovador desenvolve óticas de funcionamentos alternativos, transformando-as em projetos mobilizadores, apresenta os objetivos de maneira a provocar engajamento de professores e alunos, cria um clima de tentativa coletiva de resolução de problemas, favorece a delegação de poder de decisão e de ação, adota o *empowerment*. (THUERLER, 2001; VIZZOLTO, 1988)

A orientação ao desenvolvimento social enfatiza as relações entre estudantes, promovendo hábitos de intercâmbio com os colegas, proporcionando apoio e ajuda mútua. Incentiva a ampla discussão dos problemas de sociedade em geral, da escola em particular, para diminuir os tabus e os equívocos e, assim, aumentar a confiança entre os alunos. Encoraja a maior participação dos alunos em todas as idades nos programas de educação preventiva. O modelo oferecimento de serviços de saúde visa oferecer serviços gratuitos através de equipe multifuncional de saúde dentro da escola. A atenção é voltada às necessidades dos alunos, tais como: problemas relacionados a dificuldades de aprendizado, à alimentação, à orientação sexual, à prevenção secundária e terciária do abuso de drogas. (CARLINI-COTRIN, 1998)

O acolhimento da família na escola objetiva envolver a família com a educação dos filhos. Propõe *workshops* de pais para discutir questões relativas ao relacionamento pais /

filhos e desenvolvimento escolar. Já o incentivo à construção da resiliência acredita que os níveis de resiliência podem ser alterados pela educação. Podemos transformar alunos vulneráveis em resilientes através do *empowerment* dando-lhes afeto, segurança, confiabilidade e esquemas de organização. (CELIA e SOUZA, 2002)

Cabe tornar claro que nessa tese adotamos como proposição de estudo a prevenção primária e, como o objeto de estudo, o modelo modificações das condições de ensino na vertente prática pedagógica docente. Entendemos, também, que a prevenção deve ser concebida como educação, ser realizada por aqueles que estão diretamente relacionados com os alunos - seus pais e professores.

Tanto para Friderich (1987), como para Gennaro (1987), os pais desempenham um papel fundamental na aquisição de valores morais e pessoais. Além disso, embora não contem com algum preparo específico, apóiam-se em suas experiências pessoais, no amor por seus filhos e nos seus princípios morais para levarem adiante a orientação dos mais jovens. Os professores, pela formação pedagógica e psicológica, têm um papel construtivo, ajudando os estudantes a desenvolverem seus recursos intelectuais, afetivos e morais, a aprenderem a ser e a aprenderem a conviver. Além disso, a educação preventiva deve levar em conta os fatores de risco, os fatores de proteção, a vulnerabilidade social e a resiliência como atores importantes no processo preventivo.

Um ponto crítico na escola (MAITLAND, 1999), está relacionado aos fatores de risco inerentes à sua própria ambiência, tais como: 1) falta de envolvimento com os alunos, 2) má interação com os pais, 3) clima negativo, 4) permissividade com fumo e álcool, 5) falta de projeto pedagógico, 6) inadequação do ensino, 7) falta de sintonia com a realidade, 8) falta de preparo pedagógico dos professores. Entretanto, tais fatores podem ser corrigidos e abolidos como, por exemplo, ter projeto pedagógico e capacitar professores. Aos alunos deve ser demonstrada confiança, estimulada a continuidade dos estudos, desenvolvidos os aspectos sociais, afetivos e sexuais, desenvolvida a liderança e a tomada de decisão, estimuladas atividades sadias. Quanto à família, é preciso haver interação, envolvendo-a nas atividades escolares. São propostas que objetivam transformar os riscos em proteção.

Outro aspecto a merecer atenção da escola refere-se aos fatores pessoais de vulnerabilidade que afetam o comportamento dos adolescentes, como por exemplo, a sensação de onipotência, a tendência à experimentação, a identidade não definida, a ansiedade, a dificuldade de decisão, a desagregação familiar. Entre fatores sociais de vulnerabilidade que podem trazer transtornos aos comportamentos dos alunos são, a saber: as modas, a pressão grupal, a necessidade de afirmação entre os pares, o baixo exercício de

cidadania, a dependência econômica, a carência de solidariedade. A contrapartida para a vulnerabilidade está em estimular o *empowerment*, ou seja, tomada de poder sobre as condições de vida, através do desenvolvimento de certas habilidades nos adolescentes, tais como: 1) flexibilidade e abertura interior ao novo, 2) vontade de fazer melhor e participar da transformação da sociedade, 3) tolerância a tensões, 4) firmeza e clareza de finalidades, 5) afastamento da revolta e autocompaixão, 6) reflexão crítica, positiva, ampla e preventiva, 7) sublimação por meio da arte, lazer, humor, atividade física, 8) capacidade de reiniciar, 9) capacidade de agregar, dar e receber, 10) tolerância com os limites, erros e características próprias e dos outros. (ABRANOVAY e RUA, 2001; SANTOS, V. L. e SANTOS, C. E., 1999).

Em relação à resiliência, Celia e Souza (2002) destacam que a resiliência não é somente a ausência de riscos, adversidades ou estresse, sobretudo, é criar e ter condições para enfrentá-los. Os autores mostram que fatores protetores denominados recursos, *resources*, têm decisiva influência para se chegar à resiliência, pois interagem e predizem bom ajustamento às situações “de alto risco” ou “baixo risco”.

No Quadro 2, são apresentados os fatores que geram risco e os fatores que promovem a resiliência. (BLUM, 1997, p. 16)

Quadro 2 - Fatores de risco e de resiliência

|                | Risco                                                                                                                                                                                                           | Resiliência                                                                                                                                                          |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Predisponentes | stress perinatal, expressão verbal pobre, defeito ou deficiência física, temperamento agressivo, necessidade de controle externo, baixo nível de inteligência, dificuldades de aprendizagem, mudanças puberais. | acreditar em algo maior que a si próprio, bom traquejo social, autocontrole, alto nível de inteligência, alto nível de auto-estima, autoconceito positivo.           |
| Familiares     | baixo nível de educação materna, desarmonia familiar, pobreza, doença mental na família, ausência de relação mãe-filho positiva, ambiente familiar caótico, família muito numerosa.                             | boa conexão com pelo menos um dos genitores, coesão familiar, família estruturada, união entre irmãos.                                                               |
| Externos       | Pequeno ou nenhum apoio externo, mais do que quatro eventos estressantes na vida.                                                                                                                               | “cuidador” adulto além dos pais, envolvimento na comunidade ou na escola, trabalho com grupos de amigos, poucos eventos negativos, mais pessoas “cuidadoras” na vida |

BLUM, R. N. Riscos e resiliência: sumário para o desenvolvimento de um programa.

Fomentar a resiliência também significa que se deva trabalhar com políticas educacionais e sociais. Significa criar uma comunidade escolar cujo interesse é dar respostas às necessidades dos estudantes. Devemos considerar os alunos merecedores de afeto e levá-los à participação crítica, através do diálogo. Estamos, assim, criando as condições

necessárias para manifestarem seu potencial em relação à competência social, habilidades para resolverem problemas, sentido de identidade e esperança para um futuro feliz.

Segundo Celia e Souza (2002) todas as forças favoráveis devem ser aplicadas racionalmente na construção da resiliência dos estudantes. Professores que têm sob sua responsabilidade crianças e adolescentes devem estimular medidas favoráveis à resiliência. Acreditam no importante papel dos profissionais da educação ao fortalecerem os fatores de proteção, capazes de não só reduzir os riscos como a reação em cadeia resultante do encontro com o risco. Para isso, é preciso trabalhar no desenvolvimento de ações preventivas e terapêuticas ajudando alunos a terem um futuro com mais qualidade de vida. Acrescentam que a auto-estima e a eficiência entre estudantes podem ser construídas nas relações com professores, por oferecerem segurança e apoio. Os autores sugerem o modelo PCAP (people, contribution, activities, place) como elemento-chave a construção da resiliência nas escolas. A estrutura do modelo - Quadro 3 é a seguinte:

Quadro 3 - Modelo PCAP

|                                  |                                                                                                                         |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>P</b> ( <i>people</i> )       | gente→um adulto ou grupo que se envolva e cuide da criança, do adolescente e do jovem, ao qual os mesmo se apeguem;     |
| <b>C</b> ( <i>contribution</i> ) | contribuições→oportunidades de envolver a família, a vizinhança e a comunidade na atenção aos estudantes;               |
| <b>A</b> ( <i>activities</i> )   | atividades→nas escolas e nas comunidades para o desenvolvimento do senso de apego / posse;                              |
| <b>P</b> ( <i>place</i> )        | lugar→um local para os alunos se reunirem com a supervisão de adultos, de modo a possibilitar-lhes relações de amizade. |

Essa seção ofereceu indicações para uma proposta de educação preventiva nas escolas. Bucher (1988) sintetiza a importância da prevenção ao abuso de drogas entre nossos alunos, a seguir:

As atividades preventivas [...] nas escolas não são fáceis, mas elas são possíveis e são prementes. A implantação e seu desenvolvimento permanente são responsabilidade de todos os educadores. [...] Em nenhum caso, a política de avestruz é rendosa; esses problemas existem, alastram-se na sociedade, atingem a todos e dizem respeito a todos. Somente a conscientização de adultos poderá contribuir a campanhas preventivas eficientes, para diminuir, senão a presença, pelo menos o abuso de drogas em nosso meio. (p. 67)

Na subseção a seguir, apresentamos uma vertente de prevenção ao abuso de drogas a ser aplicada à escola.

## **Proposta da presente tese: Prevenção ao Abuso de Drogas na Prática Docente**

A prevenção ao abuso de drogas na escola, neste estudo, está alicerçada nas seguintes premissas: 1) adotar a prevenção primária, isto é, ser efetivada antes que o ocorra o contato entre o aluno e a droga, 2) ser precocemente aplicada, ou seja, iniciar com crianças bem novas, 3) estar inserida no quadro mais amplo de uma educação para a saúde, 4) ter caráter formativo, pois implica em assumir valores e escolhas de vida, 5) ser concebida como educação, 6) ser realizada por aqueles que estão mais diretamente relacionados com os alunos, seus professores. Tem como eixos norteadores à adoção de comportamentos que visem estilos de vida associados à promoção de uma vida saudável e intervenções comportamentais que proponham mudanças para modos de viver dotados de qualidade de vida. Dentre as estratégias de intervenção na escola, defendemos o modelo básico - modificações nas condições de ensino, optando pela vertente - mudanças nas práticas pedagógicas dos professores.

Para Fonseca (2000), a gestão da escola, no seu cotidiano, deve promover uma verdadeira cultura da prevenção em diferentes atividades de cunho artístico, esportivo, literário, científico, recreativo, religioso. Estão aí incluídas as relações com o corpo docente e discente, os pais, o pessoal do apoio administrativo, os especialistas em educação e os profissionais da saúde nos diferenciados momentos como lazer, aulas formais, projetos generalistas ou projetos específicos ao tema. É primordial que ao se optar por um trabalho de prevenção no contexto institucional, haja a participação de toda comunidade escolar na definição dos princípios comuns, dos objetivos a serem alcançados e das decisões a serem tomadas.

A inserção de uma cultura preventiva nas escolas deve ser entendida num sentido amplo, onde se incluam valores, atitudes, estilos de vida, maneiras de fazer, formas de representar e tratar a realidade características da comunidade em questão de modo a permitir que a escola avance na sua própria construção cultural. Outras oportunidades surgem quando a escola interage extramuros com vários segmentos da comunidade como clubes de recreação, de esportes, de serviço, associações de bairro, instituições religiosas, postos de saúde,

bibliotecas, grupos culturais, organizações não-governamentais procurando parcerias na formação de educadores e técnicos.

A proposta de uma educação preventiva nas escolas exige uma intervenção planejada que leve à elaboração de planos, programas e projetos. Cabe ressaltar que a decisão de planejar é uma decisão política, cujo desencadeamento do processo surge em função da necessidade de fundamentar ações de prevenção ao abuso de drogas. Entretanto, devemos considerar que,

Sem dúvida a melhor forma de se chegar com a Mensagem Antidrogas ao jovem é municipalizando as ações de prevenção contra as drogas. [...]. Com a municipalização, viabiliza-se a necessária capilaridade nas ações relacionadas ao enfrentamento da problemática das drogas dentro do território nacional e potencializam-se as possibilidades de participação da sociedade civil organizada nas ações antidrogas desenvolvidas no País. (BRASIL, 2000, não paginado)

Podemos perceber, portanto, que o planejamento da prevenção no Sistema Municipal assume cada vez mais importância na busca de soluções para problemas, desafios e esperanças relativas à promoção da saúde individual e coletiva. Esse processo tem a função de organizar a prevenção tornando claras, precisas e direcionadas as ações de uma nova cultura que se quer construir. Para tal, é necessário o envolvimento, em todas as etapas e aspectos, de todas as pessoas comprometidas no processo, pois só a participação coletiva abre espaços para transformar a realidade existente naquela que se deseja.

No planejamento preventivo, as decisões são tomadas levando-se em conta o estudo da realidade. A tomada de decisão é gerada a partir de um levantamento epidemiológico, as decisões são explicitadas e detalhadas em documentos que podem ser um plano, um programa ou um projeto. A função do plano das práticas preventivas do Sistema Municipal é elaborar políticas, objetivos e metas, traçar as diretrizes e estratégias de caráter geral. No plano geral as definições são tomadas pelas autoridades municipais centrais de níveis hierárquicos mais altos, particularmente, nas áreas de saúde e ensino.

Para ser instituído um programa preventivo, devem ser contatadas as entidades municipais de saúde e ensino, como também, as instituições religiosas, desportivas e representativas da mídia, as comunidades terapêuticas, os serviços profissionalizantes, as associações assistenciais, os clubes de serviço, os movimentos comunitários organizados. (BRASIL, 2000). O programa é um aprofundamento do plano. Tem com função detalhar as informações mais específicas aos diferentes níveis de alcance setorial. Cada programa é definido por uma equipe da área de saúde para ações da

Secretaria da Saúde, por uma equipe da área do ensino para ações da Secretaria de Educação, e assim, para as demais áreas do município que se dispuseram a aderir à causa preventiva.

O projeto é desenvolvido e explicitado em cada escola e tem como eixo orientador o plano e o programa do município. Sendo o documento mais próximo da ação educacional, o projeto deve ser a expressão da vontade explicitada e partilhada da escola para responder às necessidades dos alunos. É primordial que ao se optar por um trabalho de prevenção no contexto institucional, haja a participação de toda comunidade escolar na definição dos princípios comuns, dos objetivos a serem alcançados e das decisões a serem tomadas. Ainda, enuncia valores que vão inspirar, orientar e impregnar a ação preventiva. O projeto pedagógico da escola deve conter a prevenção ao abuso de drogas. Essa é uma das questões mais importantes para a educação preventiva.

O processo de planejar se inicia percorrendo as seguintes fases: elaboração, execução e avaliação. Nesta tese fazemos a proposição de um Planejamento da Prevenção ao Abuso de Drogas, conforme a Figura 1.

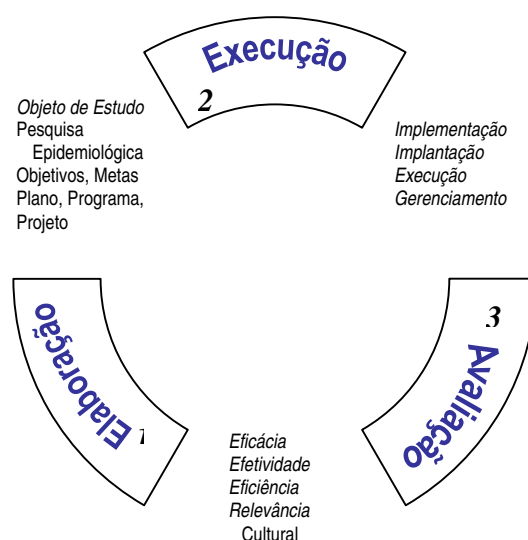


Figura 1 -Planejamento da Prevenção ao Abuso de Drogas

A elaboração entende os seguintes momentos, a saber: 1) escolha e delimitação do objeto de estudo, isto é, a localização da situação-problema que necessita de intervenção. 2) estudo / diagnóstico que consiste na compreensão e na caracterização da situação-problema, realizado a partir do levantamento epidemiológico da realidade educacional. 3) objetivos de ação que caracterizam a tomada de decisão e define os resultados que se quer alcançar. Podem ser: objetivo final (longo prazo), objetivo intermediário (médio prazo),

objetivo imediato (curto prazo). 4) montagem do Plano, Programa, Projeto, ou seja, a planificação das decisões explicitadas em documento. O Plano delineia as decisões de caráter geral do Sistema Municipal. O Programa é o documento que setoriza política, diretrizes, metas e medidas instrumentais do Plano. O Projeto é o detalhamento das alternativas de intervenção apontadas no Programa, feito pela equipe da escola.

A execução compreende momentos, como: 1) implementação que pode ser entendida como a busca, a formalização e a incorporação de recursos humanos, físicos, financeiros e institucionais. 2) implantação e execução, fases da instalação e início do planejamento. 3) gerenciamento, acompanhamento do trabalho executado através relatórios e registros utilizando-se instrumentos como fluxos, gráficos, cronogramas.

A avaliação assume duas categorias distintas com critérios próprios. Uma, denominada avaliação por mérito, está voltada para o valor intrínseco do planejamento, sem vinculações e implicações contextuais. Tem dois critérios: 1) de eficiência que se relaciona ao bom rendimento técnico e administrativo, 2) de eficácia que diz respeito ao ato pedagógico. Outra, a avaliação por relevância, verifica o valor útil do planejamento pela repercussão e impacto no contexto sócio - cultural. Admite dois critérios: 1) de efetividade, que engloba o atendimento às necessidades e demandas sociais e política da comunidade externa, 2) da relevância cultural que envolve valores, filosofia, características sociais e políticas comunidade. (BAPTISTA, 1981; SANDER, 1995). Sugestões de Plano, Programa e Projeto com seus componentes estruturais encontram-se no APÊNDICE A.

Além do planejamento, há outras questões em educação preventiva que requerem decisão. Uma das maiores dúvidas dos educadores que pretendem desenvolver a prevenção ao abuso de drogas nas escolas, refere-se ao planejamento no cotidiano da sala de aula. É comum a pergunta: “De que área de estudo deve emergir os novos conteúdos da prevenção?” Nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's), estão os conteúdos que norteiam o Ensino Fundamental da Secretaria de Educação Básica, do Ministério de Educação. Podemos, a partir dos PCN's, repensar numa proposta curricular organizando os conteúdos em torno de uma série de princípios relacionados à prevenção ao abuso de drogas. São estes princípios que vão orientar a seleção dos conceitos relevantes à educação preventiva, dando-lhes sentido e significado.

Na proposta curricular de Ciências Naturais estão os tópicos essenciais para a compreensão dos mecanismos biológicos de saúde e que, por isso, oferecem maiores subsídios a uma proposta de prevenção. O objetivo geral de Ciências (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997, p. 6) “conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando

hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade à sua saúde e à saúde coletiva” constitui o ideário da educação preventiva. O recorte que damos ao Tema Transversal Saúde significa que consideramos, também, este eixo o espaço privilegiado para a abordagem da prevenção ao abuso de drogas, em que valores e aquisição de atitudes para uma vida saudável constituem dimensões importantes. A Educação para a Saúde deve ser vista na totalidade do processo educativo escolar, por todos, em todos os momentos.

Uma segunda questão relacionada à educação preventiva é ponderar o tipo de aprendizagem para novos conteúdos. Segundo Coll (1998), Alemanny, Majós e Giménez (2000), a aprendizagem de conteúdos é feita por meio de fatos, procedimentos e atitudes de forma inter-relacionada. Assim também, os conteúdos da prevenção devem ser trabalhados nessas três dimensões de aprendizagem, tendo em vista favorecer aos alunos a construção de uma visão integrada dos conhecimentos.

Para os autores, atuar nas três dimensões supõe que se compreenda o que sejam 1) fatos, conceitos e princípios, 2) procedimentos e 3) atitudes. Um fato é algo que a partir dele é possível descrever a realidade e as circunstâncias, atuando como referência e ajuda na antecipação, previsão ou decisão dos atos. Para que os fatos tenham significado é preciso que os conceitos permitam sua interpretação.

Alemanny, Majós e Giménez (2000) definem conceitos e princípios. “Os conceitos constituem a representação das relações [...] que estabelecemos entre alguns fatos, objetos ou símbolos e definem os traços essenciais ou que queremos estabelecer com uma determinada finalidade” (p. 308), enquanto que “os princípios são as relações que se estabelecem mutuamente conforme o tecido das teorias elaboradas para atribuir significados aos diferentes aspectos da realidade” (p.302). Os princípios são conceitos gerais e estruturados com alto nível de abstração. As aprendizagens de fatos, conceitos e princípios ajudam os alunos a desenvolverem capacidades cognitivas e tornarem-se pessoas conhecedoras do mundo.

O procedimento é definido como um conjunto de ações ordenadas cuja realização permite atingir determinadas metas. A aprendizagem de procedimentos auxilia os estudantes a desenvolverem a capacidade de serem pessoas ativas e hábeis. (COLL, 1998; ALEMANNY, MAJÓS e GIMÉNEZ, 2000)

A atitude é uma disposição à resposta. Caracteriza-se pelo fato de ter um objeto de referência bem definido, ao qual se vincula um conceito de valor. Isto faz com que, em relação ao objeto, possa haver aproximação ou afastamento, afirmação ou negação, aceitação

ou rejeição. O valor proporciona sentido ao comportamento das pessoas em qualquer situação pelo forte compromisso emocional que estas empregam para julgar as condutas. Os valores concretizam-se em atitudes e, é a atitude que permite ao indivíduo comportar-se de um modo consistente em face de certas situações, objetos ou pessoas. As atitudes revelam, no âmbito do comportamento, o grau maior ou menor que determinados valores foram assumidos. A aprendizagem de atitudes e valores torna possível aos alunos o desenvolvimento da capacidade de virem a ser pessoas responsáveis. (COLL, 1998; URQUIJO e SISTO, 2000)

Vale ressaltar que a aprendizagem de fatos é insuficiente para mudanças comportamentais, enquanto que a aprendizagem atitudinal configura-se como o gerador de ideais e valores a serem internalizados pelos alunos, até se constituírem num modo próprio de viver. Entretanto, é no dia-a-dia, nas atividades cotidianas de aula, que a prevenção encontra sua maior força de expressão, podendo apresentar tantas facetas quantas forem as identidades culturais das classes escolares. Só assim, se estabelece abrangências e limites da aprendizagem para prevenir o abuso de drogas.

Decidida a seleção e a tipologia dos conteúdos preventivos, torna-se necessário encontrar em que medida é possível incorporá-lo ao currículo. Caso os novos conteúdos sejam acrescentados aos conteúdos pré-existente, poderíamos supor tratar uma nova temática com tema antigo, eliminando o valor inovador que a prevenção pudesse ter. Há que se encontrar outras formas de abordagem, o que pede mudança de perspectiva. Para Moreno (1997), é importante permitir “observar o ensino e os conteúdos [...] sob um ponto de vista que nos leve a contemplar o habitual como algo capaz de nos produzir assombro” (p. 23). Acrescenta que só os denominados “temas transversais” adquirem essa verdadeira dimensão, pois aglutinam conhecimentos em torno de temas que correspondem às necessidades e interesses dos dias atuais. Essa é a função dos temas transversais.

Nos PCN's (1997), o assunto drogas foi incorporado ao Tema Transversal Saúde, embora não tenham sido explicitadas as ações preventivas. Para Lescher (1998), “o tema droga é atravessado caleidoscopicamente por múltiplas inscrições: desejantes, institucionais, ideológicas sociais, culturais”. (p. 61) Por se saber dos vários usos dos psicotrópicos e por ser uma temática social e cultural, um dos possíveis encaminhamentos para compreensão do fenômeno da droga está na pluridiversidade do conhecimento. Partindo desse pressuposto, Aquino (1998), Lescher (1998) e Lourencini Jn. (1998) sugerem a discussão transversal do tema drogas nas escolas, transversalidade a ser alcançada pela integração interdisciplinar dos conteúdos escolares.

Em nossa tese, acreditamos na concepção de um Tema Transversal para os novos conteúdos preventivos. É aí que se insere nossa proposta do Tema Transversal Prevenção ao Abuso de Drogas que vimos apresentar. Uma proposição de transversalidade traz a necessidade da escola refletir e atuar preventivamente em todas as áreas, é preciso estar presente nas práticas educativas que envolvem as relações entre professores, alunos e membros da comunidade escolar, num trabalho sistemático e contínuo, pois,

Num ambiente de cooperação e de outras interações positivas, o esforço e as iniciativas de cada professor, individualmente, terão mais eficácia em função do clima de apoio que cada um representa para seus pares. Ademais, as reações dos próprios alunos, [...], resultarão de suas percepções do tipo de cultura de sua escola e não apenas do que faz cada professor em classe. (BZUNECK, 2001, p.31)

O Tema Transversal Prevenção ao Abuso de Drogas, em sua concepção, deve estar relacionado, mas não restrito, à Educação para a Saúde, por ser a área de estudo considerada como espaço privilegiado para profundas e extensivas reflexões sobre o modo como as pessoas vivem e como se dá a interação entre suas potencialidades individuais e suas condições de vida. Ainda, deve receber um tratamento inter-relacionado às Áreas de Língua Portuguesa, Matemática, Ciências Naturais, História, Geografia, Arte, Educação Física e Língua Estrangeira e aos Temas Ética, Meio Ambiente, Saúde, Orientação Sexual e Pluralidade Cultural. Provavelmente, essa inserção não será uniforme, uma vez que há singularidades tanto nos temas quanto nas áreas. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1997)

Às áreas e temas, o conteúdo da prevenção vai permear o cotidiano prático, na procura da sensibilização pessoal e coletiva para a promoção da saúde e a qualidade de vida. O que se quer é que surjam momentos nos quais as questões relativas à prevenção sejam trabalhadas explicitamente, encontrando respostas em outras áreas do currículo. A integração, a extensão e a profundidade do estudo vão se dar em diferentes níveis, considerando-se a realidade local e a cultura da comunidade. Para isso, é importante que seja flexível, que atenda à diversidade sociocultural do país e que sirva de subsídios à educação preventiva.

Assim sendo, os novos conteúdos significativos de prevenção é a transversalidade que propomos na presente tese ao currículo de Educação Básica, inserindo e impregnando todas as áreas de estudo e demais temas transversais. Este conjunto de proposições constitui-se num processo de cidadania na busca da qualidade de vida, em que os alunos possam intervir e participar de forma responsável na promoção de sua própria saúde e da saúde coletiva.

Na Figura 2, ilustramos a integração entre dos Temas Transversais - Ética, Meio Ambiente, Saúde, Orientação Sexual e Pluralidade Cultural, e as Áreas de Estudo – Língua

Portuguesa, Matemática, Ciências Naturais, História, Geografia, Arte, Educação Física e Língua Estrangeira que compõem os PCN's. A rede que resulta dos dois eixos é o suporte que torna possível construir o Tema Transversal Prevenção ao Abuso de Drogas.

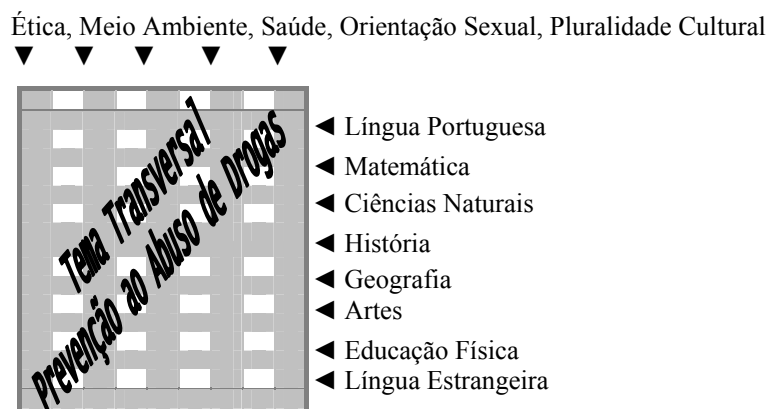


Figura 2, Tema Transversal Prevenção ao Abuso de Drogas nas áreas e temas do currículo.

O trabalho preventivo, certamente, deve pautar-se na educação que vai marcar fortemente o século XXI. Delors (2001) destaca os quatro pilares básicos essenciais a um novo conceito de educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser. Aprender a conhecer tem em vista, não a aquisição de um repertório de saberes, mas antes, o domínio dos próprios instrumentos do conhecimento. Aprender a conhecer tem o objetivo de despertar a curiosidade intelectual, permitir compreender o real mediante a aquisição de autonomia na capacidade de discernir. Aprender a fazer está relacionado à formação profissional, principalmente, à qualificação profissional frente ao progresso técnico. Propõem a substituição das tarefas físicas por tarefas de concepção, tarefas de estudo, tarefas de organização, o coletivo de trabalho e grupos de projeto.

Aprender a viver juntos, aprender a viver com os outros, é o maior desafio para a educação nos dias de hoje. A descoberta do outro encerra descoberta a de si mesmo, a capacidade de empatia, a alteridade de abertura para enfrentar tensões, o confronto pelo diálogo, o argumentar e contra argumentar. Finalmente, aprender a ser, a educação para o desenvolvimento total da pessoa: espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, senso estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade. As pessoas devem ser preparadas para elaborar pensamento autônomo e crítico e formular seu próprio juízo de valor de modo a poder decidir e agir por si mesmas. Aprender a ser é a educação para a liberdade de pensamento, de discernimento, de autonomia e iniciativa, de gosto para a provocação, de criatividade e inovação, de imaginação e criatividade. A manifestação da liberdade humana é oferecer todas as oportunidades para todas as possíveis descobertas e experimentações.

A respeito do ato educativo, segundo Libânio (2000), a educação é concebida como:

o conjunto das ações, processos, influências, estruturas, que intervêm no desenvolvimento humano de indivíduos e grupos na sua relação ativa com o meio natural e social, num determinado contexto de relações entre grupos e classes sociais. (p.22)

Para a educação ser realizada, torna-se necessário promover uma prática orientando suas finalidades e meios. Por sua vez, a tarefa da pedagogia é assegurar a natureza das finalidades sociais e políticas da educação numa determinada sociedade. Cabe, ainda, criar as condições metodológicas e organizativas para viabilizar a educação. É possível compreender a existência de diversas práticas educativas, ocorrendo em muitos lugares: na família, no trabalho, na escola. Assim sendo, é possível também, conceber várias pedagogias para essas práticas: pedagogia sindical, pedagogia familiar, pedagogia escolar. Isso significa que, se existe uma proposta de educação preventiva na escola, cuja ação educativa é intencional, estruturada e sistemática, é de se supor, que à educação preventiva possa corresponder uma pedagogia preventiva.

Sabemos que a prevenção ao abuso de drogas tem como a opção a educação afetiva, caracterizada pela adoção de uma metodologia ativa, participativa, instigante, questionadora na qual aquele que aprende é o construtor de seus conhecimentos. Por outro lado, os métodos pedagógicos só se realizam na interpolação de quem ensina e de quem aprende - professores e alunos, numa interação em que ambos são “aprendentes” e “ensinantes”. A posição dos professores em relação a tais premissas pressupõe a opção por metodologias concretas que concebam o sujeito humano como ser ativo que alcança sua autonomia. Assim, as experiências em sala de aula devem criar situações nas quais crianças e adolescentes possam refletir sobre suas escolhas e deliberações para atuarem em consonância com elas.

As vivências dinâmicas são consideradas as estratégias mais adequadas para educação e prevenção do abuso de drogas, são procedimentos como oficina, simulação, debate, discussão, diálogo, dinâmica de grupo, jogo dramático, dramatização. Numa abordagem ativa, determinados eixos pedagógicos são levados em consideração, como: o desenvolvimento de atitudes autônomas, o desenvolvimento da competência social, a promoção da afetividade, a promoção do autoconhecimento, a integração corpo / mente / espírito.

Assis (2002), referindo-se à educação infantil, destaca que a criança ao entrar para a escola não está preparada para tomar decisão, ser responsável, cooperativa e solidária. São atitudes que favorecem à autonomia, um processo a ser conquistado ao longo do tempo com o auxílio de professores. O desenvolvimento de atitudes autônomas implica que o professor seja capaz de propiciar

a aprendizagem por descoberta, permitir a participação ativa em aula, facilitar as interações pessoais, criar momentos para falar e comunicar-se com o outro, colocar situações para decidir e julgar.

Quanto à competência social, Boruchovitch (2000) assegura que se deve estimular a tomada de decisão responsável, desenvolver mecanismos de defesa, promover a aptidão para negociar, aumentar a capacidade de resistir a pressões grupais, fortalecer a habilidade de lidar com conflitos, permitir experimentar e explorar construtivamente, valorizar a autopreservação diante de riscos desnecessários. Brenelli (2000) aponta que o comportamento humano envolve aspectos cognitivos e afetivos indissociáveis. A inteligência fornece os instrumentos à ação, a afetividade sustenta a ação pelos sentimentos, emoções, desejos e valores do sujeito. Os professores precisam estar atentos para uma educação afetiva estimulando o diálogo, reforçando atitudes positivas, desenvolvendo o espírito crítico, aumentando o sentido de auto-eficácia, desenvolvendo a capacidade de lidar com a ansiedade.

Já o autoconceito (OLIVEIRA, 2000) é o conjunto de crenças que alguém tem de si mesmo, determinando sua conduta e influenciando assumir novos papéis sociais. Uma imagem realística da própria pessoa é fundamental na construção da personalidade sadia e da identidade pessoal. A atuação do professor é importante para promover o autoconceito do aluno, criando em sala de aula um clima cooperativo de amizade, de confiança e de respeito. Segundo Arantes (1996), é preciso considerar, para o crescimento e desenvolvimento integral dos estudantes, a integração corpo, mente e emoção. Portanto, na sala de aula, devem acontecer atividades que levem à descoberta de si mesmo, ao reconhecimento do corpo, ao aprimoramento do nível sensorial, ao desenvolvimento de papéis sociais e afetivos e à criatividade na resolução de problemas.

No levantamento bibliográfico realizado para a presente tese, em todos os especialistas da área, constatamos a orientação para certas atitudes favoráveis à educação preventiva que precisam estimuladas nos alunos. São as seguintes: autoconceito, auto-estima, capacidade de lidar com ansiedade, habilidade de decidir, autonomia, capacidade de resistir às pressões grupais, habilidade para comunicação verbal, saber ouvir, saber dizer não, auto-afirmação. E, ainda, os valores universais como tolerância, direitos humanos, solidariedade, paz e respeito às diferenças.

Finalizando a presente proposta, apresentamos o

### **TEMA TRANSVERSAL EM PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS.**

**ENSINO FUNDAMENTAL****OBJETIVO GERAL**

Conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis com aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação a sua saúde e à saúde coletiva. Tem em vista, também, a aquisição da saúde como um processo pessoal a ser desenvolvido ao longo de uma vida em direção ao bem estar físico, mental e social.

**1º. BLOCO DE CONTEÚDOS****AUTOCONHECIMENTO para o AUTOCUIDADO****1. Corpo humano**Fatos, Conceitos, Princípios

Necessidades e características pessoais. Semelhanças e diferenças entre as pessoas. O corpo humano como um todo integrado onde aparelhos e sistemas realizam funções específicas para a manutenção deste todo. Função dos órgãos dos cinco sentidos na percepção do mundo exterior, as características dos sentidos. Cuidados. Identificação e expressão de sensações de dor e desconforto.

Atitudes, Valores

Postura de respeito e colaboração com pessoas portadoras de deficiências. Entendimento do funcionamento do corpo humano visando o próprio conhecimento e o autocuidado.

**2. Higiene**Fatos, Conceitos, Princípios

Importância da higiene corporal. Utilização adequada de sanitários. Banhos diários. Lavagem das mãos antes das refeições e antes e após as eliminações. Limpeza de unhas, cabelos, órgãos genitais. Higiene bucal. Produtos de higiene e beleza. Uso de vestimentas e calçados adequados.

Atitudes, Valores

Entendimento da importância da prática cotidiana e autônoma de hábitos higiênicos na manutenção da saúde.

**3. Alimentação**Fatos, Conceitos, Princípios

Hábitos de alimentação. Influência dos aspectos culturais, sócio - econômicos e educacionais no ato de alimentar - se. Equilíbrio entre os componentes alimentares. Prevenção de doenças como desnutrição, obesidade, anemias. Química dos alimentos. Análise dos produtos químicos nos alimentos. Validade dos alimentos perecíveis. Caminho percorrido pelos alimentos desde sua produção até o consumo. Higiene relativa à produção, transporte, conservação, preparo e consumo dos alimentos. Doenças associadas à falta

de higiene com o trato dos alimentos: intoxicação, verminose, diarreia e desidratação; medidas simples de prevenção e tratamento. Doenças associadas à ingestão de água imprópria ao consumo humano. Rejeição à água não potável. Plantas tóxicas: cuidados especiais. Cafeína: uso e abuso

Atitudes, Valores

Desenvolvimento de hábitos saudáveis de alimentação para saúde e proteção à vida.

**2º. BLOCO DE CONTEÚDOS  
VIDA COLETIVA****1. Saúde e proteção à saúde. Prevenção**Fatos, Conceitos, Princípios

Concepção hegemônica de saúde enquanto valor e não apenas como ausência de doenças. Prevenção como proteção à saúde evitando doenças e fatores de risco. Lazer, esporte e exercícios físicos: práticas corretas. Qualidade de vida e saúde. Formas de participação em ações coletivas acessíveis às crianças e adolescentes em sua comunidade. Alunos como agentes multiplicadores da prevenção. Limpeza, conservação e higiene do ambiente doméstico, escolar e local público.

Atitudes, Valores

Medidas de prevenção visando o estabelecimento de hábitos saudáveis de vida como exames de saúde periódicos.

**2. Riscos à saúde física, psíquica e social**Fatos, Conceitos, Princípios

Acidentes domésticos – choque elétrico, envenenamento, queimaduras, corpo estranho. Mordidas e picadas. Acidentes de trânsito. Acidentes decorrentes da violência social e doméstica. Substâncias usadas na limpeza e conservação das casas – domissanitários, cuidados no uso. Direitos da criança e do adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

Procedimentos

Medidas práticas de prevenção, aprendizagem pelos alunos de medidas de primeiros socorros.

**3. Doenças transmissíveis**Fatos, Conceitos, Princípios

Endemias e epidemias. Ações governamentais de proteção à saúde: campanhas, vacinas. Doenças sexualmente transmissíveis – DST. AIDS. Vulnerabilidade.

Procedimentos

Medidas práticas de prevenção a doenças transmissíveis reconhecendo ser possível ficar doente pelo contato direto e/ou indireto com fontes de infecção, por exemplo: doentes e objetos contaminados.

**4. Saúde e consciência ambiental**Fatos, Conceitos, Princípios

Saúde/doença da população associada a fatores ambientes favoráveis ou desfavoráveis. Falta de saneamento básico. Tratamento adequado da água, fossas e esgotos. Zona rural - uso adequado/inadequado de agrotóxicos. Adubo orgânico e inorgânico. Métodos de trabalho nas indústrias e a insalubridade do meio ambiente. Normas internacionais de proteção ao meio ambiente - ISO 14000.

Atitudes, Valores

Entendimento que aluno é protagonista e participante da produção do meio ambiente, relacionando este meio à qualidade da própria vida.

**5. Drogas: uso e abuso**Fatos, Conceitos, Princípios

Conceitos de drogas. Diferenciação entre as drogas. Uso da droga na medicina. Profissionais autorizados na prescrição de medicamentos e remédios: médicos, veterinários e dentistas. Controle de remédios. Propaganda de fármacos. Local onde armazenar remédios. Organização da farmácia da escola e de casa. Uso de remédios e cuidados especiais quanto ao uso indiscriminado, dosagem, validade, análise das bulas, embalagens trocadas, etc. Perigos da automedicação. Legislação e órgãos de fiscalização da saúde - controle de fabricação, venda e distribuição de remédios. Perigos do uso de medicamentos estimulantes, tranquilizantes, anabolizantes e anoréxicos.

Drogas de abuso. Classificações das drogas psicotrópicas segundo seus efeitos: alucinógenos (maconha, chá de certos cogumelos, chá de lírio, LSD-25, Êxtase, anticolinérgicos), estimulantes (anfetamina, cocaína), depressoras (álcool, sonífero ou hipnótico, ansiolítico, opiáceos, inalante ou solvente). Classificação do uso. Dependência. Tolerância. Síndrome da abstinência. Overdose. Alcoolismo e tabagismo. Fumantes e não-fumantes – simbologia. Propagandas de bebidas alcoólicas e cigarros. Ação da droga no funcionamento do organismo humano. Problema da toxicomania no Brasil e no mundo. AIDS e drogas. Grupos de risco. Grupos de ajuda. Legislação Brasileira e as drogas - Lei 6.368/76. Classificação das drogas segundo a legislação: drogas legais e drogas ilegais.

**6. Prevenção ao abuso de drogas**Fatos, Conceitos, Princípios

Binômio saúde / doença. Promoção da saúde. Melhoria da Qualidade de vida. Educação preventiva. Prevenção primária, secundária e terciária. Fatores de risco, fatores de proteção. Vulnerabilidade. Redução de risco. Resiliência.

Programas de prevenção: família, escola, clubes de serviço, lideranças religiosas e sindicais.

Atitudes, Valores

Entendimento que educar para a qualidade de vida é condição de essencial para prevenir o abuso de drogas.

Procedimentos para diversas atividades curriculares

Elaboração de perguntas e suposições sobre o estudo. Busca, coleta e interpretação de informações por meio de observação, experimentação, entrevistas, visitas, leituras de imagens e textos selecionados. Organização e registro de informações por intermédio de desenhos, quadros, tabelas, esquemas, listas, textos, maquetes. Confrontação de suposições individuais e coletivas com as informações obtidas. Utilização das informações obtidas para justificar suas idéias. Interpretação das informações por intermédio do estabelecimento de relações de dependência, causa e efeito, forma e função, seqüência de eventos.

Vale ressaltar que a aprendizagem de fatos e princípios, ainda que importantes, não se constituem no núcleo central da prevenção do abuso de drogas. São os valores que orientam o trabalho educativo, atuando como referências na vida. Assumir esses valores e crenças permite que se instaurem atitudes nos educandos, possibilitando - os a agir em direção àqueles fatos e princípios, em diferentes situações ou contextos.

**EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS**

No Tema Transversal da Prevenção ao Abuso de Drogas na Educação de Jovens e Adultos, as orientações básicas são pautadas nos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN, Área de Ciências da Natureza, Conhecimento em Biologia. Entre os fatos, conceitos, princípios, procedimento, atitudes e valores para estudo foram selecionados aqueles mais adequados à Prevenção ao Abuso de Drogas.

**BLOCOS DE CONTEÚDOS****1. A saúde e a doença**Fatos, Conceitos, Princípios, Atitudes e Valores

Entendimento de saúde humana como bem estar físico, psicológico e social e não como ausência de doença. Estudo do corpo humano e das relações que se estabelecem entre aparelhos e sistemas, entre o corpo e ambiente, de forma a compreender a importância da integridade do corpo humano, da preservação do equilíbrio dinâmico que é característica de saúde. Postura de respeito às diferenças entre as pessoas, que indicam que cada corpo é único, desenvolvendo atitudes de apreço ao próprio corpo e ao do outro. Compreensão da vida, do ponto de vista biológico, como sistema organizado e integrado

interagindo com o meio físico - químico através de um ciclo de matéria e de fluxo de energia. Relação entre degradação ambiental e social a agravos à saúde. Desenvolvimento de valores pertinentes às relações entre os seres humanos, entre eles e o meio, entre o homem e o conhecimento.

## 2. O estudo da droga

### Fatos, Conceitos, Princípios, Atitudes e Valores

Conceitos de drogas. História e antropologia da droga. Classificação das drogas pelo seu efeito. Drogas de abuso. Classificações das drogas psicotrópicas: alucinógenos (maconha, chá de certos cogumelos, chá de lírio, LSD-25, Êxtase, anticolinérgicos), estimulantes (anfetamina, cocaína), depressoras (álcool, soníferos ou hipnóticos, ansiolíticos, opiáceos, inalantes ou solventes). Álcool destilado e fermentado. Tabaco. Farmacologia das drogas. Substâncias de abuso. Tolerância química. Síndrome da abstinência. Etapas no uso de substância química. Diferenciação entre experimentação, uso ocasional, uso freqüente e uso pesado. Efeitos do uso / abuso das drogas no corpo humano. Classificação Internacional de Doenças - CID. Legislação Brasileira e as drogas. Lei 6.368 de 21/10/1976, punições e categorias: traficante, dependente, traficante-dependente, experimentador. Classificação das drogas segundo a legislação. Drogas lícitas: álcool, tabaco. Drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, LSD, heroína. Drogas lícitas de uso ilícito: medicamentos e inalantes. Prevenção no currículo escolar. Política Nacional Antidrogas. Abuso de drogas no Brasil. Tráfico de drogas. Custos sociais decorrentes do abuso de drogas. Acordos internacionais de controle. Órgãos de fiscalização da saúde.

## 3. Vida coletiva e a droga

### Fatos, Conceitos, Princípios, Atitudes e Valores

A AIDS e a droga. Grupos de risco. Grupos de ajuda. Controle social e possíveis causas do abuso de drogas. Bem-estar de cada indivíduo e da coletividade: organizações nacionais e internacionais. Direitos Humanos. Cultura da Prevenção: educação e valores. Cidadania. Ética.

## 4. O ser social

### Fatos, Conceitos, Princípios, Atitudes e Valores

Promoção de uma educação preventiva. Importância do projeto de vida para adolescentes e jovens adultos. Vida como valor a ser preservado. Formação de indivíduos sensíveis e solidários, cidadãos conscientes do mundo e da vida.

### Procedimentos para diversas atividades curriculares

## 1. Representação e Comunicação

Descrever processos e características do ambiente ou de seres vivos, observados em microscópio ou a

olho nu. Apresentar suposições e hipóteses acerca de saúde, doença e prevenção. Apresentar de forma organizada o conhecimento sobre prevenção apreendido. Conhecer diferentes formas de obter informações, selecionando aquelas pertinentes ao estudo. Expressar dúvidas, idéias e conclusões.

## 2. Investigação e Compreensão

Relacionar os diversos conteúdos conceituais de Prevenção na compreensão de qualidade de vida. Estabelecer relações entre as partes e o todo de um fenômeno ou processo. Selecionar e utilizar metodologias adequadas para resolução de problemas. Formular questões, diagnósticos e propor soluções para problemas do abuso de drogas, utilizando conhecimentos adquiridos.

## 3. Percepção sociocultural e histórica

Reconhecer o ser humano como agente e paciente de transformações intencionais por ele produzido no meio físico, social e psíquico. Julgar ações de intervenção, identificando aquelas que visam a preservação e implementação da saúde individual, coletiva e do meio ambiente físico, psíquico e social.

Vale ressaltar que a aprendizagem de fatos e princípios, ainda que importantes, não se constituem no núcleo central da prevenção do abuso de drogas. São os valores que orientam o trabalho educativo, atuando como referências na vida. Assumir esses valores e crenças permite que se instaurem atitudes nos educandos, possibilitando - os a agir em direção àqueles fatos e princípios, em diferentes situações ou contextos.

## 5 METODOLOGIA

*É muito importante que o homem tenha ideais.  
Sem eles não se vai a parte alguma.  
No entanto, é irrelevante alcançá-los ou não.  
É apenas necessário mantê-los vivos e procurar atingi-los.*  
Dalai Lama (1935- )

Neste capítulo, apresentamos os referenciais metodológicos que orientaram o presente estudo, uma pesquisa de campo de natureza exploratória. Tem como foco saber se as atuais práticas pedagógicas dos professores do ensino fundamental estão consoantes às demandas sociais do abuso de drogas entre estudantes e, se não for o caso, buscar transformar as práticas atuais em práticas inovadoras em prevenção. Trata-se de uma proposta de construção do conhecimento em prevenção ao abuso de drogas.

Para Turato (2003), na concepção do construtivismo, o “dado” científico do objeto de estudo não é algo que se encontre pronto ou que se evidencie por si próprio. Ao contrário, trata-se de um construto, ou seja, o conhecimento é construído a partir da realidade pensada e refletida. “A razão vai ao real, havendo sempre uma relação dialética entre o sujeito cognoscente e o objeto conhecido que se encontra no mundo externo” (p.232).

Neste caso, as seguintes condições são exigidas: “de um lado a realidade dada, como ponto de objetivo de partida; de outro, a capacidade política de agir, não só no sentido de se organizar de modo competente, mas igualmente de influenciar o quadro objetivo, para torná-lo favorável” (DEMO, 1995, p.96). Tal dinamismo se dá na aproximação entre: a) o ponto de partida, a prática concreta, b) a compreensão da prática para sua superação e c) o ponto de chegada, que é a ação concebida, organizada e recriada em novas condições. A prática, portanto, se caracteriza pelo seu traço concreto, sendo sempre uma opção da teoria que lhe é subjacente. A teoria que se apresenta desligada da prática não se constitui como tal, por não dizer sobre a realidade histórica, isto é, sobre a condição de historicidade da prática. Portanto, teoria e prática são componentes da unidade “práxis humana”, na qual a teoria é a racionalização da prática e a prática, o desenvolvimento concreto da teoria.

Os homens são seres da práxis [...], são seres do quefazer. [...]. Mas, se os homens são seres do quefazer é exatamente porque seu fazer é ação e reflexão. É práxis. É transformação do mundo. E, na razão mesma em que o quefazer é práxis, todo fazer do quefazer terá uma teoria que necessariamente o ilumine. (FREIRE, 1975, p. 145)

Na articulação teoria / prática fundamenta-se o método de investigação dialético, tendência paradigmática da pesquisa científica cujas raízes se encontram no materialismo histórico, que tem como principal representante Karl Marx. A essência filosófica básica sob o prisma dialético é visível nos seguintes princípios: a) lei da totalidade, tudo se relaciona (ação recíproca); b) lei do movimento, tudo se transforma (negação da negação); c) lei da mudança qualitativa, da quantidade para a qualidade (do todo para o novo todo); d) lei da contradição, união e luta dos contrários (DEMO, 1995).

Por vincular a teoria à prática, a metodologia dialética é a abordagem de pesquisa mais fértil para análise dos fenômenos sociais, entre os quais, o campo da educação. Em relação ao fenômeno educativo o ato de conhecer, “é construído como ponto de chegada de um processo que tem origem empírico-objetiva, passa pelo abstrato, de características subjetivas e forma uma síntese na mesma ação de conhecer, quando o conhecido (concreto no pensamento) é confrontado com seu ponto de partida através da prática” (SANCHEZ GAMBOA, 2000, p.103). Em outras palavras, o circuito do conhecimento deve definir a prática concreta dos educadores de forma que a compreensão dessa prática seja geradora de novas práticas educativas.

Com pertinência, esta abordagem leva a reflexões sobre a prática didático-pedagógica do professor em educação preventiva e, em consequência, nos remete às premissas desta pesquisa: 1) a prática pedagógica do professor constitui nosso objeto de estudo, 2) as práticas pedagógicas atuais dos professores podem não estar congruentes à demanda ao abuso de drogas entre estudantes, 3) uma abordagem metodológica que toma a realidade social concreta como ponto de referência, obtém propostas de ações preventivas consistentes e críticas. No entanto, é necessário fazer um diagnóstico das práticas atuais, para isso, há que se compreender a dinâmica social na qual os fenômenos educativos se inserem, se realizam e têm sentido.

Os motivos expostos justificam nossa opção pela abordagem dialética neste estudo, pois, como já registrado, entre as metodologias investigativas, a dialética é aquela que trabalha com a realidade concreta, apresenta proposta de mudança qualitativa e pretensão de síntese. Portanto, afirma-se como um dos métodos mais apropriados para compreensão e explicação das

práticas pedagógicas em prevenção ao abuso de drogas, fornecendo pistas para reformulação das práticas e definindo procedimentos para ações inovadoras em educação preventiva.

Assim, anunciamos os seguintes objetivos para estudo do problema.

## **Objetivos**

Pesquisar se as atuais práticas docentes em educação preventiva atendem às demandas sociais do abuso de drogas entre estudantes e, se necessário, buscar alternativas metodológicas para novas propostas de práticas pedagógicas ligadas ao contexto social.

A consecução do objetivo geral pressupõe o alcance dos seguintes objetivos específicos:

- 1) Investigar se as atuais práticas dos professores em prevenção ao abuso de drogas levam em conta, ou não, situações contextualizadas.
- 2) Realizar o Encontro Pedagógico sobre Abuso de Drogas na Escola à luz do paradigma dialético que possibilite transformar as atuais práticas docentes em propostas de práticas ligadas à realidade social concreta.
- 3) Verificar se os procedimentos metodológicos aplicados têm como resultado propostas inovadoras de práticas preventivas concebidas e organizadas pelos professores nas condições do contexto social.

## **Procedimentos Metodológicos**

Estruturamos a proposta de intervenção da presente tese apoiada na abordagem dialética, cujos princípios são: 1) partir da realidade imediata, isto é, da prática docente atual, que é produto da ação e da experiência cotidiana dos professores adquiridas de um modo talvez não sistematizado, 2) possibilitar aos professores uma reflexão desta prática, pela apropriação de conceitos teóricos, na busca da compreensão da realidade para além da aparência imediata; 3)

com os conhecimentos construídos no processo educativo passar às ações transformadoras da realidade e, conseqüentemente, produzir saltos de qualidade na prática pedagógica do professor. A Figura 3 mostra a dinâmica do processo de investigação deste estudo.

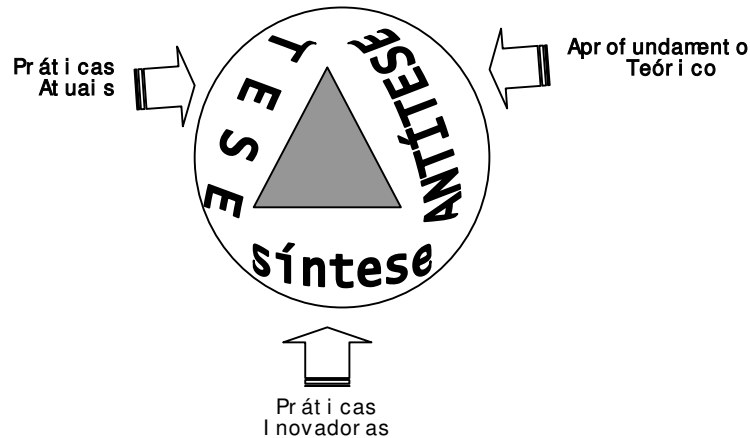


Figura 3 - Modelo de Pesquisa Adotado no Estudo

Cabe tornar claro que, para a presente tese, objetivamos verificar se práticas não contextualizadas, mediadas pelo processo ação-reflexão, resultam em inovadoras propostas de práticas ligadas à realidade social concreta. Não é nosso propósito avaliar a atuação docente e sua prática pedagógica pós-intervenção. Assim sendo, os procedimentos previstos para o estudo de campo são delineados em três linhas de ação, a saber: 1) descrição e explicação da prática pedagógica atual dos professores participantes, 2) aprofundamento teórico para a compreensão da razão de ser daquelas práticas; 3) elaboração de novas propostas (MARTINS, 1989).

O primeiro momento – a *tese* – e o ponto de partida do processo e compreende é a descrição da prática vivida pelos professores no nível empírico, isto é, em observações livres e experiências acumuladas na prática. Já a explicação da prática decorre da análise crítica dos problemas enfrentados - a problematização. Esta problematização torna-se necessária para compreensão dos problemas em suas raízes históricas.

No segundo momento – a *antítese* – é o aprofundamento teórico que busca a razão de ser da prática, no plano da totalidade, segundo os determinantes históricos, políticos e sociais, tendo presente a prática problematizada na *tese*. De modo geral, nesta etapa as pessoas sentem a necessidade de resolver certas dificuldades que são como entraves, que não permitem a passagem para a etapa seguinte. Superar tais dificuldades é indispensável para o prosseguimento do processo, pois é somente na reflexão sobre a prática problematizada, com base em referenciais teóricos, que se apresenta a possibilidade de superá-la.

Finalmente, no terceiro momento –*síntese* – são elaboradas as propostas de práticas inovadoras concebidas e construídas em novas condições e geradas na síntese do processo dialético. As propostas apresentadas pelos professores constituem o ponto de chegada do circuito do conhecimento em prevenção ao abuso de drogas.

## **Amostra**

O estudo propôs-se investigar as práticas docentes em educação preventiva, objetivo que definiu a seleção das participantes pela amostra de conveniência. Houve, portanto, a intenção deliberada na escolha de professoras para compor a pesquisa. Segundo nosso ponto de vista, estas profissionais seriam as pessoas mais autorizadas para trazer informações substanciais sobre suas próprias práticas. Entretanto, atendeu-se a um critério geral para inclusão das participantes na pesquisa, a concordância das mesmas em participarem de acordo com o termo de consentimento, após as informações sobre a finalidade do estudo na abertura do evento.

O grupo selecionado foi composto por vinte e três (23) professoras de educação básica da Secretaria Municipal de Educação (SME), de uma Prefeitura Municipal do interior Estado de São Paulo, assim distribuídas pelas áreas de trabalho: nove (9) em educação infantil, doze (12) no ensino fundamental, uma (1) em educação de jovens e adultos e uma (1) nas três áreas. As professoras assumiram, no ano letivo de 2004, as seguintes funções: quatorze (14) professoras de classe, uma (1) coordenadora de escola, uma (1) diretora de escola, seis (6) supervisoras da SME e uma (1) monitora de cursos da SME.

Quanto ao tamanho da amostra ser de vinte e três (23) professoras, vale mencionar que a abordagem metodológica admite uma amostra estar fechada quando o número de participantes atende aos requisitos específicos, segundo o arbítrio e

interesse científico do pesquisador. (BOGDAM & BIKLEM, 1998; MINAYO, 1999; TURATO, 2003). Para Sandelowski (1995, p. 183 apud Turato, 2003, p. 361),

é a [amostra] que permite - em virtude de não ser grande - a profundidade e a análise orientada para o caso, que é a marca de todos os inquéritos qualitativos, e que resulta - em virtude de não ser muito pequena - uma nova e ricamente tecida compreensão da experiência.

Tratando-se de pesquisa que tem pessoas como objeto de estudo, mais que nunca é preciso o cuidado ético no que tange, principalmente, aos princípios da autonomia, da beneficência e da não-maleficência. Autonomia, de modo que os participantes possam aderir voluntariamente à proposta cientes da natureza do estudo e das obrigações nele envolvidas. A beneficência está no gesto voluntário do participante em colaborar para o conhecimento científico e em benefício de outrem. Não-maleficência significa garantir a privacidade do participante, não o expondo a riscos superiores aos ganhos que possam advir.

Operacionalmente para esse estudo foram adotadas e explicitadas às participantes as seguintes normas: a) as professoras tiveram suas identidades protegidas, tanto no material escrito quanto no relato verbal; b) as participantes foram bem informadas sobre os objetivos da pesquisa e o seu consentimento obtido; c) na negociação para autorizar o estudo, a pesquisadora foi clara e explícita com todos os intervenientes relativos aos termos do acordo respeitando-o até a finalização do estudo (BOGDAM & BIKLEM, 1998; TURATO, 2003).

Para a adesão das participantes, utilizamos o modelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), no qual cada professora assinou atestando sua concordância em participar da intervenção pedagógica. Cabe enfatizar, ainda, que todos os cuidados éticos tomados no presente estudo foram baseados e estão em consonância com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

## **Coleta de Dados**

Os dados foram coletados junto às professoras das escolas da rede pública da Secretaria Municipal de Educação (SME), no que denominamos Encontro Pedagógico sobre Prevenção ao Abuso de Drogas nas Escolas. Em contato com a SME, expusemos o planejamento

à análise da Assessora Pedagógica e, aceita a proposta, ambas determinamos os procedimentos gerais como: amostra dos participantes, período e horário de realização, carga horária global e diária, local e outros que foram necessários.

Conforme vimos, o processo dialético envolve dentro de si a polarização da prática (*tese*) e da teoria que está por trás desta (*antítese*), gerando as condições de aparecimento de uma nova prática (*síntese*), três momentos vividos pelas professoras no decorrer da programação do Encontro Pedagógico sobre Prevenção ao Abuso de Drogas nas Escolas.

Inicialmente, em questionário aberto (APÊNDICE C), as participantes deram respostas individuais sobre a realidade concreta e imediata em relação às práticas pedagógicas de prevenção ao abuso de drogas, trata-se da *tese*. Em seguida, na *antítese*, a reflexão sobre a prática determinou a compreensão profunda dos conceitos relativos à educação preventiva, levando-se em conta as leis da dialética: princípio da totalidade, princípio do movimento e princípio da contradição. Como técnica de registro da *antítese*, adotamos a observação livre e dirigida, relatos escritos e orais, imagens de sucata, desenhos, colagens, vivências e expressão gestual.

Finalmente, na *síntese*, as respostas a um segundo questionário individual aberto (APÊNDICE D) possibilitaram verificar se os conhecimentos construídos geraram práticas inovadoras e, portanto, se houve mudanças qualitativas nas concepções acerca da prática pedagógica das professoras. Confrontar tese/síntese permite confirmar ou refutar os pressupostos iniciais do estudo.

## Procedimentos Pedagógicos

O planejamento do Encontro Pedagógico sobre Prevenção ao Abuso de Drogas na Escola apresentado à SME para análise foi mais uma direção do que se pretendia implementar, do que uma programação detalhada. Os procedimentos metodológicos descreveram uma direção definida, porém a proposta pedagógica progressivamente adquiriu contornos à medida que avançou no trabalho junto às professoras. Os temas e os procedimentos didáticos foram decididos a partir das necessidades das participantes, discutidos no primeiro momento do Encontro. Contudo, *a priori* uma estrutura básica fez-se necessária para escolha dos principais tópicos em

torno dos quais se aglutinaram os diversos conceitos. Neste sentido, o planejamento foi constituído por três eixos teóricos cujos temas serviram de parâmetro para o trabalho pedagógico, a saber: a) droga: perspectiva biológica, psicológica e social; b) saúde e prevenção; c) educação preventiva e prevenção ao abuso de drogas na escola. O plano e as atividades do Encontro constituem o (APÊNDICE E)

Em relação aos procedimentos didáticos, selecionamos aqueles que caracterizassem o método dinâmico-vivencial, mobilizassem grupos e incrementassem a produção coletiva. Neste sentido, as atividades mostraram-se participativas e conscientemente direcionadas, pois permitiram às professoras não só explicitar conceitos, princípios, atitudes e valores, como ainda, buscar soluções às questões propostas. Ao tomar a realidade concreta como matéria-prima proporcionamos “o momento de encontro entre a vida e a teoria, onde o esforço pedagógico expressa-se na tentativa de traduzir a teoria em vida, *vivenciá-la*.” (IASI, 1999, p.54). Acreditamos que, a partir daí, a teoria passa a fazer sentido.

O material didático oferecido foi elaborado e organizado pela pesquisadora e constou de um polígrafo, denominado Livro das Participantes, composto de duas partes: 1) registro para as atividades de grupo e 2) textos de reflexão (APÊNDICE F). Os recursos audiovisuais deram apoio às atividades. Foram utilizados TV e vídeo, retroprojetor, aparelho de som e textos especialmente elaborados para o Encontro. A avaliação processual teve a finalidade de apontar à pesquisadora quais as áreas que mereceram maiores explorações, os aspectos que deveriam ser eliminados e as novas direções a serem trilhadas.

O Encontro Pedagógico teve carga horária global de trinta horas e diária de três horas, de segunda à sexta feira, durante dez dias, em duas turmas: uma pela manhã e outra à tarde. A SME apoiou o Encontro disponibilizando sala, equipamentos, bem com uma professora para secretariar o Encontro.

## **Análise dos Dados**

Nesta seção, no primeiro momento, a título de ilustração, apresentamos uma síntese dos referenciais teóricos que conduziram a investigação, expressos no Quadro 4 Princípios

Metodológicos da Tese. Em seguida, são descritos etapas e procedimentos realizados para análise dos dados da pesquisa. Como norteadores da análise consideramos os estudos de André (1989), Bogdan e Biklen (1998), Demo (1995), Sanchez Gamboa (2000) e Turato (2003).

Quadro 4 - Princípios Metodológicos da Tese

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paradigma                  | Dialético<br>Conceitos - chave: Tese-antítese-síntese. Passagem da quantidade à qualidade. Interpretação dos contrários. Negação da negação. Totalidade. Relação recíproca.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nível Teórico              | Estudos sobre experiências, práticas pedagógicas, processos históricos, discussões filosóficas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Nível Epistemológico       | Inter-relação do todo com as partes e vice versa, da tese com a antítese, dos elementos da estrutura econômica com os da superestrutura social, política, jurídica, intelectual, etc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Pressupostos Gnosiológicos | “Concreticidade” centralizada na relação dinâmica sujeito/objeto que ocorre no ato de conhecer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Pressupostos Ontológicos   | Homem social e histórico criador e transformador da realidade social. Educação vista como uma prática de formação social.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Nível Metodológico         | Objetivo da pesquisa: Superação da tese x antítese promovendo a síntese.<br>Desenho da pesquisa: Processual, aberto e flexível. Síntese das premissas contraditórias.<br>Proposta de investigação: Breves e especulativas. Sugere áreas para as quais a investigação possa ser relevante. Busca superação.<br>Amostra / grupo de estudo: Adequado ao estudo qualitativo composto de voluntários.<br>Relação pesquisador / participantes: Relação proximal objetivando mudança qualitativa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Nível Técnico-instrumental | Dados: Discurso dos participantes. Documentos oficiais e outros. Compara, contrapõe e reúne dados quantitativos e qualitativos como: dados descritivos, notas de campo, fotografias, contagem e medidas da estatística descritiva.<br>Técnica de registro de dados: Observação participante. Observação. Questionário aberto. Estudo de vários documentos. Depoimentos. Vivências. Narrações. Mensagens intencionais e não-intencionais, explícitas ou implícitas, verbais ou não-verbais, alternativas ou contraditórias.<br>Instrumentos de pesquisa: Dinâmicas e vivências.<br>Técnica de tratamento de dados: Processual. Procedimentos do método dialético. Análise de Conteúdo.<br>Apresentação dos resultados: Descritivo com citações ilustrativas.<br>Discussão dos resultados: Discussão e interpretação dos resultados à luz da literatura da área. |

O dinamismo dialético admite a inter-relação entre as condições objetivas/subjetivas e as dimensões quantitativas/qualitativa da realidade. As dimensões quantitativas são mais facilmente acessíveis às condições objetivas, mais adaptáveis à captação científica, pois mais adaptáveis à formalização. Já a dimensão qualitativa, é mais apropriada às opções humanas, sobretudo em processos participativos.

Quer seja um contexto quantitativo ou qualitativo, para obtenção dos dados que expliquem seus elementos constituintes, necessita-se eleger os métodos que busquem estes dados. Os métodos são expressos por técnicas que viabilizam sua implementação em situações concretas. Ambos têm significações e aplicações dependendo da abordagem paradigmática na qual estão inseridos. Em última instância, método e técnica refletem a cosmovisão que os fundamentam. Tais considerações aqui são tecidas para explicitar nossa opção neste estudo pelos métodos e técnicas qualitativos para a realização do estudo como um todo e para a análise de dados.

A técnica escolhida para análise e tratamento dos dados foi a Análise de Conteúdo. A análise esteve presente nas diversas fases do estudo de campo, tendo sido um processo integrado à coleta de dados. O material para análise encontra-se nos discursos das professoras, nos relatórios escritos, nos relatos orais, nos objetos construídos, nos cartazes confeccionados, nas narrações e nos gestos das participantes expressando valores, concepções, conceitos, comportamentos.

Segundo Bardin (1995), a organização da análise obedece às seguintes fases: a) pré-análise, b) exploração do material, c) tratamento e interpretação dos resultados. A pré-análise é a fase de organização e estabelecimento de um programa flexível e preciso. Estabelecemos o primeiro contato com o material a partir de uma leitura inicial para tomar posse de seu conteúdo e fazermos a escolha dos documentos. A segunda fase caracterizou-se pela exploração do material, isto é, pela passagem dos dados brutos para dados organizados. Realizamos a organização em torno do processo de categorização, ou seja, “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero[...]”(BARDIN, 1995, p. 117). Os dados brutos podem ser submetidos a uma ou várias dimensões de análise, desde que na classificação dos elementos seja investigado o que cada um deles tem em comum com outros e, a partir disso, organizar as categorias.

Dentre os possíveis critérios de análise, escolhemos o critério da relevância que considera “em destaque um ponto falado sem que [...] apresente certa repetição no conjunto do material coletado, mas que na ótica do pesquisador, constitui-se de uma fala rica em conteúdo a confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação”.(TURATO, 2003, p.446). Esta é uma posição não-ortodoxa em análise de conteúdo

mostrando o papel, não só da lógica e da objetividade, mas também, da intuição e da subjetividade. Como consequência, destaca o pesquisador como um elemento importante na construção de um sistema de categorias e, leva em conta sua orientação teórica, sua experiência anterior, sua interação com o objeto pesquisado, seus valores, suas crenças e perspectivas. (ANDRÉ, 1989). A partir desta visão, orientamos o processo de selecionar e categorizar os dados da presente análise.

Cabe ressaltar que, tanto no primeiro quanto no segundo questionário, as questões abertas permitiram às participantes mencionarem mais de uma idéia ou resposta em cada pergunta. Para a consistência do processo de categorização dos dados, realizamos uma avaliação externa da seguinte forma: uso de um juiz independente que analisou 5% das respostas para questão sobre prevenção ao abuso de drogas na escola. As respostas foram selecionadas aleatoriamente, sendo 90% a porcentagem de correspondência atingida entre a pesquisadora e o juiz independente.

Além da Análise de Conteúdo, analisamos os dados por meio dos procedimentos da estatística descritiva, na qual porcentagens de respostas e distribuição de frequências foram estimadas para indicar a relevância com que categorias e subcategorias se apresentaram. As categorias e subcategorias organizadas foram as seguintes, a saber: 1) divulgação de informações: respostas nas quais a prevenção é vista como fornecimento de informações de ordem sanitária sobre substâncias psicotrópicas e seus efeitos; 2) planejamento educacional: respostas nas quais o atuar preventivo diz respeito à importância das ações planejadas, destacando uma ou mais fases do processo de planejar; 3) promoção da saúde: respostas nas quais a prevenção está associada ao processo de escolhas para uma vida biopsicossocial saudável; 4) papel da escola: respostas nas quais a prevenção é relacionada à gestão do sistema educativo, quer no interior da escola, quer nas suas interfaces com a sociedade; 5) prática docente: respostas associadas ao papel do professor como mediador de uma educação que visa a formação psico - afetiva do aluno. São distinguidas duas subcategorias: 5.1) formação do professor, respostas associadas à necessidade de atualização de conhecimentos e competências do professor em prevenção ao abuso de drogas; 5.2) abordagem afetiva: respostas associadas a métodos didáticos ativos que visam propiciar vivências no campo do conhecimento ou do afeto para que o estudante possa ser mais estruturado, consciente e questionador.

As categorias e sub-categorias da Análise de Conteúdo foram determinantes na análise e discussão dos dados da pesquisa. A título de ilustração incluímos citações literais das falas das participantes.



## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*A vocação histórica não é sina, mas, possibilidade.  
E não há possibilidade que não se exponha à negação, à impossibilidade.  
E vice-versa, a coisa hoje impossível pode ser possível um dia.*

In: À sombra da mangueira.  
Paulo Freire (1921-1997)

Nesta seção apresentamos e discutimos os resultados provenientes do trabalho de campo. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e delineamento metodológico à luz do paradigma dialético.

A intervenção pedagógica, denominada Encontro Pedagógico em Prevenção ao Abuso de Drogas na Escola, tomou como modelo a experiência em abordagem dialética de Martins (1989). Conforme já descrito, o Encontro apresentou três momentos: descrição e explicação da prática pedagógica atual das professoras, compreensão dessa prática pelo aprofundamento teórico e elaboração de propostas para novas práticas. Vale esclarecer que o material coletado assumiu um sentido amplo, de modo a captar os diversos significados das experiências vividas. Além dos depoimentos escritos nos questionários abertos, incluímos informações obtidas em atividades de grupo, vivências e narrativas manifestadas nas mensagens das participantes. Tais dados permitiram um processo de análise de maior amplitude.

### 1º. Momento – Tese

A descrição da prática das participantes no plano empírico, constitui o ponto de partida do processo metodológico. Com base em pré-pesquisa, buscamos obter um quadro demonstrativo do que acontecia na prática concreta das participantes. Para isso, foi utilizado o

questionário aberto, individual - Questionário 1, que constou das seguintes questões: 1) O que você entende por prevenção ao abuso de drogas? 2) Você acha que ações educativas podem prevenir o abuso de drogas? 3) As escolas devem desenvolver ações preventivas ao abuso de drogas? Como? 4) Como você vê a prevenção ao abuso de drogas na sua escola? Quais as dificuldades encontradas?

Os resultados do Questionário 1 são encontrados na Tabela 6: questão 1, questão 2, questão 3 e Tabela 7: questão 4.

Tabela 6 – Categorias segundo as respostas do Questionário 1, relacionadas ao conceito de prevenção, às ações educativas em prevenção e ao “como” desenvolver ações preventivas na escola

| CATEGORIAS                | Questão 1 |     | Questão 2 |     | Questão 3 |     | Total |     |
|---------------------------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-------|-----|
|                           | N         | %   | N         | %   | N         | %   | N     | %   |
| Divulgação de Informações | 15        | 60  | 05        | 22  | 10        | 40  | 30    | 37  |
| Prática Docente           | 06        | 24  | 09        | 39  | 04        | 16  | 20    | 25  |
| Planejamento Educacional  | --        | --  | 06        | 04  | 10        | 40  | 20    | 25  |
| Promoção da Saúde         | 03        | 12  | --        | --  | --        | --  | 03    | 04  |
| Não respondidas           | 01        | 04  | 05        | 22  | 01        | 04  | 07    | 09  |
| Total                     | 25        | 100 | 23        | 100 | 25        | 100 | 80    | 100 |

Tabela 7 – Categorias segundo as respostas do Questionário 1, relacionadas à presença ou ausência de programas preventivos nas escolas

| CATEGORIAS                                         | N  | %   |
|----------------------------------------------------|----|-----|
| Presença de:                                       |    |     |
| programas desencadeados pela escola                | 02 | 05  |
| programas só para alunos da 4 <sup>a</sup> . série | 10 | 25  |
| Ausência de programas preventivos                  | 16 | 40  |
| Dificuldades encontradas                           | 10 | 25  |
| Questões não respondidas                           | 02 | 05  |
| Total                                              | 40 | 100 |

Os resultados que se referem aos dados da Tabela 6 apontaram para uma concepção de prevenção voltada, predominantemente, para a divulgação de informações de ordem sanitária. Neste caso, duas situações se apresentam. A primeira nos remete aos primórdios da educação preventiva, cujo núcleo do ensino compunha-se de informações relativas às drogas e seus efeitos. O objetivo era exortar “não às drogas” para afastar os jovens desta substância. A estratégia era focar os danos causados pelo uso com a intenção de chocar, amedrontar e, assim, dissuadir. Tal abordagem, com o correr do tempo, mostrou-se equivocada. Proibições enfáticas e perspectivas de perigo vão ao encontro da extrema onipotência do jovem. A “guerra às drogas” apresenta-se como uma prática de contestação e,

portanto, a transgressão torna-se uma postura de afirmação que a rebeldia do adolescente necessita para confrontar autoridades e regras estabelecidas. (ARATANGY, 1998).

Uma segunda perspectiva refere-se ao modelo conhecimento científico, que visa fornecer informações sobre drogas de forma imparcial e científica. Acredita-se que o estudante bem informado seja capaz de tomar decisões racionais sobre drogas. As avaliações sobre esta abordagem também não se mostraram positivas. Informações por si só não são suficientes para fundamentar escolhas individuais em termos de droga. Não basta priorizar o cognitivo, há que se propiciar o necessário envolvimento subjetivo do aluno, por se tratar de atitudes e valores. Na prática escolar, alguns programas preventivos têm como meta explícita esta abordagem.

Fornecer informações para persuadir a não usar drogas, no cômputo geral, foi a mais enfatizada. Dentre as oitenta respostas, trinta delas (37%) mostraram que a solução para a questão da droga seria informar sobre os malefícios da mesma, como comprovam os depoimentos a seguir:

*Tendo a informação, a criança conhece melhor o que é e o que não é bom para ela.*

*É preciso informar aos alunos sobre os riscos que o uso e abuso de drogas trazem.*

*São ações que alertam a todos sobre todos os prejuízos causados pela droga em nossa saúde.*

*A escola deve passar para os alunos o que é e como fica uma pessoa que se vicia.*

*Deve-se trabalhar o tema, informando e esclarecendo dúvidas.*

*Trabalhando com informações sobre drogas, trabalhando alunos e pais com palestras de especialistas, psiquiatras, psicólogos.*

A ênfase dada à informação denota falta de uma perspectiva globalizante de educação preventiva, na qual é essencial uma visão integrada do ser humano. Acrescenta-se, ainda, que a prevenção ao abuso de drogas se realiza na relação afetiva entre professores e alunos.

No questionário, também foram registrados resultados que dizem respeito à ação pedagógica dos professores. As 20 respostas, que reunimos sob a denominação de prática docente, representaram 25% de um total de oitenta (100%). Por ser de ordem educativa, verificamos que nelas predominaram aspectos de base afetiva e valorativa, como os registros a seguir:

*Enfatizando as coisas boas da vida e do ser humano.*

*Só através de ações educativas onde o respeito, a parceria, a solidariedade e o reconhecimento do outro poderão prevenir e ajudar nossa clientela escolar.*

*Desenvolvendo ações acima de tudo que tenham como foco o resgate dos valores e a valorização do ser humano.*

*Esclarecer, orientar e trabalhar com os alunos a importância de se viver bem, de saber que é respeitado e estimular sua auto-estima.*

*As ações educativas devem levar a criança a ter alta auto-estima.*

*Trabalho contínuo desde cedo com as crianças como: auto-estima, resgate de valores, solidariedade, partilha, dignidade, respeito.*

As participantes que deram estas respostas parecem compreender que um dos caminhos para a prevenção é desenvolver o autoconhecimento e a auto-estima, e adotar valores universais como tolerância, solidariedade, paz, justiça, direitos humanos, respeito às diferenças.

Encontramos resultados que sugerem realização de programas, projetos, palestras, gincanas, filmes com o objetivo de promover discussões em torno do tema. Cabe esclarecer que estas escolhas, embora ainda de cunho informativo, apontavam para ações que exigiam um planejamento prévio e, por esse motivo, consideramos relacionadas ao ato de planejar. As 20 respostas associadas ao planejamento representaram 25% entre oitenta registradas no questionário. São exemplos desse tipo de relato:

*Palestras, cursos que sensibilizem os jovens.*

*Trabalho contínuo que envolva a família. Palestras constantes de orientação aos pais.*

*Palestras para alunos e pais com pessoas especializadas e com bom conhecimento do assunto como professores da área, psicólogos e psiquiatras.*

*Chamar doutores para falarem sobre o assunto com clareza e linguagem simples.*

As respostas mostraram a necessidade de ações planejadas, embora apresentassem uma visão nebulosa do que deva ser um planejamento para a prevenção. Conforme defende Santos (2004, p. 140), “solicitar palestrantes parece-nos uma reação reveladora de entendimento do que seja o processo preventivo na sua filosofia e revela-nos resquícios de modelos antigos de prevenção, os quais não surtiram efeitos positivos”.

Verificamos, ainda, o registro de opções que relacionaram a prevenção ao processo de escolhas para uma vida biopsicossocial saudável. Foram somente três respostas relacionadas à promoção da saúde correspondendo a 4% do total de oitenta respostas. Este número pequeno de escolhas demonstra a falta de conhecimento de que tanto a promoção da saúde, quanto à prevenção encarnam a nova conceituação de saúde, de acordo com o descrito na segunda seção dessa tese.

Uma das questões dirigida às participantes teve em vista verificar se as escolas desenvolviam ou não a educação preventiva, com foco na prevenção ao abuso de drogas. Entre as quarenta respostas obtidas, a presença de programas preventivos foi registrada em 30% (N= 12) das respostas, sendo que destas, 25% referiam-se a um programa desenvolvido em parceria com outra instituição e, somente, para alunos da 4<sup>a</sup> série. Um percentual de 40% (N= 16) revelou desconhecer algum tipo de trabalho preventivo nas escolas. Em relação às dificuldades encontradas, 25% das respostas apontaram para a falta de formação dos professores em prevenção ao abuso de drogas.

É oportuno sublinhar que o primeiro momento do processo pedagógico, a descrição e explicação da prática das professoras, tomou por base os elementos da prevenção ao abuso de drogas de forma a possibilitar a compreensão da prática em suas múltiplas determinações. Além das informações registradas na pré-pesquisa, as participantes refletiram, em pequenos grupos, sobre as dificuldades do cotidiano frente à educação preventiva. Para orientar a descrição sugerimos, “descrevam (contem) suas práticas pedagógicas considerando a prevenção ao abuso de drogas...” Cabe assinalar que as respostas individuais ao questionário constituíram-se em elementos importantes por servirem de referência e orientação à reflexão dos grupos.

A atividade seguinte foi a apresentação das reflexões dos subgrupos em plenária. As participantes socializaram as discussões compartilhando dúvidas, experiências e preocupações em relação ao abuso de drogas. Mediante estes procedimentos ficou claro que os problemas eram comuns, não individuais, e, sim, coletivos, por terem uma base comum originada na prática. Observamos que os problemas descritos, a princípio, foram sentidos e vividos pelas participantes sem a devida compreensão da suas raízes. Era preciso superar esse caráter sincrético, essa visão caótica dos problemas, “uma vez que, por mais conhecimentos e experiências que [as participantes] detenham, sua própria condição [...] implica uma impossibilidade, no ponto de partida, de articulação da experiência pedagógica na prática social de que participam”. (SAVIANI, 1977, p. 80)

## 2º. Momento – Antítese

Em busca de uma compreensão crescente, tornou-se necessário explicar a razão de ser dos problemas, exercendo uma análise crítica sobre a realidade, isto é, problematizando. Para Freire (1975) a prática problematizadora implica num constante ato de desvelar a realidade, pois pela problematização as pessoas vão...

... desenvolvendo seu poder de captação e de compreensão do mundo que lhes aparece, em suas relações com ele, não mais como uma realidade estática, mas como uma realidade em transformação, em processo. (p. 82)

Assim sendo, precisávamos encontrar referências para a explicação das práticas, para isso, tomamos como mediação às diversas representações da droga. O trabalho desenvolveu-se por atividades de cunho dinâmico - vivencial com as seguintes fases: 1) aquecimento, contato inicial visando favorecer o trabalho; 2) dinâmica e vivência propriamente dita, que pode ser qualquer atividade de natureza expressiva como: uma colagem, um jogo, uma montagem; 3) comentários sobre as experiências pessoais do que foi sentido, percebido e vivido; 4) processamento teórico, para introduzir conceitos com o apoio de textos que garantiram a fundamentação teórica.

Nas dinâmicas e vivências, adotamos a técnica da concretização, isto é, a representação de alguma realidade por meio de objetos inanimados, como forma de manifestar um conteúdo anteriormente simbolizado apenas pela palavra. Vale esclarecer que essas atividades iniciais tomaram como exemplo a experiência do trabalho educativo em prevenção ao abuso de drogas na escola, descrito por Santos (1999). As atividades propostas foram dedicadas a desmistificar a questão da droga a partir de uma abordagem biopsicossocial. Entendemos que desmistificar não é minimizar, mas possibilitar uma abordagem preventiva que inclua uma vida saudável. Como estratégia, colocamos as participantes em contato com as possíveis representações de droga em diversas vivências para buscarmos explicações fidedignas e, então, estarmos o mais próximo possível do racional e do conceitual.

Na primeira dinâmica, solicitamos que, individualmente, representassem a droga em peças de sucata. Os objetos selecionados foram explicitados, deste modo: caixa de adoçante, *FINN de uma vida saudável*; caixa escura, *tristeza*; seringa, *usual em dependentes*,

caixa de remédios, *uso indiscriminado de fármacos*; flores coloridas em caixa preta, *percurso do usuário de drogas*; canudo de papelão, *túnel sem saída* e outros.

Em outra dinâmica, o grupo foi dividido em quatro subgrupos segundo temas que lembrassem droga, tais como: curiosidade, tristeza, ojeriza e terror, prazer e fuga. A partir daí, as participantes conversaram e responderam aos temas por meio de construções em sucatas, elaboradas coletivamente. Os objetos construídos representavam, entre outros, seringas de droga injetável, caixões evidenciando mortes, cruzeiros simbolizando sofrimento, cor preta significando luto.

Uma das vivências tratou da classificação das drogas e seus efeitos - depressor, estimulante e perturbador, para isso usamos como metáfora melodias suave, estrondosa e dissonante. Associando as melodias ao efeito das drogas desejávamos mostrar que, tal como as melodias, os psicotrópicos causam diferentes efeitos nas pessoas. As músicas, segundo os relatos posteriores, provocaram diferentes reações: tristeza, alegria, calma, irritação, rejeição, sono, entre outras.

Novamente formamos subgrupos, cada um recebeu um conceito para discutir: dependência, tolerância, síndrome de abstinência e escalada. O passo seguinte foi traduzir o significado dos conceitos por meio de um slogan, um jingle, um verso, uma colagem, um desenho ou uma poesia. Foram montados murais com desenhos, gravuras e frases, como por exemplo:

*Não jogue sua vida fora! A escalada da droga é um muitas vezes caminho sem volta.*

*Síndrome da abstinência. Você está envolvido com drogas. Está na hora de mudar. No começo não é fácil. Procure ajuda. Você terá um final feliz.*

*Dependência: Pense e reflita. Por mais bonita que a droga pareça, uma hora ela mostra sua cara, então, vale a pena lutar pela vida.*

*Tolerância: se você usa algum tipo de droga, pense o quanto a vida é bela. Seja tolerante consigo mesmo, deixe a tolerância longe. Viver é uma raridade. Muitas pessoas apenas existem. Faça parte do viver, seja feliz.*

Tais dinâmicas e vivências foram muito ricas para nos dizer sobre os conteúdos internos e as percepções das participantes em relação às drogas. Notamos dificuldades em abordar o assunto. Para Santos (2004, p.121), “a dificuldade de tratar certos assuntos está relacionada às nossas dificuldades de lidar com o que eles mobilizam em nós”. Era urgente, portanto, que cada participante, uma a uma, tivesse claro seu sentimento, motivação e ideologia para que pudéssemos falar com mais naturalidade sobre drogas. E, a partir daí, ampliarmos nossos canais de comunicação facilitando o trabalho preventivo.

Estes momentos de sensibilização permitiram que aspectos da vida pessoal das participantes emergissem espontaneamente. A este respeito, Freire (1975, p.133) acredita que as pessoas “vão extrojetando pela força catártica da metodologia uma série de sentimentos, opiniões de si, do mundo e dos outros que, possivelmente, não extrojetariam em outras circunstâncias diferentes”. De fato, entre nós, foi estabelecido o *rapport*, ou seja, “um sentimento de acordo, simpatia e responsividade mútua entre uma pessoa e outra” (CAMPBELL, 1996, p.607), como afirma o seguinte depoimento, *gostei muito do relacionamento do grupo do qual ouvi relatos emocionados que fazem a gente refletir*.

Nas reflexões de cada dinâmica, em plenárias, constatamos que, em todas as situações expostas, o tema droga esteve maximizado. O luto, o medo, a tristeza faziam-se presentes, evidenciando a ligação entre droga e terror. Embora com bom suporte intelectual, as participantes demonstraram ser influenciadas pelo amedrontamento, ou seja, a estratégia de prevenção que utiliza campanhas preconceituosas, sensacionalistas e exageradas para atingir o público.

Vale reafirmar a importância dos comentários e das reflexões socializadas em plenária. Segundo Martins (1989), é na participação coletiva do conhecimento que o processo pedagógico se organiza. É problematizando que se efetiva a sistematização do conhecimento, enquanto teoria. Nesta fase da intervenção,

As questões puramente teóricas são evitadas, para buscar, na teoria sistematizada, os parâmetros que permitem explicar os problemas concretos postos pela prática vivenciada. Essa explicação se dá, num primeiro momento, através da relação entre elementos que se apresentavam como caóticos, desarticulados, isolados. Posteriormente, a compreensão dos determinantes profundos da prática permitirá negá-la dialeticamente, criando novas alternativas de soluções. Essa é uma característica importante da metodologia implementada. (p. 104)

Como se pode perceber, o entendimento da prática pedagógica em sua totalidade requer que se vá para além das explicações. O segundo momento do Encontro, compreensão da prática, amplia análise e aprofunda reflexões com base em referenciais teóricos. À medida que se processavam as reflexões, iam sendo colocados os pressupostos teóricos que permitiam às participantes se apropriarem dos conteúdos preventivos, investidos agora em elementos ativos de transformação da prática pedagógica. A incorporação da teoria fez-se por leituras críticas de textos elaborados especialmente para o Encontro. Fez-se, também, pela adoção de métodos dinâmicos que possibilitaram vivenciar o coletivo. Na

ocasião, as participantes reunidas em subgrupos procuravam soluções concretas às proposições que lhes apresentávamos. Em plenário, socializavam suas conclusões.

Tendo em vista a extensão dos dados obtidos, seguem algumas questões, dentre outras propostas, colocadas às participantes. Tratava-se de estudar temas como, por exemplo, o binômio saúde / doença. Quando perguntado: o que é saúde? A resposta trouxe a idéia de saúde em seu sentido mais flexível e abrangente por enfatizar a importância das dimensões social, cultural e econômica para uma vida saudável. Ao serem analisadas as possibilidades do trabalho preventivo frente à realidade da escola, começou a ser entendido que o exercício da prevenção exige atenção a certas condições que resguardecam a saúde. Estas conclusões foram obtidas após leitura e interpretação de textos, gravuras e letras de músicas distribuídas aos subgrupos. O material didático de apoio à discussão foi bastante valorizado, conforme esta fala, *pude enriquecer ainda mais meus encontros pedagógicos utilizando todo esse material que me foi passado aqui sobre saúde.*

Ao mesmo tempo em que os estudos avançavam, foram-se instalando contradições entre o modo de atuar e as estratégias de educação preventiva. As participantes, ao compreenderem a razão de ser das contradições de suas práticas, começam a negá-las dialeticamente, para proporem outras práticas. Deste modo, analisando os fatores de proteção e os fatores de risco ao abuso de drogas, o grupo percebeu que, tanto risco quanto proteção, podem ser encontrados no “fazer” da própria escola. Sem desconsiderar que tais situações existam fora do ambiente da escola, as participantes concluíram que, em termos de ações concretas, a prática escolar é capaz de viabilizar a diminuição de riscos e o aumento de proteção.

Ao ser perguntado: quais os fatores de risco na escola? as respostas foram as seguintes *falta informação, falta parceria escola/família, falta de formação pedagógica dos professores, ensino inadequado.* Da mesma forma, na questão: como fortalecer os fatores de proteção? encontramos como respostas: *definir o projeto pedagógico, valorizar a produção dos alunos, trabalhar as diferenças, cuidar da auto-estima, interagir com a família dos alunos, estimular a formação continuada dos professores.* Em relação à resiliência este depoimento é bastante significativo: *... conheci o que significa resiliência, com a qual fiquei comovida em saber de seus resultados e que pode ser desenvolvida pela ação da escola.*

Prevenção é trabalho coletivo e interdisciplinar. A educação preventiva ao abuso de drogas nas escolas exige planejamento de ações. Considerando tais assertivas, formamos três subgrupos - plano, programa e projeto, cada um procurou discutir, analisar e chegar a um consenso quanto às estratégias preventivas em nível de Município, de Secretaria e de Escola. Para as participantes,

*É importante um plano de ação amplo onde todas as secretarias do município estejam envolvidas.*

*Acredito que se tenha que trabalhar com um plano, um programa, um projeto que se fundamentem no conhecimento da comunidade e em metodologias científicas.*

*O projeto da escola deve incluir palestras, campanhas de conscientização e capacitação com profissionais especializados.*

*É preciso conhecer bem a comunidade para depois planejar intervenções eficazes em sala de aula.*

*Deve-se desenvolver esse trabalho dentro das disciplinas, no dia-a-dia escolar.*

*Quero trabalhar com o tema transversal, inserindo os conteúdos preventivos através de projetos sobre Água ou Trânsito ou Energia.*

A proposta do Tema Transversal em Prevenção ao Abuso de Drogas, recebeu atenção, especialmente, quanto à elaboração de projetos a serem desenvolvidos em sala de aula. O próximo passo foi explorar os conteúdos do Tema Transversal em Prevenção ao Abuso de Drogas. Por entendermos que

O nosso sistema educacional está perdendo a noção da realidade existencial mais ampla do ser humano, ao enfatizar o desenvolvimento intelectual em detrimento de uma formação mais abrangente, que vise à totalidade das necessidades humanas e que envolva, também, aspectos pré-intelectuais como os sentimentos e as ações. (ARANTES, 1993, p.7)

Assim, optamos por promover atividades pedagógicas lúdicas que exercitassem o cognitivo e o afetivo, e atuassem no plano da criatividade. Segundo ARANTES (1993), tais atividades são descontraídas, relaxantes, instrutivas e formativas já que promovem a descoberta e o fortalecimento do potencial humano. Estas vivências contemplam o pensar, o sentir e o agir de forma harmoniosa e visam eliminar a dicotomia entre mente e corpo de uma pedagogia intelectualista e convencional. Por outro lado, acreditamos ser necessário que professores, de modo geral, vivenciem novas maneiras de aprender para que possam implementá-las junto aos alunos.

As dinâmicas realizadas estavam contidas em dois blocos de conteúdos preventivos, entre outros, a saber: autoconhecimento para o autocuidado e riscos à saúde. Para o presente relato, selecionamos a vivência “As Mãos”, que tem como pressuposto - o corpo

fala e significa, e como objetivos tomar ciência de seu próprio corpo como um organismo unificado, conhecer algumas possibilidades expressivas do corpo e tornar possível a percepção da identidade corpórea. A atividade em questão “As Mãos”, compreendeu a seguinte seqüência de dinâmicas: Descoberta de si mesma (percepção de si mesmo), Jogo do Contorno (percepção de si mesmo); Gravuras, um objeto intermediário (percepção do outro); Dança das luvas (identidade grupal) e Projeção do vídeo: *Anima Mundi*, 1988.

Tivemos a oportunidade de verificar a satisfação das professoras em compreender que prevenção ao abuso de drogas se faz no dia-a-dia da sala de aula, em abordagens dinâmicas e criativas. A este respeito, as participantes se manifestaram:

*As atividades educativas devem ser sempre criativas e prazerosas, envolvendo dinâmicas, músicas, vivências nas quais possam ser discutidos valores e atitudes.*

*Agora aprendi a trabalhar a prevenção junto aos alunos.*

*Aprendi o “porque” do desenvolvimento de dinâmicas voltadas ao autoconhecimento, à auto-estima, à valorização do “eu”.*

### **3º. Momento – Síntese**

O terceiro momento da intervenção pedagógica dedicou-se às propostas para novas práticas. Ao adotarmos o método dialético de pesquisa, estávamos cientes que, quando tomamos como ponto de partida os problemas da prática no cotidiano, de início, o fazer pedagógico geraria um saber desarticulado e fragmentado. Tal procedimento metodológico deu oportunidade ao grupo participante de refletir sobre situações concretas e de perceber seus fazeres antagônicos. Como ainda, de compreender os determinantes dos entraves da prática para, conscientemente, superá-la. E, a partir daí, negar dialeticamente a prática em busca de sua transformação.

As participantes elaboraram propostas de alteração de suas práticas tendo como orientação um questionário aberto, individual, respondido ao término do Encontro Pedagógico. O Questionário 2 compôs-se das seguintes questões: 1) As escolas devem desenvolver ações preventivas ao abuso de drogas? Como? 2) Dê algumas propostas de ações concretas que possam ser implementadas. 3) Como fazer intervenções pedagógicas em sala de

aula? 4) Como você pode, dentro de sua atividade específica, desenvolver um trabalho de prevenção?

A Tabela 8 mostra os resultados encontrados no Questionário 2: questão 1, questão 2, questão 3 e questão 4.

Tabela 8 –Categorias segundo as respostas do Questionário 2, relacionadas ao desenvolvimento de ações preventivas nas escolas, à implementação de propostas de ações concretas de prevenção, às intervenções em sala de aula, a possibilidade da participante desenvolver o trabalho preventivo

| CATEGORIAS                  | Questão 1 |            | Questão 2 |            | Questão 3 |            | Questão 4 |            | TOTAL      |            |
|-----------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|                             | N         | %          | N         | %          | N         | %          | N         | %          | N          | %          |
| Prática Docente relativa à: |           |            |           |            |           |            |           |            |            |            |
| Formação do Professor       | 02        | 07         | 03        | 10         | 03        | 10         | 05        | 22         | 13         | 13         |
| Abordagem Afetiva           | 07        | 26         | 07        | 23         | 10        | 33         | 06        | 26         | 30         | 29         |
| Planejamento Educacional    | 09        | 34         | 11        | 35         | 12        | 40         | 06        | 26         | 38         | 36         |
| Promoção da Saúde           | 02        | 07         | 06        | 19         | 05        | 17         | 04        | 17         | 17         | 16         |
| Papel da Escola             | 07        | 26         | 04        | 13         | --        | --         | 02        | 09         | 06         | 06         |
| Não respondidas             | --        | --         | --        | --         |           |            |           |            | --         | --         |
| <b>TOTAL</b>                | <b>27</b> | <b>100</b> | <b>31</b> | <b>100</b> | <b>30</b> | <b>100</b> | <b>23</b> | <b>100</b> | <b>104</b> | <b>100</b> |

Na análise dos resultados do Questionário 2, encontramos 104 respostas que procuramos organizar, sempre que possível, com os mesmos critérios empregados no Questionário 1. Foram registrados resultados que dizem respeito à ação pedagógica do professor, com uma incidência de 42% (N= 43). Estas opções constituíram o que denominamos de prática docente e se relacionam ao papel do professor como mediador de uma educação que visa à formação psico-afetiva do aluno. São diferenciados dois tipos de respostas: a) formação do professor - associada à atualização de conhecimentos e competências do professor em prevenção ao abuso de drogas (13% das respostas), b) abordagem afetiva – relacionada aos métodos didáticos ativos que propiciam vivências no campo do conhecimento ou do afeto para que o aluno possa ser mais estruturado, consciente e questionador (29% das respostas).

Em prática docente, buscamos discutir as relações entre prevenir e educar. Destacamos a fundamental atuação dos professores orientando os alunos nas atitudes e valores da prevenção, de modo a adotarem um estilo de vida em que o abuso de drogas não encontre ressonância. Acreditamos que as escolhas incluídas nesta categoria denotaram uma atenção especial das participantes quanto ao seu fazer pedagógico, conforme os relatos a seguir:

*As atividades aqui estudadas me fizeram refletir e descobrir novos caminhos, novos conhecimentos...(formação do professor)*

*Em projetos voltados à prevenção, o mais importante é que o professor esteja sensibilizado e saiba da importância do trabalho e da sua postura com relação às atitudes e sentimentos dos alunos (formação do professor).*

*Quero contribuir com a minha escola junto à elaboração e desenvolvimento de projetos, reuniões de estudo, oficinas etc. e realizar acompanhamento da proposta pedagógica da escola (formação do professor).*

*Deve-se propiciar atividades de autoconhecimento, valorização da vida, resgate da cidadania, o respeito, a cooperação, o amor, a conquista da autonomia (abordagem afetiva).*

*... conhecer a vida da criança, para trabalhar sua auto-estima em jogos, brincadeiras, dinâmicas e vivências (abordagem afetiva).*

*Promover discussões e reflexões sobre saúde física e mental, para isso é preciso um vínculo afetivo professor/aluno de modo que estes tenham segurança em expor suas idéias (abordagem afetiva).*

A vivência do processo ação-reflexão-ação permitiu às participantes retirar da prática algumas pistas para buscarem novas alternativas de ações preventivas. Enfatizar a abordagem afetiva pressupõe a adoção de métodos didático-pedagógicos que despertem o interesse dos alunos e os transformem em seres ativo que constroem conhecimentos e idéias. Clarificar valores e atitudes da prevenção conduzem à formação do caráter, à promoção do autoconceito, ao desenvolvimento de atitudes autônomas, ao desenvolvimento do senso crítico e à promoção da afetividade.

Tomando como o eixo da intervenção pedagógica a unidade teoria / prática, ocorreu às participantes uma compreensão mais profunda do saber que estava sendo veiculado, o que podemos verificar nas respostas relacionadas ao atuar preventivo. As ações de prevenção incorporaram-se ao planejamento educacional em 36% do total de respostas (N=38). Para as participantes, a educação preventiva se faz com planejamento, conforme os seguintes depoimentos:

*Acredito que se tenha que trabalhar com um plano, um programa, um projeto que se fundamentem no conhecimento da comunidade e em metodologias científicas.*

*Incluindo os projetos de prevenção desde cedo para que nossos alunos não fiquem vulneráveis à droga.*

*Fazer relação entre o que se está estudando e o trabalho de prevenção. Exemplo: Ciências, discutir sobre hortaliças contaminadas por agrotóxico. Português, fazer leitura de bulas de remédios.*

*Desenvolver esse trabalho dentro das disciplinas, no dia-a-dia escolar.*

*O projeto da escola deve incluir palestras, campanhas de conscientização e capacitação com profissionais especializados.*

Segundo os resultados obtidos no Questionário 2, o planejamento e a prática do professor são os elementos-chave para a implementação de propostas preventivas, como apontaram 78% das respostas (N=81).

Constatamos, também, respostas que relacionaram a prevenção à promoção da saúde, esta entendida como a adesão de princípios para uma vida biopsicossocial saudável do estudante. Esses aspectos se revelaram em 16% das 104 registradas, tais como:

*Propiciar aos alunos reflexões sobre como obter melhor qualidade de vida e crescimento pessoal e social.*

*A escola deve promover um ambiente físico e social que facilite a saúde e a qualidade de vida.*

*Cabe-me apresentar aos alunos e seus pais formas de prevenção, uma educação voltada para a saúde, prestando informações, discutindo atitudes, valores, comportamentos e estilo de vida saudável.*

Não usar drogas foi visto como um dos elementos para se viver com saúde. As respostas revelaram estarem fundamentadas no modelo de educação para a saúde, na qual a proposta central é educar para uma vida saudável.

Encontramos avanços em relação à prática descrita no início do Encontro. Nas propostas alternativas, pode estar contido o embrião de uma prática inovadora. Estamos nos referindo aos novos resultados oriundos do Questionário 2. Trata-se do papel da escola, no qual a prevenção se associa à gestão do sistema educativo, quer no interior da escola, quer nas suas interfaces com a sociedade. O papel da escola, que obteve 6% das respostas (N=06), é destacado em relatos como, por exemplo:

*É na escola que as crianças vivem parte de seu dia, junto a outras crianças e professores.*

*Através de projetos de prevenção trazer para a escola a família dos alunos e a comunidade.*

Assim sendo, foi considerado que um dos papéis da instituição escolar está em oferecer uma vivência que propicie o desenvolvimento sadio do estudante. A ênfase não se encontra só na prevenção do abuso de drogas, mas na educação integral do aluno saudável.

Em relação aos momentos vividos na presente intervenção pedagógica, cabe destacar que, a prática pedagógica em prevenção ao abuso de drogas é o ponto de partida (primeiro momento) e o ponto de chegada (terceiro momento). Segundo Saviani (1997), esta prática é e não é a mesma.

É a mesma, uma vez que é ela própria que constitui ao mesmo tempo o suporte e o contexto, o pressuposto e o alvo, o fundamento e a finalidade da prática pedagógica. E não é a mesma, se considerarmos que o modo de nos situarmos em seu interior se alterou qualitativamente pela mediação da ação pedagógica. (p. 82)

Por esta razão, quando comparamos as propostas de práticas pedagógicas das participantes no final do Encontro com as práticas descritas no início, percebemos um salto qualitativo. A divulgação de informações de cunho alarmista foi, no primeiro momento, a solução para a questão da droga. A análise dos resultados do Questionário 2 mostrou não existir um registro nesta categoria de resposta. Observamos, ainda, a passagem das informações de ordem sanitária para uma visão mais abrangente. As informações, agora, são componentes de uma educação afetiva de caráter global na formação do aluno, na qual são enfatizados os valores éticos, a construção do conhecimento crítico e as escolhas informadas e reflexivas.

Também, a prática docente que, inicialmente, foi compreendida em termos sincréticos, ascendeu ao nível de síntese. A passagem qualitativa da síncrese à síntese deu-se pela incorporação de referenciais teóricos e práticos necessários ao equacionamento dos problemas detectados na prática. As participantes, ao expressarem propostas de uma prática docente em prevenção ao abuso de drogas, manifestam uma compreensão em termos de conhecimentos articulados que visam à formação biopsicossocial do aluno.

De igual maneira, a compreensão da relação prevenção/saúde teve uma alteração qualitativa. No primeiro momento, estes dois elementos apresentavam-se isolados, sem conexão entre prevenir abuso de drogas e promover saúde. O processo de descoberta de novos conhecimentos, mediado pela análise reflexiva, permitiu entender que prevenção e promoção da saúde são componentes da abordagem contemporânea de saúde. Há, de fato, a passagem de uma visão fragmentada para uma compreensão em termos elaborados que estabelece nexos entre prevenção, modos de viver e qualidade de vida.

Em planejamento educacional, constatamos que as inconsistentes propostas de planejamento, apresentadas no primeiro momento da intervenção, foram se redefinindo cada vez mais, indo da compreensão do processo, até às novas alternativas para resolver situações concretas em prevenção. O planejamento educacional, ao fim da intervenção, é entendido como um processo de tomada de decisão gerado a partir do levantamento epidemiológico, e

explicitado em plano, programa ou projeto. Fica visto, também, que o conteúdo da prevenção deve ser trabalhado em fatos, procedimentos, atitudes e valores.

Com o objetivo de confirmar os resultados encontrados, realizamos uma segunda análise. Desta vez, comparamos as respostas nos dois momentos (Questionário 1 e Questionário 2) da mesma participante quando perguntamos “As escolas devem desenvolver ações preventivas ao abuso de drogas? Como?” Constatamos, mais uma vez, a passagem de qualidade da prática docente descrita no primeiro momento (tese), à prática docente proposta terceiro momento (síntese). Esses aspectos se revelaram nas seguintes propostas elaboradas pelas participantes que selecionamos aleatoriamente.

Participante A

Resposta ao Questionário 1: *Colaborando para a formação mais conscientes com o objetivo de evitar que o aluno caminhe em direção à droga.*

Resposta ao Questionário 2: *A escola deve buscar a interação com a família dos alunos, estimular a continuidade dos estudos, promover seu desenvolvimento global, desenvolver um trabalho de valorização do ser humano e da qualidade de vida, tendo como foco a formação do caráter. Deve inserir esse trabalho na proposta pedagógica da escola e elaborar um projeto de prevenção que inclua o tema transversal da prevenção ao abuso de drogas.*

Participante B

Resposta ao Questionário 1: *Mostrando a realidade e conscientizando os alunos para o mal que a droga faz.*

Resposta ao Questionário 2: *Como trabalho com educação infantil, não seria uma proposta de falar sobre drogas especialmente, mas, sim, atuar na afetividade, auto-estima e valorização do aluno enquanto pessoa, visando uma ação preventiva.*

Participante C

Resposta ao Questionário 1: *Programas educativos podem prevenir o aluno de drogas, desde que sejam programas elaborados por especialistas.*

Resposta ao Questionário 2: *Partindo de relatos dos alunos, notícias, um acontecimento na comunidade etc. criando condições para que o assunto venha a tona.*

Participante D

Resposta ao Questionário 1: *Trazendo informações aos alunos sobre os males que a droga causa.*

Resposta ao Questionário 2: *Eu leciono em educação infantil com alunos de 3 e 4 anos, para fazer um trabalho de prevenção posso usar livros de história que mostra a criança como se cuidar, também através de teatro de fantoches e histórias curtas, valorizando sempre os trabalhos das crianças e dando sempre a atenção que a criança precisa.*

Participante E

Resposta ao Questionário 1: *Levar informações aos indivíduos da forma a conscientizá-los quanto aos cuidados que devemos ter no dia a dia, quanto ao uso de qualquer tipo de drogas.*

Resposta ao Questionário 2: *Proporcionando liberdade de expressão, troca de opiniões de pontos de vista diferentes. Propostas envolvendo fatores de risco e proteção ao abuso de drogas, vulnerabilidade e resiliência. Com a integração escola/família/comunidade podemos auxiliar na construção da competência social dos educandos. Trabalhando com os temas transversais, as ações pedagógicas planejadas poderão contribuir para a aprendizagem de fatos, conceitos, atitudes e valores frente ao conteúdo que aborda a prevenção, gerando idéias novas e mudanças de paradigma, visando a construção de uma melhor qualidade de vida.*

Participante F

Resposta ao Questionário 1: *A escola tem grande influência na vida da criança, por isso deve-se trabalhar o tema – drogas, informando e esclarecendo as dúvidas dos alunos.*

Resposta ao Questionário 2: *Através de uma ação planejada, conhecendo as necessidades de meus alunos e da comunidade, levando em consideração os fatores de risco, de proteção, vulnerabilidade e resiliência. Trabalhando a questão do abuso de drogas como tema transversal. Trabalhando com a promoção da saúde, promovendo um ambiente físico e social que facilite a qualidade de vida, promovendo estilos de vida que evite o abuso de drogas.*

Participante G

Resposta ao Questionário 1: *Conversando sobre o assunto de maneira que os alunos possam entender que vai ser prejudicial o uso de drogas, não para elas, como para a família.*

Resposta ao Questionário 2: *Conhecer a vida da criança, trabalhando sua auto-estima com jogos e brincadeiras.*

Participante H

Resposta ao Questionário 1: *A escola deve passar aos alunos o que é, como fica uma pessoa que se vicia.*

Resposta ao Questionário 2: *Os alunos devem sempre saber a verdade se questionam algo sobre o assunto drogas. O trabalho de prevenção pode ser feito através de dinâmicas em sala de aula.*

Participante I

Resposta ao Questionário 1: *Com ações que alertem a todos sobre os prejuízos causados pela droga em nossa saúde.*

Resposta ao Questionário 2: *Dentro das disciplinas, no dia-a-dia escolar, palestras/conversas com profissionais especializados, campanhas para conscientização.*

Participante J

Resposta ao Questionário 1: *Cuidando, orientando para que o fato não ocorra, e se ocorrer que a pessoa tenha informações a respeito, podendo assim, pedir ajuda à pessoa certa.*

Resposta ao Questionário 2: *Através de uma ação planejada, conhecendo as necessidades de meus alunos e da comunidade, levando em consideração os fatores de risco e de proteção, vulnerabilidade e resiliência. Trabalhando a questão do abuso de drogas como tema transversal, trabalhando com prevenção primária ou promoção da saúde, promovendo um estilo de vida que facilite a qualidade de vida.*

Conforme vimos ao longo desse estudo, a abordagem metodológica implementada no Encontro propôs negar dialeticamente a prática pedagógica das participantes. Vale assinalar que essa superação não se dá de um dia para outro. Nas dez propostas relatadas, percebemos os avanços diferenciados de um processo gradativo em direção à transformação possível. Acrescentamos que as propostas demonstram a disposição das participantes em iniciar uma mudança conscientemente assumida. Nessa alteração do processo didático, torna-se fundamental, não só, uma formação com base nas vertentes que norteiam a prevenção ao abuso de drogas, como, principalmente, uma prática pedagógica que pressuponha interação, diálogo e afetividade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

**Proverbios y Cantares**  
[CC-CXXXVI-XXIX]

*Caminante, son tus huellas  
el camino, y nada más;  
caminante, no hay camino,  
se hace camino al andar.  
Al andar se hace camino,  
y al volver la vista atrás  
se ve la senda que nunca  
se ha de volver a pisar.  
Caminante, no hay camino,  
sino estela en la mar.*

Antonio Machado (1875-1939)

A área educacional brasileira não tem uma tradição acadêmica em relação ao tema Educação para Saúde e, particularmente, às Drogas, o que não se justifica, pois, existe uma demanda social necessária sobre este conhecimento. Durante as visitas dos pesquisadores do V Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino (GALDURÓZ et al., 2004), foi notada uma angústia por parte dos professores, diretores, coordenadores e funcionários dos estabelecimentos de ensino em relação à falta de condições para lidar com o fenômeno das drogas. Houve, não só, muitos pedidos de palestra e orientações, como também, que fossem colocados em prática os resultados das pesquisas pertinentes.

De fato, são encontrados textos teóricos sobre o tema drogas, porém, não existe uma produção marcante que descreva práticas concretas sobre a questão do abuso de psicotrópicos, principalmente, relativas à prevenção. Este é um problema que traz influências diretas para a formação dos professores, motivo para tornar as práticas mais visíveis se o desejo é renovar as estratégias de formação continuada dos professores. Entretanto, a formação é algo que pertence ao próprio sujeito e se inscreve num processo de ser, isto é, sua vida e experiência e num

processo de ir sendo, seus projetos e perspectiva de futuro. É uma conquista pessoal que se faz com a ajuda de mestres, livros, aulas e computadores. (NÓVOA, 2001)

Esta assertiva vem ao encontro dos fundamentos da metodologia dialética que torna possível, pelo processo ação-reflexão, construir um caminho próprio de autoformação. A opção na presente pesquisa pela abordagem dialética trouxe resultados positivos quanto à formação continuada das participantes, observados na comparação entre as propostas de práticas preventivas nos dois momentos distintos da intervenção pedagógica. A evidência é atestada em cada participante na passagem de uma visão fragmentada e caótica para uma proposta de prática elaborada, que incorpora conhecimentos mediados pela ação pedagógica. No entanto, para Nóvoa (2001), o conhecimento adquirido só terá eficácia se os indivíduos conseguirem inserí-lo em sua dinâmica pessoal, pois a prática pedagógica inclui o professor com suas formas singulares de ser: sentir, pensar e agir.

Vale destacar que na formação docente continuada encontram - se dois agentes: o próprio professor como construtor de seu conhecimento e a organização escolar como o local de crescimento profissional permanente. A escola é o espaço institucional concreto em que se dá a verdadeira formação profissional do professor, em torno da qual gravitam os problemas pedagógicos reais, como, o abuso de drogas. Cabe à escola, como agente propulsor, implementar ações de resultados amplos e duradouros para promover a educação preventiva. Professores, equipe técnica-pedagógica, diretores, alunos precisam estar mais preparados, para isso, é necessária a formação continuada dos docentes e a formação integral dos estudantes. Seguem algumas sugestões de práticas que podem ser estimuladas para tal finalidade.

Em relação aos alunos, ter ações educativas voltadas para suas vivências (agir), quer seja no campo do conhecimento (pensar) ou do afeto (sentir), para que os estudantes possam ser mais estruturados, conscientes e questionadores. Ainda, orientá-los quanto ao desenvolvimento social, promovendo hábitos de intercâmbio com os colegas, proporcionando apoio e ajuda mútua. Implementar a resiliência junto aos alunos vulneráveis, dando-lhes afeto, segurança, confiabilidade e esquemas de organização.

Quanto aos professores, as estratégias devem focar a formação contínua pela produção de novas práticas pedagógicas, priorizando a reflexão partilhada. As equipes de trabalho são fundamentais na elaboração de planos de ensino, na avaliação conjunta, na participação de tarefas e responsabilidades. É preciso favorecer as oportunidades que dêem

visibilidade às práticas, tais como, seminários de observação mútua, laboratórios de análise coletiva das práticas, projetos de cooperação.

No que se refere à gestão da escola, promover novos modelos de gerenciamento que favoreçam a participação coletiva e responsável e a delegação de poder de decisão e de ação. Criar entre as escolas uma rede de informações e intercâmbio de conhecimentos no campo da prevenção contra o uso indevido de drogas, como o já citado projeto Prevenção, Educação e Drogas (PEDDRO), que a UNESCO realiza em conjunto com a Comissão Européia. Atenção especial deve ser dada à educação preventiva, adotando procedimentos que priorizem a abordagem afetiva, de metodologia ativa, vivencial através da aplicação de jogo dramático, dinâmica de grupo, oficina, simulação, debate, discussão. Educar para o século XXI envolve uma pedagogia fundamentada nos quatro pilares da educação, a saber: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. E, ainda, acolher a família na escola, envolvendo-a no debate sobre programas preventivos.

Enfim, repensar uma nova concepção de escola, a partir da tese da UNESCO, que defende a combinação dos projetos de prevenção com a construção de uma escola protetora / protegida. Uma escola que esteja voltada à proteção integral dos alunos, onde a prevenção ao consumo de drogas seja mais um dos temas incluídos. A cultura de uma escola protetora se faz pelo diálogo, pela discussão de valores, princípios e limites, pela educação com participação, com respeito aos direitos humanos, à diversidade e à tolerância. (ABRAMOVAY e CASTRO, 2002)

Cabe mencionar que o presente estudo investigou somente propostas pedagógicas. Em prevenção, há muitas pesquisas e pouco é colocado em prática, o que suscita o desafio a outros estudos que transformem pesquisas em práticas educativas. A propósito, é possível “dar visibilidade” a uma prática ainda pouco divulgada em literatura, porém, de importância indiscutível. Tendo em vista minha vivência profissional em programas de prevenção ao abuso de drogas e fruto de reflexões compartilhadas com colegas do Centro de Estudos de Drogas da Universidade Santa Úrsula (CEDUSU), vislumbro a possibilidade de tecer considerações sobre como implantar a educação preventiva nas escolas, tendo como referência as políticas de municipalização nas áreas de educação e saúde.

O êxito da prevenção está associado a um processo de planejamento que deve ser sublinhado por uma prática de participação democrática. No município, um grupo de profissionais, que denominamos Equipe Interdisciplinar, recebe formação nos princípios da prevenção, e passa a

ser responsável pela gestão do processo preventivo do município. Cabe à Equipe Interdisciplinar promover uma reflexão filosófica sobre a realidade existente (abuso de drogas), a realidade desejada (qualidade de vida) para determinar o objeto de estudo (prevenir o abuso de drogas na escola). Realiza-se, então, o levantamento epidemiológico da população escolar para dimensionar o problema (quais as drogas de consumo?, qual o nível de abuso?, qual a idade do primeiro uso?, qual o sexo mais propenso ao uso?), são questões cujas respostas possibilitam planejar ações para diminuir a distância entre a realidade existente e a desejada.

A partir do diagnóstico da situação são determinados os objetivos: objetivo final (educar para a qualidade de vida), objetivo intermediário (promover a cultura da prevenção), objetivo imediato (formar multiplicadores em prevenção). É o momento da elaboração do Plano pela Equipe Interdisciplinar. Dentre os itens de planejamento encontram-se a expansão de diferentes programas, a seleção do pessoal envolvido para a operacionalização, a previsão dos recursos e instrumentos legais.

Quanto à determinação dos profissionais, há necessidade de ser constituído um grupo de característica multidisciplinar, os Agentes Multiplicadores - composto por pedagogos e/ou psicólogos da Secretaria de Educação, tais como: professores, coordenadores, supervisores e outros. Os Agentes Multiplicadores recebem formação pontual em prevenção ao abuso de drogas para atuarem nas escolas diretamente com os professores. É fundamental que esses profissionais desenvolvam competências para implantar programas preventivos. São competências do grupo, não só, elaborar, implantar e avaliar Programas de Prevenção, como também, orientar os Projetos que compõem o Programa.

O Programa é desdobrado em Projetos, segundo as peculiaridades e necessidades das escolas. Na execução do Programa estão incluídas duas fases: 1) formação contínua dos professores em prevenção ao abuso de droga, capacitando-os em técnicas de prevenção, em diagnóstico e encaminhamento precoce de problemas que escapam às atribuições da escola; 2) elaboração de Projetos para as escolas, pelos professores. Contudo, o Projeto não é só preparação, é necessário executá-lo, acompanhando cada etapa do trabalho, corrigindo rumos. Promover a cultura de prevenção ao abuso de drogas no cotidiano das escolas exige observação aos resultados de pesquisas realizadas sobre o tema. As orientações a seguir devem receber especial atenção.

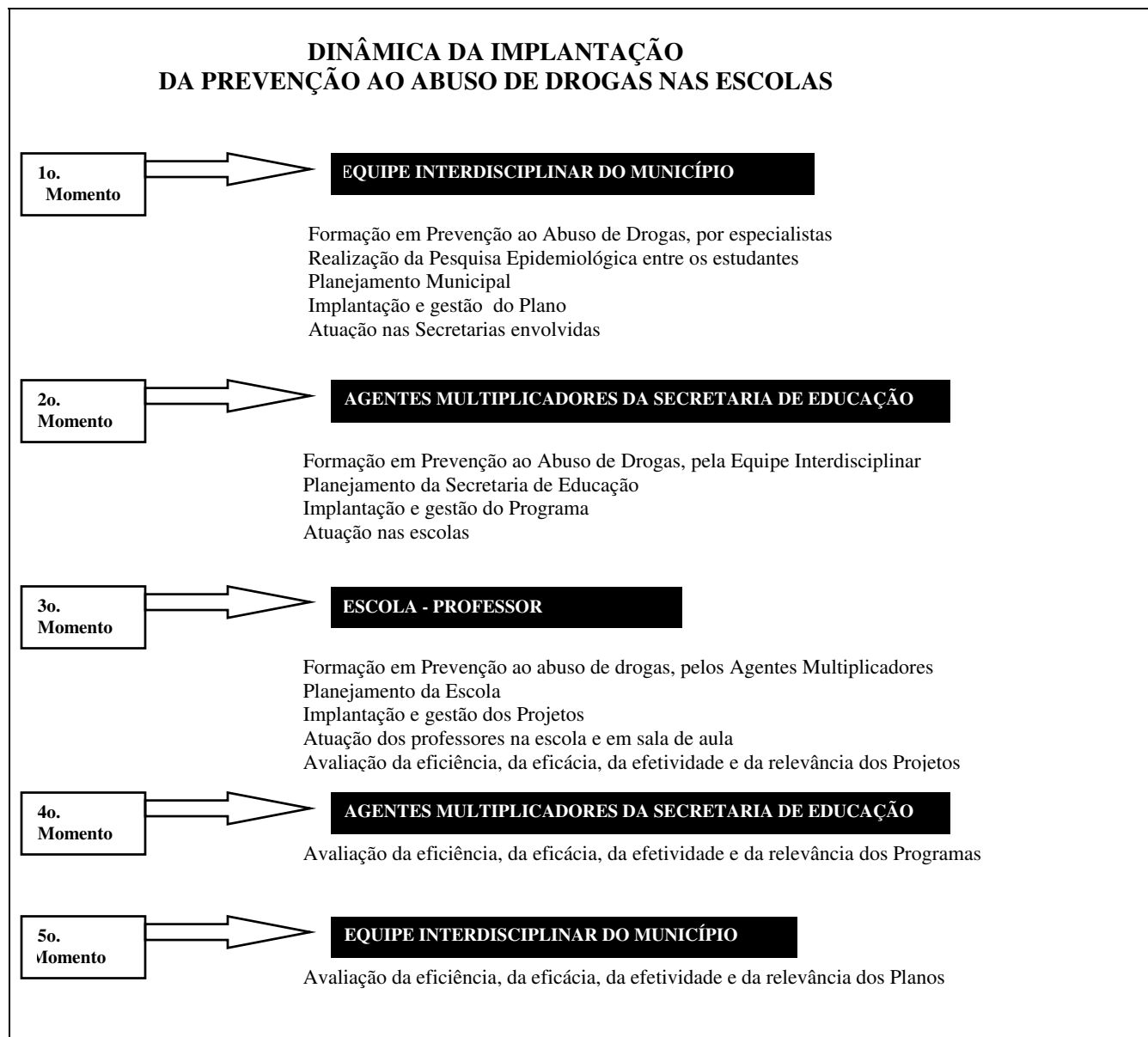
Em relação ao psicotrópicos, deve ser levado em conta que cerca de 80% dos estudantes declararam não usar drogas, isto implica em prevenção primária. A experimentação está iniciando muito precocemente, portanto, a prevenção primária deve começar em crianças de menor idade, em atividades educativas criativas e prazerosas. É necessário que as drogas de abuso estudadas realmente estejam presentes entre estudantes brasileiros, evitando-se erros de enfocar drogas de uso em outros países. A estratégia é enfatizar as drogas lícitas e de fácil acesso, isto é, álcool, tabaco, inalante e medicamento, pela elevada porcentagem de uso entre os alunos, mostrando que todas são substâncias psicotrópicas. Não se pode deixar de discutir o caráter atrativo das drogas: prazer aos sentidos, ter “imagem transgressora”, ser símbolo de “estar na moda”. Igualmente, precisa ser discutida a trajetória do envolvimento com psicotrópicos, evitando-se autoritarismos didáticos, ou mesmo despertar a curiosidade inadvertidamente.

No que se refere à proposta pedagógica, a prevenção ao abuso de droga está inserida num quadro mais amplo de uma educação para a saúde. Prioriza, assim, a adesão aos princípios da vida e a formação de valores e, sempre que necessário, o conhecimento da natureza e do efeito das substâncias psicoativas. Faz-se necessário estruturar um currículo de conteúdos preventivos a partir dos pressupostos dos PCN's, face à necessidade de um referencial comum às várias realidades brasileiras, mas sem uniformizar, descaracterizar e desvalorizar as diferentes regiões. O Tema Transversal em Prevenção ao Abuso de Droga, proposto nessa tese, pode ser essa referência comum para subsidiar os professores sensíveis à educação preventiva.

Vale registrar que um processo de avaliação permanente deve ser realizado nas esferas do Município, da Secretaria e das Escolas segundo critérios, tais como: eficiência (houve uso adequado dos recursos materiais e financeiros destinados ao planejamento? como foi o atendimento à demanda das parcerias com a Prefeitura, Secretarias Municipais e outros representantes da comunidade?); eficácia (as ações desencadeadas alcançaram os objetivos educacionais previstos? foi garantida a formação dos professores? os objetivos tiveram em vista práticas pedagógicas?); efetividade (os resultados obtidos foram aqueles que a comunidade escolar precisava ou desejava? trouxeram benefícios ? provocaram mudanças?); relevância (esteve em consonância com os valores e crenças das pessoas envolvidas)? teve impacto no contexto social ? promoveu a qualidade de vida na comunidade?).

Ainda à luz de minha experiência profissional, apresento no Quadro 5 os diversos momentos operacionais necessários para ser implantada a prevenção ao abuso de drogas nas escolas.

Quadro 5- Dinâmica da Implantação da Prevenção ao Abuso de Drogas nas Escolas



É importante destacar que, em passado recente – 1998, o Brasil elaborou nova legislação, estruturou o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), responsável pela criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e pela re-elaboração da nova Política Nacional sobre Drogas. Nestes tempos, têm sido realizados

eventos, publicações, portal na Internet, pesquisas, concurso entre estudantes, serviço de orientação, o que demonstra avanços nas políticas públicas de prevenção, tratamento e repressão ao abuso de drogas.

Entretanto, todas estas conquistas alcançaram pouco as escolas, os professores, a sala de aula, os alunos. A escola deve e pode fazer muito, mas não tudo. Há que se ter uma mobilização de órgãos governamentais federais, estaduais e municipais. Acredito que somente uma vontade política a ser manifestada em ações concretas possa incrementar nos municípios medidas mais ágeis, versáteis e contextualizadas para tornar a prevenção ao abuso de drogas próxima às instituições escolares. É premente que a escola seja o lugar privilegiado para intervenções educacionais, instituindo cursos, seminários, debates e reciclagem para os educadores – professores, gerentes escolares, pessoal técnico-pedagógico e administrativo, famílias de estudantes.

Finalmente, a presente tese não pretende abranger todos os aspectos referentes às drogas e a prevenção, uma vez que foi construída dialeticamente a partir de questões concretas e específicas postas pela prática das participantes do Encontro Pedagógico sobre Prevenção ao Abuso de Drogas na Escola. Esta é uma limitação do estudo. O dinamismo dialético explica as transformações, mas não se esgota nelas. No entanto, espera-se que o processo vivenciado sirva de referência na busca de novas abordagens para práticas docentes. Embora a intervenção realizada tenha sido de curta duração, resultados encorajadores foram alcançados. Por esse motivo, é desejado que tais resultados possam abrir outras perspectivas de estudo em prevenção ao abuso de drogas na escola, de forma que a educação preventiva seja fortalecida como um dos alicerces de uma rede de proteção social.



## REFERÊNCIAS

ABNT. **Apresentação de citações em documentos**: NBR 10520 Rio de Janeiro: jul. 2001.

\_\_\_\_\_. **Referências – elaboração**: NBR 6023. Rio de Janeiro: ago. 2000.

\_\_\_\_\_. **Trabalhos acadêmicos – apresentação**: NBR 14724. Rio de Janeiro: jul. 2001.

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary. **Drogas nas escolas**. Brasília: UNESCO, Coordenação DST/AIDS do Ministério da Saúde, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, CNPq, Instituto Ayrton Sena, UNAIDS, Banco Mundial, USAID, Fundação Ford, CONSED, UNDIME, 2002.

ABRAMOVAY, Miriam; RUA, Maria das Graças. **Avaliação das ações de prevenção de DST/Aids e o uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Grupo Temático UNAIDS, UNDCP, 2001.

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de S.; OLIVEIRA, Cristina Paula F. **Saúde e doença**: significações e perspectivas em mudança [on-line]. Viseu: Instituto Superior Politécnico de Viseu, jan. 2002. Disponível em <<http://www.ipv.pt/Millennium25/25-27.htm>>. Acesso em 29 jun. 2003.

ALEMANY, Isabel Gomes; MAJÓS, Teresa Mauri; GIMÉNEZ, Enric Valls. A aprendizagem dos conteúdos escolares. In: SALVADOR, Cesar Coll et al. (Org.) **Psicologia do Ensino**. Trad. Cristina Maria de Oliveira. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ALVAREZ, Aparecida Magali. A resiliência e a história de vida de jovens moradores de rua: a família, os amigos, o sentido da vida. In: SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro F. T.; CASTELO BRANCO, Viviane. **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, 1999. p. 109-116.

ANDRE, Marli Eliza D. A. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise dos dados qualitativos. **Cadernos de Pesquisa**. [S. l.], v. 45, p. 66-71, maio 1983.

ANDRÉ, Simone Albehy; VICENTIN, Maria Cristina G. A droga, o adolescente e a escola. In: AQUINO, Julio Groppa. (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 67-81.

AQUINO, Julio Groppa. (Org.). A escola e as novas demandas sociais: as drogas como tema transversal. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 83-103.

ARANTES, Valério José. **Ação psicodramática em sala de aula**. 1993. 168p. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. Campinas, 1993.

\_\_\_\_\_. Psicodrama e Psicopedagogia. In: SISTO, Fermino Fernandes et al. **Atuação psicopedagógica e aprendizagem escolar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. p. 248-62.

ARATANGY, Lúdia Rosemberg. O desafio da prevenção. In: AQUINO, Júlio Groppa. **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 9-17.

AS DROGAS no mundo: balanço de nove regiões. **O Correio da UNESCO. O mosaico das drogas**. Rio de Janeiro, ano 10, n. 3, p. 13-19, mar. 1982.

ASINELLI-LUZ, Araci. **Educação e prevenção ao abuso de drogas: limites e possibilidade**. São Paulo, 2000, 185 p. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

ASSIS, Orly Zucatto Mantovani. Estruturação do trabalho diário nas classes de PROEPRE. ASSIS, Múcio Camargo e ASSIS, Orly Zucatto Mantovani. In: **PROEPRE: fundamentos teóricos e prática pedagógica para educação infantil**. Campinas, SP: Graf. FE; IDB, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (ABEAD). **Programa de Valorização da vida**. Brasília, Mec, FNDE, 1990.

A UNESCO. **O Correio da UNESCO**. Rio de Janeiro, ano 15, n. 9, p. 5, set.87.

AYRES, José Ricardo de C.M. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: HIV e abuso de drogas entre adolescentes**. São Paulo: Casa de Edição, 1996.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRIENTOS, Grimaldo Rios. **Existe resiliência comunitária?**, jun. 1999. Disponível em: <http://ceprodep.org.pe/articulo3.htm>. Acesso em: 28 nov. 2003.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento: introdução à metodologia do planejamento social**. São Paulo: Editora Moraes, 1988.

BAUDRILLARD, Jean. A parte maldita. **O Correio da UNESCO**. Rio de Janeiro, ano 15, n. 9, p. 8-9, set. 1987.

BISCAIA, Mário. Nota zero para a dependência. **Revista Querida**. [S.l.], p. 12-2, maio 1985.

BLUM, R. N. Risco e Resiliência: seminário para desenvolvimento de um programa. **Adolescência Latinoamericana**. [S.l.], ano 1, v. 1, p. 16-19, 1997.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. [S.l.], Porto Editora, 1998.

BORUCHOVITCH, Evely. O uso e o abuso de drogas na adolescência. In: SISTO, Fermino Fernandes et al. (Org.). **Leituras de Psicologia para formação de professores**. Petrópolis, RJ; Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2000. p. 192-204.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Conselho Nacional Antidrogas**, 2000. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/comad>. Acesso em: 28 set. 2005.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Sobre Drogas**, out. 2005. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/>. Acesso em: 01 nov. 2005.

BREILH, Jaime; GANDRA, Edmundo. **Saúde na sociedade**: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Cortez; Instituto de Saúde; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

BRENELLI, Rosely. Piaget e a afetividade. In: SISTO, Fermino Fernandes et al. (Org.). **Leituras de Psicologia para formação de professores**. Petrópolis, RJ; Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2000. p. 105-16.

BUCHER, Richard. A abordagem preventiva. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida**: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: EPU, 1988. p. 55-67.

\_\_\_\_\_. A ética na prevenção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, v. 1, n. 1, 1985. p. 385-98.

\_\_\_\_\_. Visão histórica e antropológica das drogas. In: FIGUEREDO, Regina Maria M. D. **Prevenção ao abuso de drogas em ações de saúde e educação**. [S.l.], NEPAIDS, 2002. não paginado.

BZUNECK, José Aloyseo. A motivação do aluno: aspectos introdutórios. In: BORUCHOVITCH, Evely; BZUNECK, José Aloyseo (Orgs.). **A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p.31.

CAMPBELL, R. J. **Psychiatric Dictionary**. 7a. ed. New York: Oxford University Press, 1996.

CARLINI-COTRIN, Beatriz. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, Julio Groppa. (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998, p. 19-30.

CARLINI-COTRIN, Beatriz; PINSK, Ilana. Prevenção ao abuso de drogas na escola: uma revisão da literatura internacional. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, n.69, p. 48-52, 1989.

CARLINI, E. L. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2002.

CARLINI, E. L. A.; CARLINI - COTRIN, Beatriz; SILVA FILHO, Armando Ramos. **Sugestões para um Programa de prevenção ao abuso de drogas no Brasil**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, 1990.

CELIA, Salvador, SOUZA, Ronaldo Pagnoncelli de. Risco e resiliência. In: COSTA Maria da Conceição O; SOUZA, Ronaldo Pagnoncelli de (Org.). **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 333-39.

COLL, Cesar et al. **Os conteúdos nas reforma: ensino e aprendizagem de conceitos, procedimentos e atitudes**. Trad. Beatriz Affonso Neves. Porto Alegre: Artes Médica, 1998.

CRUZ, Amadeu Roselli. Ações preventivas ao abuso de drogas das diferentes disciplinas escolares. In: \_\_\_\_\_ (Org.) **Educação e prevenção do abuso de drogas**. Rio de Janeiro: Ed. Universidade Santa Úrsula, 1992. p 45-55.

\_\_\_\_\_. **Redução do espaço social do idoso por dependência física e psicológica ao abuso de drogas**. 1993. 252 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1993.

DELGADO, Carmem Eugenia Valverde. La resiliência em la educacion [on-line]. **Uma Revista Cultural Universidad Florêncio**, set. 2002. Disponível em: <http://www.uca.ac.cr/ucatedra/13.htm>. Acesso em: 28 set. 2003.

DELORS, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir**. 6<sup>a</sup> ed. - São Paulo: Cortez: Brasília, DF: MEC: UNESCO, 2001.

DIAS, Carlos Amaral. A perspectiva psicossomática. In: BERGERET, J.; LEBLANC, J.: **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 183-93.

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

EDWARDS, Griffith. A toxicomania tem muitas faces. **O Correio da UNESCO. O mosaico das drogas**. Rio de Janeiro, ano 10, n. 3, p. 11, mar. 1982.

\_\_\_\_\_. Educação Preventiva contra as drogas. **O Correio da UNESCO. O mosaico das drogas**. Rio de Janeiro, ano 10, n. 3, p. 5-7, mar. 1982.

EDWARDS, Griffith; ARIF, Awni. Um problema em constante evolução. **O Correio da UNESCO. O mosaico das drogas**. Rio de Janeiro, ano 10, n. 3, p. 33-34, mar. 1982.

EGERT R., Ana Maria. Apego madre-hijo: no es amor a primera vista. **Resiliencia: temas emergentes**. [S.l.]. Disponível em: <http://www.resiliencia.cl/emergent/>. Acesso em: 30 set. 2003.

ENTRA em vigor o primeiro tratado internacional contra o tabagismo. UOL Últimas Notícias (AFP), 27/02/2005. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/afp>. Acesso em: 03 out. 2005.

FAGULHA, Teresa; DUARTE, Maria Eduarda, MIRANDA, Maria José. A "qualidade de vida": uma nova dimensão psicológica? **Psychologica**, [S.l.], v. 25, p. 5-17, 2000.

FERRAZ, Sônia Terra. **Cidades Saudáveis: uma urbanidade para 2000**. Brasília: Paralelo 15, 1999.

FONAGY, Peter. Persistencias transgeneracionales del apego: uma nueva teoria. **Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis**, 13 mar. 2003. Disponível em: <http://www.aperturas.org/3fonagy.html>. Acesso em: 28 set. 2003.

FONSECA Marília Saldanha. Aquisição de Drogas: um estudo entre estudantes brasileiros. **Psico-USF**. Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, v.7, p. 147-56, jul./dez. 2002.

\_\_\_\_\_. Cultura da prevenção e formação de professores. **Revista Educação e Ensino - USF**, Bragança Paulista, SP: EDUSF, v. 6, n. 1, p. 25-30, jan./junho 2001.

FÓRUM NACIONAL ANTIDROGAS, 1, 1998, Brasília. **Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas**. Brasília: SENAD, 1999.

FRAGILIDADE da vida: um futuro indicador de saúde? **RADIS: comunicação em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Programa RADIS, n. 38, p. 28-9, out. 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

FRIDERICH, Nicole. Aprender a viver. **O Correio da UNESCO**. Rio de Janeiro, ano 15, n. 9, p. 5-6, set. 1987.

GANDRA, Maria Inês de Souza; FARIAS, Maria Aznar de. **A importância do apego no processo de desenvolvimento**, dec. 2002. Disponível em: <http://www.brasilpednews.org.br/dec2000/bnp0026.htm>. Acesso em: 29 set. 2003.

GALDURÓZ, José Carlos et al. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras**. São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1997.

GALDURÓZ, José Carlos F et al. **V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio 27 capitais brasileiras**. . São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 2004.

GENNARO, Giuseppe. Contra a cultura da droga. **O Correio da UNESCO**. Rio de Janeiro, ano 15, no. 9, p. 10-7, set. 1998.

GOLDFARB, Luísa da Costa e Silva. Tabagismo: estudos em adolescentes e jovens. In: SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro F. T.; CASTELO BRANCO, Viviane. **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, 1999. p. 162-72.

GONÇALVES, Elizabeth Costa. Alguns conceitos referentes à toxicomania. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: EPU, 1988. p. 55-67.

GOUVEIA, Nelson. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo: FSP/USP e APSP, v. 8, n. 1, p. 49-61, jan.-fev. 1999.

IASI, Mauro Luis. **O processo de consciência**, 1999. Disponível em: <[www.pagina13.com.br/processodeconscienciairmauroiasi.htm](http://www.pagina13.com.br/processodeconscienciairmauroiasi.htm)>. Acesso em: 29 jan. 2004.

Info Drogas. [on-line]. São Paulo: Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas.htm>>. Acesso em: 07 set. 2001.

INGOLD, R. La Dépendense. **Esprit**. p. 43. dez. 1980. apud MANDON, Daniel.. Perspectivas antropológicas da droga. In: BERGERET, J.; LEBLANC, J. **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 230-42.

JAEGER, Werner. **Paidéia: a formação do homem grego**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

JOYCE-MONIZ, L.; REIS, Joaquim. Desenvolvimento e dialética de significações da doença e confronto em psicologia da saúde. **Psychologica**, [S.l.], v. 6, p. 105-27, 1991.

KAPLAN, Robert. M. Two phaway to prevention. **Journal of the American Psychological Association**, [S.l.], v. 55, n. 4, p. 382-96, apri 2000.

LESCHER, Auro Danny. Drogas etc. In: AQUINO, Julio Groppa. (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 59-66.

LELOND, Marc. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Minister of Nation Health and Welfare, 1974.

LIBÂNEO, José Carlos. **Pedagogia e pedagogos, para quê?** São Paulo: Cortez, 1998.

LORENCINI JR., Álvaro. Enfoque contextual das drogas: aspectos biológicos, culturais e educacionais. In: AQUINO, Julio Groppa. (Org.). **Drogas na escola:** alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1998, p. 31-43.

LYONS, Albert S., PETRUCELLI II, R. Joseph. **História da Medicina.** São Paulo: Manole Ltda., 1997.

MAIN, Mary. The organized categorie of infant, child and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. In: **Journal of the American Psychoanalytic Association**, [S.l.], v. 48, n. 4, p. 1055-1127, 2000.

MAITLAND, Roseane. **Prevenção começa cedo e nunca é cedo para começar:** o trabalho de prevenção usado no Head Start of Greater Dallas. Rio de Janeiro: Lions Club do Rio de Janeiro Cidade Maravilhosa, set. 1998.

MANDON, Daniel. Perspectivas antropológicas da droga. In: BERGERET, J.; LEBLANC, J. **Toxicomanias:** uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 230-242.

MARQUES, Luiz Fernando; DONEDA, Denise; SERAFIN, Denise. O uso indevido de drogas e a AIDS. In: SCHOR, Nélia; MOTA; Maria do Socorro F. T.; CASTELO BRANCO, Viviane. **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento.** v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, 1999. p. 173-83.

MARTÍNEZ, Albertina Mitjáns. La escuela: un espacio de promoción de salud. **Psicologia Escolar e Educacional.** [S.l.] v. 1, n. 1, p. 19-24, 1996.

MARTINS, Pura Lúcia de Oliveira. **Didática Teórica / Didática Prática:** para além do confronto. São Paulo. Loyola, 1989.

MEIRELLES, João Alfredo Boni. O pluriverso da droga. In: AQUINO, Julio Groppa. (Org.). **Drogas na escola:** alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1998. p. 143-66.

MERCADO mundial das drogas, 2005. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/bbc/2005/06/29/ult236u3554.jhtm>. Acesso em: 26 jun. 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abraso, 1999.

MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília: MEC / SEF, 1997.

MORENO, Montserrat. Temas Transversais: um ensino voltado para o futuro. In: BUSQUETS et al. **Temas Transversais em educação**. São Paulo: Ática, 1997. p. 19-59.

MURAD, José Elias. Educação e prevenção ao abuso de drogas. **AMAE Educando**, n. 173, ano 18, agos. 85, p. 7-11.

NÓVOA, Antônio. Professor se forma na escola. **Revista Nova Escola**. São Paulo: Abril, n. 142, maio 2001. Disponível em: [http://revistaescola.abril.com.br/ed\\_anteriores/ed\\_anteriores\\_ed2001.shtml](http://revistaescola.abril.com.br/ed_anteriores/ed_anteriores_ed2001.shtml). Acesso em: 20 nov. 2005.

NOWLIS, H. A verdade sobre a droga. **A droga e a educação**. Paris: UNESCO, 1982.

NUNES, César; SILVA, Edna. **A educação sexual da criança**: subsídios teóricos e propostas práticas para uma abordagem da sexualidade para além da transversalidade. Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

PREVENÇÃO, Educação e Drogas - **PEDDRO. UNESCO**, 1994?. Disponível em: <http://www.unesco.org/education/educprog/pead/SP/DRUGSP/PEDDRO/PeddroSP.htm>. Acesso em: 01 maio 2003.

PROMOÇÃO da saúde. Qualidade de vida. **TEMA - Cidades Saudáveis**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Programa RADIS, n. 19, p. 12-3, maio 2000.

OLIVEIRA, Edyla Maria L. P. Drogas e seus efeitos. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida**: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: EPU, 1988. p. 15-23.

OLIVEIRA, Gislene de Campos. Autoconceito do adolescente. In: SISTO, Fermino Fernandes et al. (Org.). **Leituras de Psicologia para formação de professores**. Petrópolis, RJ; Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2000. p. 58-69.

OLIVENSEIN, Claude. Toxicômano e sua infância. In: BERGERET, J.; LEBLANC J. **Toxicomanias**: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 79-90.

RODRIGUES, Rosicler Martins. A prevenção ao uso de drogas. **Revista Ensino e Ciências**, [S. l.] n. 24, ano 3, p. 13-9, 1993.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. Fortaleza: UNIFOR, 1983.

SALLES, Leila Maria Ferreira. As drogas e o aluno adolescente. In: AQUINO, Julio Groppa (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 123-42.

SANCHES GAMBOA, Silvio. A dialética na pesquisa em Educação: elementos do contexto. In: FAZENDA Ivani (Org.). **Metodologia da Pesquisa Educacional**. 6ª. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-115.

SANCHES, Z. M.; NAPPO, S. A. Progression on drug use and its intervening factors among crack users. **Revista Saúde Pública**, n. 36, ano 4, 461-71, 2004.

SANDELOWSKI, Margarete. Sample Size in Qualitative Research. **Res Nurs Health**, 18 (2): 179-183, 1995 apud TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 361.

SANDER, Benno. **Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do Conhecimento**. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 1995.

SANTOS, Rosa Maria Silveira. **Prevenção de drogas na escola: uma abordagem psicodramática**. 4ª. ed. Campinas, SP: Papirus, 2004.

SANTOS, Vera Lopes; SANTOS, Cledy Eliana. Adolescentes, jovens e AIDS no Brasil. In: SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro F. T.; CASTELO BRANCO, Viviane. **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, 1999. p. 213-22.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política**. 31ª. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1977.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, [S.l.], v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.

SILBER, Tomás José; SOUZA, Ronald Pagnoncelli. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. **Adolescência Latinoamericana**. [S.l.] 1414, 7130, p.148-62, 1998.

SIMÕES, Regina. (Qual) Idade de Vida na (Qual) Idade de Vida. In: MOREIRA, Wagner Wey (Org.). **Qualidade de Vida: complexidade e educação**. Campinas, SP: Papirus, 2001. p. 169-90.

TEUSEAU, Didier. A perspectiva farmacológica. BERGERET, J.; LEBLANC J. **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 19-52.

THUERLER, Mônica Gather. **Inovar no interior da escola**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TOZZI, Devanil, BOUER, Jairo. Prevenção também se ensina? In: AQUINO, Júlio Groppa (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 105-21.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TUTUGUI, Márcia Laudini. Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: EPU, 1988. p. 1-7.

URQUIJO, S.; SISTO, F. F. Personalidade. In: SISTO, F. F. et al. (Orgs). **Leituras de Psicologia para formação de professores**. Petrópolis, RJ; Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2000.

VERNANT, Jean-Pierre. **As origens do pensamento grego**. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1998.

VIZZOLTO, Maria Salete. **A droga: a escola e a prevenção**. 2ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Priority research for health for all**. Copenhagen: WHO, 1998.

ZOMIGNANI, Maurício de Araújo. Invulnerável, não: resiliente. **Viver Psicologia**. [S.l.], Seguimento, ano XI, n. 116, p. 30-31, set. 2002.

## GLOSSÁRIO<sup>1</sup>

**Abstinência:** deixar de fazer uso de algum produto ou substância de que fazia com frequência.

**Abuso de droga:** distingue-se do simples uso, na medida em que o abuso é uma modalidade de uso que ocasiona problemas. Uso anormal, exagerado de drogas.

**Alcoolistas:** são pessoas que fazem consumo abusivo do álcool e apresentam uma desordem que pode ser definida em termos clínicos e que requer um regime de tratamento.

**Alucinógenos:** substâncias psicoativas cujo uso se justifica pela capacidade que têm em produzir alucinações visuais ou auditivas. A maioria é vegetal como o cogumelo Mescalina ou alcalóides extraídos dos mesmos como o LSD.

**Anticolinérgicos:** são substâncias classificadas como perturbadoras do SNC, e que, se consumidas em doses elevadas, provocam delírios e alucinações.

**Anfetamina:** estimulante sintético que pode ser inalado, fumado ou injetado. Acarreta dependência, e, em caso de abuso, gera problemas cardíacos, agressividade, paranóia e ansiedade.

**Cocaína:** alcalóide extraído da coca. Pó branco, solúvel em água e no álcool. Pode ser fumada, inalada ou injetada. Derivado da cocaína: *crack*, em forma de pedra que se volatiliza quando aquecida, *merla* em pasta de cocaína que pode ser fumada, *basukos* pasta com impurezas tóxicas, um produto grosseiro fumado em forma de cigarros.

**Depressor:** o que deprime o organismo.

---

<sup>1</sup> O Glossário foi construído a partir da terminologia empregada nas publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde do Brasil, do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID). Além das Organizações, pesquisou-se termos usados por Abramovay e Castro (2002); Galduróz et al. (2004); Oliveira (1988); Teuzeau (1991); Vizzolto (1988).

**Droga:** qualquer entidade química ou mistura de entidades (mas outras que não aquelas necessárias à manutenção da saúde como, a água e o oxigênio) que altera a função biológica e possivelmente sua estrutura (OMC, 1988).

**Droga ilícita:** droga de uso não permitido por lei, ilegal.

**Droga lícita:** droga de uso permitido por lei, legal.

**Droga psicoativa:** droga que altera comportamento, humor e cognição afetando o SNC (OMC, 1988).

**Droga psicotrópica:** droga que age no SNC possuindo grande propriedade reforçadora, sendo passíveis de auto-administração, uso sancionado pela medicina (OMC, 1988).

**Droga sintética:** fabricada a partir de precursores químicos.

**Entorpecente:** droga que provoca torpor.

**Escalada:** quando uma pessoa passa de uma droga mais “leve” para uma mais “pesada”, ou quando com uma mesma droga o consumo torna-se mais intenso.

**Exposição às drogas:** somatório das pessoas que consomem drogas.

**Ecstasy (êxtase):** uma anfetamina, a metilenodióximetanfetamina (MDMA), encontrado em forma de comprimido.

**Fármaco:** substância natural ou sintética que dá origem a medicamentos.

**Farmacodependência:** interação entre um organismo vivo e um fármaco que se caracteriza por modificações no SNC e que leve à dependência.

**Ganja:** nome da *cannabis*, na América Central.

**Heroína:** narcótico semi-sintético derivado da morfina, que por sua vez, é derivada do ópio.

**Ice: uma** anfetamina – metanfetamina, que se fuma em cachimbos.

**Maconha:** designação brasileira para a *cannabis*. Planta herbácea que cresce em várias as partes do globo, em suas folhas e topos floridos encontra-se a substância ativa THC Delta 9-Tetrahydrocannabinol. Provoca efeitos alucinógenos.

**Marijuana:** nome da *cannabis* nos Estados Unidos.

**Metadona:** opiáceo sintético de ação farmacológica, antipsicótica e antidepressiva. Usada no tratamento de dependentes de heroína.

**Narcótico:** substância que provoca perda de consciência, narcose. São os principais: ópio, morfina, heroína, metadona e codeína.

**Não - usuário:** pessoa que nunca fez uso de drogas.

**Ópio:** consumo que apresenta alto potencial para levar à dependência. É o suco extraído da cápsula da papoula, que secado e pulverizado dá origem ao pó. O ópio possui mais de vinte alcalóides, os mais importantes são a morfina, a codeína e a papaverina. A tolerância cria-se rapidamente. Apresenta crise de abstinência.

**Orexígeno:** substância estimuladora do apetite.

**Overdose:** quantidade de substância absorvida suficientemente para causar a morte de um indivíduo.

**Poliusuário:** pessoa que utiliza combinações de várias drogas simultaneamente, ou dentro de um período curto de tempo, ainda que tenha predileção por determinada droga.

**Primeiro uso:** média de idade de iniciação.

**Redução de danos – RD:** controle dos efeitos adicionais adversos de qualquer substância psicoativa, em especial, das consequências decorrentes de drogas ilícitas.

**Síndrome da abstinência:** série de alterações físicas causadas pela falta da droga no organismo.

**Speed:** anfetamina administrada por via intravenosa, uma das a formas mais perigosa de consumo.

**Tipos de uso:** *uso na vida*, uso de droga pelo menos uma vez na vida; *uso no ano*, uso droga (s) pelo menos uma vez nos últimos doze meses; *uso no mês*, uso da droga (s) pelo menos nos últimos trinta dias; *uso freqüente*, uso de droga (s) seis ou mais vezes nos últimos trinta dias; *uso prejudicial, de risco*, padrão de uso ocasional, repetido ou persistente que implica alto risco de dano futuro à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em significantes efeitos mórbidos orgânicos ou psicológicos; *uso pesado*, padrão de uso que já causa dano à saúde, físico e / ou mental.

**Tolerância:** quando o organismo se acostuma com a droga e passa a exigir doses maiores para conseguir os mesmos efeitos.

**Tóxico:** qualquer substância natural ou não que ao ser absorvida provoca malefícios no organismo.

**Toxicomania:** estado de intoxicação periódica ou crônica determinado pelo uso de psicotrópicos em que há um desejo ou necessidade de consumir drogas e que traz prejuízos a o indivíduo e a sociedade.

**Usuário leve:** utilizou droga (s), mas, no último mês o consumo não foi diário ou mensal.

**Usuário moderado:** utilizou drogas semanalmente, mas não diariamente, no último mês.

**Usuário pesado:** utilizou drogas diariamente no último mês.

## APÊNDICES

## **COMPONENTES ESTRUTURAIS DO PLANO, PROGRAMA, PROJETO**

| <b>PLANO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Dados de identificação:</b> Equipe responsável</li> <li>2. <b>Justificativa:</b> Síntese dos fatos e necessidades que motivam o plano</li> <li>3. <b>Objetivos e Metas:</b> Objetivos⇒ Formulação precisa e clara. Montagem de um quadro ordenado, por itens, das mudanças a serem operadas quanto: à expansão de diferentes programas, estrutura e conteúdo dos mesmos. Metas⇒ objetivos quantificados quanto ao espaço, tempo e volume. Montagem de um quadro cronológico das metas a alcançar ao término do período. Deve haver coerência entre objetivos e metas propostas</li> <li>4. <b>Pessoal envolvido:</b> Adequada distribuição de profissionais, quantitativa e qualitativamente, necessária para a operacionalização do plano. Distribuição das responsabilidades de execução e de avaliação.</li> <li>5. <b>Recursos físicos, legais e financeiros:</b> Previsão dos recursos materiais e instrumentos legais indispensáveis para a realização do plano. Previsão do volume e a composição de gastos para todo período e para cada fase. Especificação das fontes e modalidades de financiamento.</li> </ol> |
| <b>PROGRAMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Dados de identificação:</b> Equipe responsável.</li> <li>2. <b>Justificativa:</b> Síntese de informações sobre contexto educacional.</li> <li>3. <b>Objetivos:</b> Elaboração de objetivos gerais coerentes com os objetivos do plano.</li> <li>4. <b>Estratégias de ação:</b> Determinação e formulação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• da dinâmica de trabalho a ser adotada para a implantação do programa,</li> <li>• das estratégias de sensibilização e conscientização para mobilizar os profissionais,</li> <li>• dos projetos que comporão o programa, incluindo a apresentação sumária de objetivos e ações,</li> <li>• das funções consignadas às escolas, aos órgãos e / ou serviços ligados ao programa, com responsabilidades em sua execução.</li> </ul> </li> <li>5. <b>Pessoal envolvido:</b> Relação dos profissionais que devem participar do programa.</li> <li>6. <b>Recursos:</b> Explicitação dos recursos materiais, financeiros e administrativos necessários.</li> </ol>                                                                                                               |
| <b>PROJETO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>TÍTULO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O quê? <b>O objeto de estudo.</b> Uma descrição precisa do projeto.</li> <li>2. Onde? <b>O local.</b> A instituição, a escola, a sala de aula, etc.</li> <li>3. Para quê? <b>Os objetivos.</b> A determinação dos resultados a serem alcançados. O que se deseja obter com o projeto.</li> <li>4. O por quê? <b>A justificativa.</b> A definição da situação-problema, as razões e motivos que justificam o projeto.</li> <li>5. Como? <b>As estratégias de ação.</b> A organização e a direção das situações para que sejam alcançados os objetivos propostos.</li> <li>6. Com quê? <b>Os recursos.</b> A definição recursos materiais e financeiros necessários para desenvolver o projeto.</li> <li>7. Com quem? <b>As pessoas.</b> A população envolvida no projeto.</li> <li>8. Quando? <b>O cronograma.</b> Distribuição do tempo necessário para diversas etapas do projeto.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                |

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****agosto  
2004**

Prezado (a) professor (a)

Sou pedagoga e participo, como aluna, do Programa de Doutorado da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP. Em função de minha tese preciso fazer uma pesquisa de campo cujo objetivo é implementar uma metodologia que promova reflexões sobre as práticas educativas na prevenção do abuso de drogas na escola. O estudo apresenta como proposta o Encontro Pedagógico para a realização de um trabalho conjunto entre pesquisadora e professores (as) e, que se caracterize pela articulação íntima com a realidade das escolas. A metodologia fundamenta-se em três linhas de ação, a saber: 1) descrição e explicação da prática pedagógica atual dos professores participantes, 2) aprofundamento teórico; 3) elaboração de novas propostas.

Para dar continuidade a este trabalho necessito da sua colaboração, autorizando sua participação na pesquisa. Cabe ressaltar que o (a) participante...

...deve obter todas as informações para poder decidir sobre seu consentimento em participar do estudo,

...deve aderir voluntariamente à proposta, sendo livre para interromper sua participação, a qualquer momento,

...tem sua identidade protegida, quer em material escrito, quer em relato verbal,

...deve estar ciente que os resultados obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação em literatura científica especializada,

...pode entrar em contato com a responsável pelo estudo, sempre que julgar necessário.

⇒ Pesquisadora responsável: Marília Saldanha da Fonseca,

Telefax: (0xx19) 3237-9286 e-mail: [mariliasf@uol.com.br](mailto:mariliasf@uol.com.br)

O termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanece em poder do (a) participante e outra com a pesquisadora responsável.

Campinas, 02 de agosto de 2004

\_\_\_\_\_  
Marilia Saldanha da Fonseca

Eu, \_\_\_\_\_ ,  
abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar da como voluntário (a) da pesquisa supra-citada, sob a responsabilidade de Marília Saldanha da Fonseca do Programa de Doutorado da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP.

02 de agosto de 2004

✂ \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ ,  
abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) da pesquisa supra-citada, sob a responsabilidade de Marília Saldanha da Fonseca do Programa de Doutorado da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP.

02 de agosto de 2004

\_\_\_\_\_

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><i>ENCONTRO PEDAGÓGICO sobre</i></b><br/><b><i>PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NAS ESCOLAS</i></b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA

## QUESTIONÁRIO I

Prezada professora:

Para a realização deste estudo necessito de sua colaboração. Se você estiver de acordo, solicito que responda às questões abaixo. Não é necessária sua identificação.

**O que você entende por prevenção ao abuso de drogas?**

**Você acha que ações educativas podem prevenir o abuso de drogas?**

**Na sua opinião, as escolas devem desenvolver ações preventivas ao abuso de drogas? Como?**

**Como você vê a prevenção na sua escola? Quais as dificuldades encontradas?**

**ENCONTRO PEDAGÓGICO sobre  
PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NAS ESCOLAS****agosto  
2004**

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA

**QUESTIONÁRIO II**

Prezada professora:

Estamos encerrando este Encontro. Para verificar a eficácia e a efetividade do mesmo, necessito de sua colaboração. Se você estiver de acordo, solicito que responda às questões abaixo. Não é necessária sua identificação.

**As escolas devem desenvolver as ações preventivas ao abuso de drogas? Como?**

**Dê algumas propostas de ações concretas que possam ser implementadas.**

**Como fazer intervenções pedagógicas em sala de aula?**

**Como você pode, dentro de sua atividade específica, desenvolver um trabalho de prevenção?**

**Finalmente:**

**O que representou este Encontro para seu avanço pessoal e profissional?**

**PLANO ENCONTRO PEDAGÓGICO em  
PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA**

**agosto  
2004**

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA

**PRIMEIRO MOMENTO: DESCRIÇÃO DA PRÁTICA PEDAGÓGICA**

**1º. dia: 02/08**

**1ª. fase:**

Abertura do Encontro.

nome

**AQUECIMENTO:** Apresentação: Crachá \_\_\_\_\_. Enfeitar o crachá.

uma qualidade

Colocação da proposta do trabalho: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Procurar-obter um quadro demonstrativo do que acontece em relação à educação preventiva. As respostas vão mostrar como estão sendo realizadas, na prática, a prevenção ao abuso de drogas nas escolas.

**PRÉ-PESQUISA** - Utilizar questionário semi-estruturado. Individual.

1. O que você entende por prevenção ao abuso de drogas?
2. Você acha que ações educativas podem prevenir o abuso de drogas?
3. Na sua opinião, as escolas devem desenvolver as ações preventivas? Como?
4. Como você vê a prevenção na sua escola? Quais as dificuldades encontradas?

**2ª. fase:**

**DINÂMICA:** A descrição da prática decorre da análise crítica dos problemas enfrentados. Em pequenos grupos por série e/ou áreas de estudo, as participantes refletem sobre as dificuldades do cotidiano frente à educação preventiva. Para orientar a descrição da prática no nível do empírico, sugere-se “descrevam (contem) suas práticas pedagógicas considerando a prevenção ao abuso de drogas...”

**COMENTÁRIOS:** Reunião em plenária para socializar as descrições. A plenária é o início da compreensão de que os problemas não são individuais, mas coletivos.

**SEGUNDO MOMENTO: EXPLICAÇÃO DA PRÁTICA PEDAGÓGICA**

**2º. dia: 03/08 e 3º. dia: 04/08**

**TEXTO 1: DROGAS: uma abordagem psicossocial**

**AQUECIMENTO:** Tempestade cerebral: Questão: O que é droga para vocês? Registrar e discutir.

**DINÂMICA 1:** Cada participante escolhe uma peça de sucata que melhor faz a representação da droga.

**COMENTÁRIOS:** Neste momento são reveladas as motivações, os sentimentos, as ideologias.

**DINÂMICA 2:** O grupo é em divididos quatro subgrupos por palavras que lembrassem droga:

***CURIOSIDADE – TRISTEZA - OJERIZA e TERROR - PRAZER e FUGA***

A partir daí, conversar sobre o tema e responder por meio de imagens de sucatas. Todos devem explicar suas imagens.

**COMENTÁRIOS** Novamente em plenária, sob a coordenação da pesquisadora que esclarece os pontos obscuros e acrescenta outros dados necessários.

**PLANO ENCONTRO PEDAGÓGICO em  
PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA**

**agosto  
2004**

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA

**TEXTO 2: DROGAS E SEUS EFEITOS**

**AQUECIMENTO:** Relaxadas em suas cadeiras as participantes ouvem diferentes músicas, que provocaram reações em cada uma: suave - Tranquility (Hernnie Becker); estimulante - Symphonie no. 5 (Bethoven); perturbadora – Euphorie

**DINÂMICA:** Trabalhar a classificação de drogas e seus efeitos, mostrando que esses variam em cada pessoa, cada uma busca a droga que melhor se sujeita à personalidade: depressoras, perturbadoras e estimulantes.

**COMENTÁRIOS:** As drogas têm diferentes efeitos, tal como os estilos musicais provocam diferentes reações nas pessoas. Esgotados os questionamentos, acrescentar outras informações pertinentes e complementares.

**TEXTO 3 DROGAS: o abuso entre estudantes brasileiros**

**DINÂMICA:** Dividir os subgrupos por cores, cada um recebe um conceito para discutir, podem consultar o texto e depois fazer um slogan, um jingle, verso, carta, colagem, desenho, poesia, etc. Os conceitos são:

***DEPENDÊNCIA - TOLERÂNCIA - SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA - ESCALADA.***

Conversar sobre as dificuldades que gostariam de ser trabalhadas.

**COMENTÁRIOS** Exposição dialogada participativa:

**TERCEIRO MOMENTO: APROFUNDAMENTO TEÓRICO**

**4º. dia: 05/08**

**TEXTO 4 SAÚDE/DOENÇA: significações e paradigmas**

**AQUECIMENTO:** Analisar evolução dos conceitos de saúde.

**DINÂMICA:** Oficina: Saúde?! Eu tenho!? Organizar seis grupos. Cada grupo recebe um conjunto com gravura, letra de música, texto e orientação para a reflexão.

**COMENTÁRIOS:** Em plenária expor as conclusões de cada grupo. Conceituar saúde.

**5º. dia: 06/08**

**TEXTO 5 PREVENÇÃO: caminho para a promoção da saúde**

**TEXTO 6 PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA**

**AQUECIMENTO:** Escrever e discutir: Para vocês, o que é prevenção?

**DINÂMICA:** Exposição oral dialogada: O que? Pôr que? Para que? Como? Quem? Transparências **PREVENÇÃO: AS CINCO QUESTÕES.** Formar cinco grupos discutir as concepções de prevenção da OMS, do paradigma biomédico, do modelo de Saúde Pública, da prevenção ao abuso de drogas e da prevenção primária nas escolas.

**COMENTÁRIOS:** Discutir as semelhanças e diferenças entre as concepções e os níveis de prevenção.

**6º.dia: 09/08**

**TEXTO 7 FATORES DE PROTEÇÃO/RISCO**

**TEXTO 8 VULNERABILIDADE**

**TEXTOS 9 RESILIÊNCIA**

**PLANO ENCONTRO PEDAGÓGICO em  
PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA**

**agosto  
2004**

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA

**DINÂMICA:** FATORES DE PROTEÇÃO/RISCO. Formar quatro grupos, discutir os fatores de risco e proteção na família e na escola. Apresentação das Transparências **FATORES DE PROTEÇÃO, FATORES DE RISCO**

**DINÂMICA:** VULNERABILIDADE. Leitura e discussão do texto.

**DINÂMICA:** RESILIÊNCIA Ler jornal: Família como arma para enfrentar o tráfico (O Globo, 10/02/02). Projetar Transparência. Lula, Ronaldinho, Hebert Viana. **O que há de comum entre a vida destas pessoas e ... uma bola de tênis?**

**TEXTO 10 MODELOS BÁSICOS DE PREVENÇÃO NA ESCOLA**

**DINÂMICA:** Exposição oral dialogada. Transparências **ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.**

**DINÂMICA:** Formar quatro grupos de reflexão para dar respostas às seguintes questões: Questão 1: Pensem na sua escola: quais os fatores de risco? Como fortalecer os fatores de proteção? Questão 2: Pensem na sua escola: como fortalecer alunos vulneráveis? Questão 3: Como sua escola pode contribuir para a construção da resiliência nos alunos? Questão 4: Discutir as expectativas do trabalho preventivo frente à realidade da escola.

**COMENTÁRIOS:** Refletir sobre quais modelos de intervenção estariam mais adequados à proposta pedagógica da escola e quais vertentes do modelo cinco estariam mais adequadas para desenvolver no momento na escola?

**7º.dia: 10/08**

**TEXTO 11 EDUCAÇÃO PREVENTIVA**

**DINÂMICA:** Exposição dialogada. Transparências **AÇÕES PREVENTIVAS NA ESCOLA.**

**COMENTÁRIOS:** Exposição oral participativa.

**TEXTO 12 PLANEJAMENTO DA PREVENÇÃO**

**DINÂMICA:** Exposição oral participativa Transparências **PLANEJAMENTO DA PREVENÇÃO.**

**COMENTÁRIOS:** Discutir, analisar “PLANO” “PROGRAMA” “PROJETO” em relação às estratégias preventivas em nível de Secretaria, de Município e de Escola.

**TEXTO 13 O CURRÍCULO DA PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS**

**TEXTO 14 TEMA TRANSVERSAL em PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS**

**DINÂMICA:** Leitura e análise do texto.

**COMENTÁRIOS:** Exemplos de como trabalhar, com projetos, o tema transversal em sala de aula.

**8º. dia: 11/08**

**TEMA TRANSVERSAL em PREVENÇÃO AO ABUSO DROGAS**

**ATIVIDADES**

**A BUSCA DO AUTOCONHECIMENTO PARA O AUTOCUIDADO**

**AQUECIMENTO:** Poema O início em *Almas em chamas* de Elie Wiesel. Som *new wave*.

**OBJETIVOS:**

Tomar ciência de seu próprio corpo como um organismo unificado.

**PLANO ENCONTRO PEDAGÓGICO em  
PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA****agosto  
2004**

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA

Conhecer algumas possibilidades expressivas do corpo.

Tornar possível a percepção da identidade corpórea.

**DINÂMICA: O CORPO**

- Olhar para dentro (interiorização)

Pedir às professoras que se sentem de modo confortável, fechem os olhos e desliguem-se dos sons e dos estímulos externos, concentrando a atenção no mundo interior de cada um, investigando suas sensações, suas emoções, seus pensamentos, suas memórias, seus desejos... Logo que abrirem os olhos, pedir que anotem tudo o que perceberam dentro de si na forma de um desenho. Nesta dinâmica não há relato pessoal.

**COMENTÁRIOS:** Comentar a experiência vivida. Discutir como aplicar em sala de aula.

- Jogo do balão de gás (percepção de si e do outro)

Pedir às professoras que se sentem de modo confortável, fechem os olhos e desliguem-se dos sons e dos estímulos externos. A dinamizadora coloca um balão de gás (bexiga) vazio ao lado de cada participante e dá as consignas, as pessoas devem imaginar cada comando: a) sentir como o balão vazio, b) encher o balão e se sentir, agora, como balão cheio, c) com música, iniciar o jogo: as participantes observando a movimentação do balão (flutuação, ondulação...) imitam os movimentos do mesmo. Num segundo momento, formam-se duplas que, brincando com seus balões, interagem entre si.

**COMENTÁRIOS:** Comentar a experiência vivida. Discutir como aplicar em sala de aula.

**DINÂMICA: AS MÃOS**

- Descoberta de si mesma (percepção de si mesmo)

De olhos fechados “descobrir” as próprias mãos e pelo tato explorar forma, textura, temperatura, tamanho. Após observar as mãos, responder em gestos: para que servem as mãos?

- Jogo do Contorno (percepção de si mesmo)

Sobre um papel, as participantes fazem a demarcação do contorno das próprias mãos com pincel atômico. Cada pessoa deve preencher o seu contorno com recortes, palavras, figuras, enfeitando o desenho das mãos.

- Gravuras – um objeto intermediário (percepção do outro)

Cada pessoa recebe uma gravura diferente de mãos. Interpretar as gravuras, imaginando de quem são essas mãos? para que servem essas mãos?

- Dança das luvas (identidade grupal)

Material: luvas brancas costuradas umas as outras formando uma longa tira de luvas.

Todas as participantes calçam as luvas e fazem movimentos de “brincar com as mãos” entre si. Tocam-se, comunicam-se e interagem. Num segundo momento, introduzir música lenta e, após, música rápida para as luvas dançarem ao som da melodia.

- Projeção do vídeo: Anima Mundi, 1988.

**COMENTÁRIOS:** Comentar a experiências vividas. Discutir como aplicar em sala de aula.

**PLANO ENCONTRO PEDAGÓGICO em  
PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA****agosto  
2004**

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA

**9º. dia: 12/08****A BUSCA DO AUTOCONHECIMENTO PARA O AUTOCUIDADO****DINÂMICA: OS CINCO SENTIDOS**

- Formar seis grupos, cada grupo realiza uma atividade diferente.

Sentido da visão – material: hologramas.

Sentido do tato – material: saco com objetos de diferentes texturas.

Sentido da audição – material: caixas lacradas contendo objetos que fazem barulho.

Sentido do paladar – material: potes de vidro lacrados contendo sólidos de cor branca (açúcar, sal, farinha de trigo, cal, talco)

Sentido do olfato – material: potes de vidro lacrados contendo líquidos transparentes (água, vinagre, álcool, acetona)

Cada grupo identifica o material recebido para analisar, explicando como e com o que foi feita a identificação.

Responder: Questão 1: Qual a importância dos sentidos em nosso dia-a-dia? Questão 2: Quais os cuidados que devemos ter com nossos sentidos? Questão 3: Qual a relação entre o estudo dos cinco sentidos e a prevenção ao abuso de drogas?

**COMENTÁRIOS:** Comentar a experiência vivida. Discutir como aplicar em sala de aula.

**DINÂMICA: LUVAS SENSORIAIS**

Luvras feitas de vários materiais e tamanhos, usadas pelos participantes, que seguram bolas de dimensões e texturas diferentes, levando-os a redescoberta do tato à medida que repetem a experiência sem a luva. (XXIV Bienal - Núcleo Educação - Lygia Clarck)

- Realizar a dinâmica com luvas e bolas de diferentes tamanhos e diferentes texturas.
- Projetar transparência dos Objetos Sensoriais da artista plástica Lygia Clarck.

**COMENTÁRIOS:** Comentar a experiência vivida. Discutir como aplicar em sala de aula.

**RISCOS À SAÚDE**

**AQUECIMENTO:** Transparência: venda de detergentes e desinfetantes sem controle sanitário em praça pública. Discutir sobre os riscos à saúde da população.

**DINÂMICA: SOBRE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS**

- Formar três grupos que devem desenvolver atividades diferentes analisando:

1. domissanitários,
2. medicamentos,
3. aditivos alimentares.

As atividades propostas são auto-instrucionais e, para isso, os grupos recebem um roteiro de atividade, um anexo e um texto. (da página 08 à página 12.3). Após, responder: Questão: Qual a relação entre a atividade realizada e a prevenção ao abuso de drogas?

**COMENTÁRIOS** Como aplicar em sala de aula?

**PLANO ENCONTRO PEDAGÓGICO em  
PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA****agosto  
2004**

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA

10º. dia: 13/08

**O DIÁLOGO****AQUECIMENTO:** Adivinhação**DINÂMICA:**

- **Máscaras**

Música: Noite dos mascarados.- Chico Buarque de Hollanda.

Leitura e interpretação dos poemas de Fernando Pessoa

Como confeccionar máscaras.

**COMENTÁRIOS** Como aplicar em sala de aula?**QUARTO MOMENTO: PROPOSTAS DE NOVAS PRÁTICAS**

e

**AValiação DO ENCONTRO**

As professoras respondem as seguintes questões individuais:

1. Como as escolas devem desenvolver as ações preventivas ao abuso de drogas?
2. Dê algumas propostas de ações concretas que possam ser implementadas na escola.
3. Como fazer intervenções pedagógicas em sala de aula? Quais procedimentos a serem adotados?
4. Como você pode, dentro de sua atividade específica, desenvolver um trabalho de prevenção?
5. O que representou para você o Encontro, para seu avanço pessoal e profissional?

**ENCERRAMENTO**

- **Mensagem do Encontro**

Poema: NADA É IMPOSSÍVEL DE MUDAR – Bertold Brecht

Música: COMO UMA ONDA NO MAR – Lulu Santos

**ENCONTRO PEDAGÓGICO**  
**sobre**  
**PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA**

agosto de 2004

MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA

**PRIMEIRA PARTE: ATIVIDADES**

AUTOCONHECIMENTO PARA O AUTOCUIDADO  
RISCOS À SAÚDE  
O DIÁLOGO  
PALAVRAS FINAIS

**SEGUNDA PARTE TEXTOS**

- Texto 01 DROGAS: uma abordagem psicossocial
- Texto 02 DROGAS e seus efeitos
- Texto 03 DROGAS: o abuso entre estudantes brasileiros
- Texto 04 SAÚDE / DOENÇA: significações e paradigmas
- Texto 05 PREVENÇÃO: caminho para a promoção da saúde
- Texto 06 PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA
- Texto 07 FATORES DE PROTEÇÃO / FATORES DE RISCO
- Texto 08 VULNERABILIDADE ÀS SITUAÇÕES DE RISCO
- Texto 09 RESILIÊNCIA: a capacidade de resistir
- Texto 10 MODELOS BÁSICOS DE PREVENÇÃO NA ESCOLA
- Texto 11 EDUCAÇÃO PREVENTIVA NA ESCOLA
- Texto 12 PLANEJAMENTO DA PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS
- Texto 13 CURRÍCULO DA PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS
- Texto 14 TEMA TRANSVERSAL: PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS
- Texto 15 O PAPEL CONSTRUTIVO DO PROFESSOR
- Texto 16 RECOMENDAÇÕES  
BIBLIOGRAFIA

## AUTOCONHECIMENTO PARA O AUTOCUIDADO

- Aquecimento

Poema "O início" de Elie Wiesel, relaxamento ao som de música suave. Após, fazer a leitura individual.

(colar aqui o poema "O Início")

### *O início*

*Mas, onde eu devia começar?  
O mundo é tão vasto,  
Começarei com o meu país,  
que é o que conheço melhor.  
Meu país, porém é tão grande.  
Seria melhor começar com minha cidade.  
Mas minha cidade também é grande.  
Seria melhor eu começar com a minha rua.  
Não: minha casa.  
Não: minha família.  
Não importa, começarei comigo mesmo.  
In: Almas em Chamas  
Elie Wiesel (1928-....)*

## O CORPO FALA E SIGNIFICA

### **Expressão Corporal<sup>1</sup>**

Segundo Rector e Trinta, "nossa aparência física é culturalmente programada. (...) É aprendida, pois não nascemos com ela. Conformamos e adaptamos o corpo segundo padrões sociais estabelecidos e adotados por convenção. Aprendemos a nos movimentar, a nos posicionar, formal e informalmente, de acordo com circunstâncias socialmente determinadas. (...) Pessoas que convivem durante longos períodos passam a se parecer. (...) Trata-se de um processo de identificação. (...) Nosso corpo é uma mensagem, que anuncia ou denuncia o que somos e pensamos. (...) Essa comunicação confunde-se com a própria vida. (...) A comunicação serve, em primeiro lugar, à sobrevivência, individual e coletiva; em segundo, às extensas redes de troca social, pelas quais se forma e se transforma a própria realidade. (...) A comunicação supõe a alteridade, senão a pluralidade. Comunicar é atuar sobre a sensibilidade de alguém, buscando mobilizá-lo, convencê-lo ou persuadi-lo. (...) A 'construção' possível de uma 'imagem social' requer consciência e controle de gestos e posturas. E a expressão gestual serve tanto a uma intenção cognitiva, expressiva ou descritiva, quanto a referências de ordem afetiva".

### **Identidade corporal**

Edith Derdyk diz que "o corpo, com seus impulsos e reações, é a manifestação de uma vontade. O corpo é nosso querer no mundo, tornando possível a percepção de uma identidade, história única do indivíduo. A noção do si-mesmo é assentada na experiência da vida num corpo. (...) O corpo humano pode ser considerado como um instrumento de formação e de modificação do mundo. (...) Conhecer e transformar nosso instrumento é conhecer e transformar o mundo. O corpo potencializa a materialização de nossos quereres no mundo, expressando até involuntariamente a necessidade de concretização de projetos. A presença corporal confirma o ser, o estar e o fazer do homem no mundo. (...) São milhares as maneiras de representar a figura humana, as quais, provavelmente, estiveram associadas às condições e circunstâncias

<sup>1</sup> XXIV Bial-Úcleo Educação - Lygia Clarck [www.uol.br/24binal/edu/lygia\\_clarck.htm](http://www.uol.br/24binal/edu/lygia_clarck.htm)

de uma certa época, bem como interligadas à relação que o homem mantém com seu próprio corpo: reflexos de uma determinada **visão do mundo**. Cada época desenha sua figura, sua imagem, sua persona cultural. (...) Inclusive as várias formas e posturas corporais que os próprios artistas assumiram ao desenhar refletem toda uma maneira de estar no mundo".

- **Objetivos**

Tomar ciência de seu próprio corpo como um organismo unificado.

Conhecer algumas possibilidades expressivas do corpo.

Tornar possível a percepção da identidade corpórea.

- **Dinâmicas**

**1 O corpo**

**2 As mãos**

- **Comentários**

## OS SENTIDOS

- **Objetivos**

Sensibilizar para reflexões sobre os sentidos.

Discutir sobre a importância, a função e as características dos cinco sentidos.

- **Dinâmicas**

**1 Os cinco sentidos**

**2 Experiências sensoriais**

As obras de Lygia Clark descritas a seguir podem ser recriadas em classe pelo professor e seus alunos, adaptadas aos recursos materiais disponíveis, para a realização de algumas das experiências sensoriais sugeridas pela artista em sua obra:

**1. "Livro sensorial"** (1966) "Livro composto por folhas feitas com sacos de plástico transparente, contendo em seu interior diferentes materiais, visando proporcionar uma leitura sensorial tátil diversificada. As páginas são recheadas de elementos destinados à leitura tátil, tais como conchas, pedacinhos de tubo plástico, lã de aço, pedras alternadas com páginas de alumínio rígido."

**2. "Luvas sensoriais"** (1968) "Luvas feitas de vários materiais e tamanhos, usadas pelos participantes, que seguram bolas de dimensões e texturas diferentes, levando-os a redescoberta do tato à medida que repetem a experiência sem a luva."<sup>2</sup>

- **Comentários**

## RISCOS À SAÚDE

- **Objetivos**

Adotar uma atitude crítica quanto ao uso correto de medicamentos.

Analisar os perigos de substâncias químicas usadas nos produtos de limpeza e conservação das casas.

Refletir quanto ao abuso de produtos químicos na alimentação.

Refletir sobre os fatores que contribuem para preservar e/ou destruir a saúde de nosso planeta.

- **Aquecimento**

- **Dinâmicas**

**Há substâncias químicas seguras?**

- **Comentários**

## ATIVIDADE 1: OS DOMISSANITÁRIOS

<sup>2</sup> XXIV Bienal-Núcleo Educação - Lygia Clark [www.uol.br/24bienal/edu/lygia\\_clark.htm](http://www.uol.br/24bienal/edu/lygia_clark.htm)

Selecione cinco ou mais produtos de limpeza (domissanitários).

Use os rótulos desses produtos para preencher o quadro abaixo:

| INFORMAÇÕES DE EMBALAGEM |                 |     |                    |                         |            |
|--------------------------|-----------------|-----|--------------------|-------------------------|------------|
| Domissanitários          | Marca comercial | Uso | Composição Química | Cuidados e Preocupações | Observação |
| 1                        |                 |     |                    |                         |            |
| 2                        |                 |     |                    |                         |            |

- (a) Os produtos relacionados são inofensivos?  
 (b) Que produtos são mais perigosos?  
 (c) É costume ler o que vem nas embalagens?  
 (d) Você conhece alguém que tenha se intoxicado com domissanitário?

Conte como foi.

Conclua:

- (a) Por que ao embalar compras domésticas devemos separar os produtos de limpeza dos alimentares?  
 (b) O que é feito com as embalagens vazias dos domissanitários?  
 (c) Como as pessoas guardam os domissanitários?  
 (d) Que cuidados devemos ter com os domissanitários?

#### ATIVIDADE 2: OS MEDICAMENTOS

Selecione bulas e embalagens vazias de diferentes medicamentos.

Use as bulas desses produtos para preencher o quadro abaixo:

| medicamento<br>laboratório | indicações | contra-<br>indicações | modo de usar | efeitos<br>colaterais | observação. |
|----------------------------|------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------|
| 1                          |            |                       |              |                       |             |
| 2                          |            |                       |              |                       |             |

- (a) Você costuma ler a bula dos medicamentos?  
 (b) Onde os medicamentos são guardados em sua casa?  
 (c) Que medicamentos são usados com maior frequência em sua casa?  
 (d) Você já consumiu medicamentos através de propaganda ou por indicação de amigos?  
 (e) Você conhece alguém que tenha tido intoxicação por uso de medicamentos? Conte como foi.

Conclua:

- a) Quem deve indicar (prescrever) o uso de medicamentos?  
 b) Onde os medicamentos devem ser guardados?

#### ATIVIDADE 3: OS ADITIVOS ALIMENTARES E SEUS PERIGOS QUANDO INGERIMOS EM EXCESSO

Pense nas situações:

- 1 - Você costuma ler o que vem na embalagem dos produtos enlatados? O que lê?  
 2 - Você sabe o que são os códigos que aparecem nas embalagens?  
 3 - Você verifica se a embalagem está perfeita, em boas condições? O que observou nelas?  
 4 - Cor e aroma são fatores importantes para dizer se um alimento é saudável? Por quê?  
 5 - Que critérios você usa para escolher determinado produto enlatado? Propaganda? Preço? Gosto?  
 Selecione rótulos de produtos alimentares industrializados (latas de salsicha, patê, sorvete, refrigerante).

Com auxílio do Anexo 3, que apresenta códigos que aparecem nas embalagens, preencha o quadro abaixo.

| ALIMENTO (NOME) |  | ADITIVOS ALIMENTARES |                   |
|-----------------|--|----------------------|-------------------|
|                 |  | Código               | O que representam |
| 1               |  |                      |                   |
| 2               |  |                      |                   |

- (a) Que alimento contém mais aditivos?

Conclua:

- 1- Todos os aditivos são realmente necessários?
- 2- Porque é recomendável evitarmos o consumo excessivo de produtos enlatados?
- 3- Qual a função dos alimentos? Os aditivos cumprem a sua função?

### ANEXO 3

Tabela de códigos de aditivos para gêneros alimentícios--Decreto n.o 55.871 de 21/03/65

| CORANTES                                             |                                      | AROMATIZANTE-FLAVORIZANTE    |         |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------|
| Naturais                                             | CI ou natural                        | Essências naturais           | F.I     |
| Artificiais                                          | CII                                  | Essências artificiais        | F.II    |
| Caramelo                                             | Isento de declaração                 | Extrato vegetal aromático    | F. III  |
|                                                      |                                      | Quimicamente definido        | F.IV    |
| CONSERVANTES                                         |                                      | ESTABILIZANTE                |         |
| Acido benzóico                                       | P.I                                  | Fosfolipídeos                | ET I    |
| Ácido bórico                                         | P.II                                 | Goma arábica                 | ET II   |
| Ésteres de ácido p-hidroxibenzóico                   | P.III                                | Mono e diglicerídeos         | ET.III  |
| Ácido sórbico                                        | P.IV                                 | Polifosfatos                 | ET IV   |
| Dióxido de enxofre e derivados                       | P.V                                  | Óleo vegetal bromado         | ET V    |
| Antibióticos (oxitetraciclina e cloretetraciclina)   | P.VI                                 |                              |         |
| Nitratos                                             | P.VII                                | ESPESSANTES                  |         |
| Nitritos                                             | P.VIII                               | Agar-agar                    | EP. I   |
| Propionatos                                          | P. IX                                | Alginatos                    | EP. II  |
| Ácido dihidroacético                                 | P.X                                  | Carboximetil celulose sódica | EP. III |
|                                                      |                                      | Goma adragante               | E.IV    |
|                                                      |                                      | Goma arábica                 | E.V     |
|                                                      |                                      | Goma acáia                   | EP .VI  |
|                                                      |                                      | Goma guar                    | EP. VII |
|                                                      |                                      | Goma jataí                   | EP.VIII |
|                                                      |                                      | Mono e diglicerídeos         | EP.IX   |
|                                                      |                                      | Musno irlandês (caragena)    | EP.X    |
| ACIDULANTES                                          |                                      | EDUCORANTES                  |         |
| Ácido adípico                                        | H.I                                  | Sacarina                     | D.I     |
| Ácido crítico                                        | H.II                                 | Ciclamatos                   | D.II    |
| Ácido fosfórico                                      | H.III                                |                              |         |
| Ácido fumárico                                       | H.IV                                 |                              |         |
| Ácido glicônico                                      | H.V                                  |                              |         |
| Ácido glicólico                                      | H.VI                                 |                              |         |
|                                                      |                                      |                              |         |
| Ácido láctico                                        | H. VII                               | UMECTANTES                   |         |
| Ácido málico                                         | H.VIII                               | Glicerol                     | U.I     |
| Ácido tartárico                                      | H.IX                                 | Sorbitol                     | U.II    |
| Glaucoma deltalactona                                | H.X                                  |                              |         |
| ANTIOXIDANTES                                        |                                      | ANTIUMECTANTES               |         |
| Ácido ascórbico                                      | A .I                                 | Carbonato de cálcio          | AU.I    |
| Ácido cítrico                                        | A .II                                | Carbonato de magnésio        | AU. II  |
| Ácido fosfórico                                      | A .III                               | Fosfato tricálcico           | AU.III  |
| Acido nordihidroguaiarétrico                         | A .IV                                | Citrato de ferro IV          |         |
| Butil hidroxianisol (BHA)                            | A. V                                 | Amonical (férico)            | AU. IV  |
| Butil hidroxitolueno(BHT)                            | A. VI                                |                              |         |
| Citrato de monoisopropila                            | A .VII                               |                              |         |
| Fosfolopídeos                                        | A .VIII                              |                              |         |
| Galato de propila ou de duodecila ou de octila       | A .IX                                |                              |         |
| Resina de guaiaco                                    | A.X                                  |                              |         |
| Tecoféris                                            | A.XI                                 |                              |         |
| Etileno- dinamino- tetracetado de cálcio s dissódico | A.XII                                |                              |         |
| Citrato de monoglicerídio                            | A .XIII                              |                              |         |
| Tércio-butil-hidrixiquinona (TBHQ)                   | Obrigatória a declaração por extenso |                              |         |

CLASSIFICAÇÃO DE ADITIVOS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.

Aditivos intencionais: “Toda a substância intencionalmente adicionada ao alimento com a finalidade de conservar, intensificar ou modificar, suas propriedades que não prejudique seu valor nutritivo. Exclui desta categoria os ingredientes normalmente exigidos para o preparo do alimento”.

1. Corante: substância que confere ou intensifica a cor dos alimentos.
2. Aromatizante - Flavorizante: substância que confere ou intensifica o sabor e o aroma dos alimentos.
3. Conservador: substância que impede ou retarda a alteração dos alimentos provocada por microorganismos ou enzimas.
4. Antioxidante: substância que retarda a alteração oxidativa dos alimentos.
5. Estabilizante: substância que favorece e mantém as características físicas das emulsões e suspensões.
6. Espumífero e antiespumífero: substância que modifica a tensão superficial dos alimentos líquidos.
7. Espessante: substância capaz de aumentar nos alimentos a viscosidade de soluções, emulsões e suspensões.
8. Edulcorante: substância orgânica artificial, não glicídios, capaz de conferir sabor doce aos alimentos.
9. Umectante: substância capaz de evitar a perda de umidade dos alimentos.
10. Antiumectante: substância capaz de reduzir as características higroscópicas dos alimentos.
11. Acidulante: substância capaz de comunicar ou intensificar o gosto ácido dos alimentos.

## DIÁLOGO

J. Gaarder comenta que "o ponto central de toda a atuação de Sócrates como filósofo estava no fato de que ele não queria propriamente ensinar as pessoas. Para tanto, em suas conversas, Sócrates dava a impressão de ele próprio querer aprender com seu interlocutor. Ao 'ensinar', ele não assumia a posição de um professor tradicional. Ao contrário, ele dialogava, discutia. (...) O próprio Sócrates costumava comparar a atividade que exercia com a de uma parteira. Não é a parteira quem dá à luz o bebê. Ela só fica por perto para ajudar durante o parto. (...) Mas Sócrates não teria se tornado um filósofo famoso se apenas tivesse prestado atenção ao que os outros diziam. (...) Geralmente, no começo de uma conversa, **Sócrates** fazia perguntas, como se não soubesse de nada. Durante a conversa, freqüentemente conseguia levar seu interlocutor a ver os pontos fracos de suas próprias reflexões, (...) reconhecendo o que estava certo e o que estava errado". A obra do educador Paulo Freire é uma excelente referência sobre a incorporação do diálogo como método de ensino dentro da realidade da escola brasileira.<sup>3</sup>

**Sócrates:** (Atenas, Grécia, 470 a.C. - 399 a.C.): filósofo grego criador da maiêutica, método indutivo baseado no diálogo, com que ajudava seus discípulos a "parir" idéias e a apreciar a natureza e os resultados de seus atos, desenvolvendo uma consciência responsável que lhes permita agir corretamente.

- **Objetivos**

Facilitar as relações inter e intrapessoais.  
Desenvolver a capacidade de comunicação.  
Favorecer a criatividade.

- **Aquecimento**

<sup>3</sup> XXIV Bienal-Núcleo Educação - Lygia Clarck [www.uol.br/24bienal/edu/lygia\\_clarck.htm](http://www.uol.br/24bienal/edu/lygia_clarck.htm)

**Adivinhação**  
**Quem sou eu?**

Parei  
 Olhei  
 Entrei  
 Saí  
 Subi  
 Abri  
 Sorri  
 Peguei  
 Coloquei  
 Atei  
 Ajeitei  
 Desci  
 Apareci  
 E ri!  
 Um leão!  
 Que aflição!  
 Mas não...  
 ... É João.

• **Dinâmica**  
**Máscaras**



| <b>Depus a Máscara</b><br><i>Álvaro de Campos</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Tabacaria</b><br><i>Fernando Pessoa</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Depus a máscara e vi-me ao espelho.<br/>         Era criança de há quantos anos.<br/>         Não tinha mudado nada...<br/>         É essa a vantagem de saber tirar a máscara.<br/>         É-se sempre a criança,<br/>         O passado que foi<br/>         A criança.<br/>         Depus a máscara, e tornei a pô-la.<br/>         Assim é melhor,<br/>         Assim sem a máscara.<br/>         E volto à personalidade como a um término de linha.</p> | <p>Fiz de mim o que não soube,<br/>         E o que podia fazer de mim não o fiz.<br/>         O dominó que vesti era errado.<br/>         Conheceram-me logo por quem não era e não desmenti, e<br/>         perdi-me.<br/>         Quando quis tirar a máscara,<br/>         Estava pegada à cara.<br/>         Quando a tirei e me vi ao espelho,<br/>         Já tinha envelhecido.<br/>         Estava bêbado, já não sabia vestir o dominó que não tinha<br/>         tirado.<br/>         Deitei fora a máscara e dormi no vestiário<br/>         Como um cão tolerado pela gerência<br/>         Por ser inofensivo<br/>         E vou escrever esta história para provar que sou sublime.</p> |

**NOITE DOS MASCARADOS**

*Chico Buarque de Hollanda*

Quem é você?  
 Advinha se gosta de mim.  
 Hoje dois mascarados procuram,  
 os seus namorados perguntando assim:  
 Quem é você? Diga logo,  
 que eu quero saber o seu julgo,  
 eu quero morrer no seu bloco,  
 eu quero morder o seu cobu.  
 Eu sou seresteiro, poeta e cantor.  
 O meu tempo inteiro, só zombo do amor.  
 Eu tenho um pandeiro.  
 Só quero violão.  
 Eu nado em dinheiro.  
 Não tenho um tostão.  
 Fui porta-estandarte, não sei mais dançar.  
 Eu modéstia à parte, nasci p'ra sambar.  
 Eu sou tão menina.  
 Meu tempo passou.  
 Eu sou colombina.  
 Eu sou pierrô.  
 Mas é carnaval,  
 não me diga mais quem é você.  
 Amanhã tudo volta ao normal,  
 deixa a festa acabar,  
 deixa o barco correr,  
 deixa o dia raiar.  
 Que hoje eu sou da maneira que você quiser.  
 O que você pedir eu lhe dou.  
 Seja você quem for.  
 Seja o que Deus quiser.

- **COMO CONFECCIONAR UMA MÁSCARA**

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

Plástico fino, tipo PVC. Tiras de papel de revista. Cola tipo Polar.

**MODO DE FAZER:**

- 1) Escolher uma pessoa que servirá de modelo.
- 2) Sobre a face da pessoa escolhida coloque gentilmente o plástico de forma a aderi-lo em sua pele.
- 3) Com uma caneta, marcar os olhos, as narinas e a boca. Abrir estes espaços.
- 4) Colar pedaços de fita crepe sobre o plástico modelando o rosto da pessoa-modelo.
- 5) Colar tiras de papel sobre o plástico com fita crepe. Fazer esta operação cobrindo toda a máscara sempre passando camadas de papel e cola até sentir que a máscara está firme. É a cola que, após a secagem, dá a forma endurecida à máscara.
- 6) Estando pronta, é hora da pessoa-modelo enfeitar a máscara de seu rosto, segundo seu gosto.

- **Comentários**

---

### PALAVRAS FINAIS

(colar aqui o poema de Brecht)

#### **Nada é impossível de mudar**

Nós vos pedimos com insistência  
Nunca digam - isso é natural!  
Diante dos acontecimentos de cada dia,  
numa época em que reina a confusão,  
em que corre o sangue,  
em que o arbitrário tem força de lei,  
em que a humanidade se desumaniza...  
Não digam nunca: Isso é natural!  
A fim de que nada passe por imutável.

*In: Poemas*

*Bertold Brecht (1898-1956)*

---

### ARTISTAS E POETAS

- **CHICO BUARQUE DE HOLLANDA** (1944 - )

Cantor, compositor, escritor, teatrólogo, músico, poeta e brasileiro que com tanta sensibilidade transforma em poesia o cotidiano, constrói o que de mais belo um artista pode proporcionar, a poesia em forma de canção. Chico Buarque é hoje uma referência obrigatória em qualquer citação à música brasileira dos anos 60 pra cá. Sua influência é decisiva em praticamente tudo que aconteceu musicalmente no Brasil nos últimos 40 anos, pelo requinte melódico, harmônico e poético que suas obras apresentam. "Pedro Pedreiro", "Sonho de um Carnaval", "A Banda", "Roda Viva", "Carolina" e "Sabiá", "Bom Tempo", "Construção", são algumas de suas canções. No teatro, escreveu "Gota D'Água" e "Ópera do Malandro". Como escritor lançou os romances "Estorvo" e "Benjamin.

- **BERTOLD BRECHT** (1898-1956)

Eugen Bertold Friederich Brecht, autor, animador e teórico alemão, uma das figuras mais importantes do teatro no século XX. Suas obras compreendem escritos teóricos, notas de trabalho, peças teatrais, romances, contos, poemas, ensaios críticos, enfim, inúmeros textos sobre a arte dramática, a encenação, o papel do ator e as relações com o público. Brecht elabora uma nova dramaturgia que deve conter em si uma lição social, formulando vias para um processo teatral útil como instrumento de transformação do cotidiano político-social.

- **ELIE WIESEL** (1928 - )

Nasceu em Sighet, hoje Romênia. Aos quinze anos, em 1944, foi deportado junto com sua família e os judeus de sua cidade para campos de concentração, onde seus pais e sua irmã mais nova morreram. Passou pelos campos de Auschwitz, Buna, Gleiwitz e Buchenwald, até ser libertado em 1945. Após a guerra estudou literatura, filosofia e psicologia em Paris. Wiesel tornou-se um profícuo escritor, sempre abordando temáticas judaicas e sua experiência no holocausto. Sua visão ampliou a compreensão dos acontecimentos de sua juventude, relacionando o *shoah*, uma tragédia judaica, com a tragédia da humanidade. Por seu trabalho na promoção dos direitos humanos em todo o mundo recebeu o Nobel da Paz em 1986.

- **FERNANDO PESSOA (1888-1935)**

Fernando Antônio Nogueira Pessoa nasceu em Lisboa, entretanto, seus anos de formação (de 1896 a 1904) foram em Durban, na África do Sul, na ocasião uma cidade inglesa. Logo o jovem passa a ser bilíngüe, escrevendo basicamente em inglês, nascendo nesta época seu segundo heterônimo - Alexandre Search, (o primeiro tinha sido Chevalier de Pas, um francês com que ele se correspondia). Esse ritual de iniciação poética prepara Fernando para os grandes heterônimos: Álvaro Caeiro, Álvaro de Campos, Ricardo Reis e Bernardo Soares. Desde sua chegada definitiva a Portugal, em 1905, o poeta foi aos poucos se interessando pela vida do país, embrenhando-se em questões históricas e políticas e readquirido sua língua de origem para se tornar o segundo grande poeta da língua portuguesa depois de Camões.

- **LYGIA CLARK (1920-1988)**

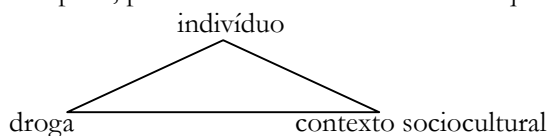
Lygia Clark: artista com uma produção que discute a interação do público com a arte. A partir de sua participação no movimento neoconcreto, desenvolveu obras relacionadas à poética do corpo e aos aspectos terapêuticos da arte. A artista assim se expressa: *Agora que o artista verdadeiramente perdeu na sociedade seu papel pioneiro, ele é cada vez mais respeitado pelo organismo social em decomposição. No momento em que o artista é cada vez mais digerido por essa sociedade em dissolução, lhe resta, na medida de seus meios, tentar inocular uma nova maneira de viver. Mesmo no instante em que o artista digere o objeto, ele é digerido pela sociedade, que já lhe achou um título e uma ocupação burocrática: o engenheiro do ócio do futuro... Atividade que nada afeta o equilíbrio das estruturas sociais. A única maneira para o artista escapar da recuperação é tentar desencadear uma criatividade geral, sem nenhum limite psicológico ou social. Sua criatividade se exprimirá no vivido.*

Prof.ª **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

O fenômeno do uso e abuso de drogas vem se propagando pelo mundo. Difundindo-se rapidamente, tem ocasionado sérios problemas de ordem econômica, social e de saúde pública. No Brasil, os custos decorrentes do abuso dessas substâncias são estimados em 7,9% do PIB por ano, segundo o Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas<sup>1</sup>. Vale lembrar que, apesar da Lei de Tóxicos do Brasil-Lei 6.368/76 estar em vigência desde 21/12/1976, o país não apresentava uma política pública consolidada em matéria de drogas até o final do século XX, quando da criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e a elaboração da Política Nacional Antidrogas (PNAD), em vigor desde 26/08/2000.

O PNAD, cujo Capítulo-4 dedica-se à Prevenção, aponta diretrizes entre as quais destacamos as relacionadas às ações preventivas na escola: a) proporcionar aos pais, responsáveis, professores, religiosos e líderes comunitários capacitação sobre prevenção do abuso de drogas, b) estimular a participação dos profissionais das áreas das ciências humanas e da saúde, c) incluir no currículo de todos os cursos de Ensino Superior e Magistério disciplina sobre prevenção do uso indevido de drogas, visando à capacitação do corpo docente; d) promover a adequação do currículo escolar dos cursos do Ensino Fundamental e Médio, visando à formação da criança e do adolescente.<sup>2</sup>

É importante ressaltar que qualquer estudo sobre drogas deve ser examinado à luz de uma triangulação que envolva droga-indivíduo-contexto sociocultural, pois se considerar somente um desses fatores isoladamente é fazer uma interpretação falha, incompleta, preconceituosa e reducionista da questão.



Sob a perspectiva da droga, são adotados termos e conceituações da Organização Mundial de Saúde (OMS),

**DROGA** é qualquer entidade química ou mistura de entidades (mas outras que não aquelas necessárias à manutenção da saúde, como, por exemplo, água e oxigênio), que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura.

**DROGAS PSICOATIVAS** são aquelas que alteram comportamento, humor e cognição, agindo nos

neurônios, preferencialmente, e afetando o Sistema Nervoso Central - SNC.

**DROGAS PSICOTRÓPICAS** são as que agem no SNC produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração (uso não sancionado pela medicina). São drogas que levam à dependência.

**DROGAS DE ABUSO** são quaisquer substâncias, tomadas através de qualquer forma de administração, que alteram o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do SNC, incluindo-se aí desde medicamentos até álcool e solventes. Por atuarem no cérebro e alterarem o SNC, produzem modificações nas formas de pensar, agir e sentir dos indivíduos.

Os critérios relacionados à legalidade e aos efeitos das substâncias psicotrópicas estão na Lei 6.368/76, que inclui como drogas ilegais substâncias capazes de determinar dependência química que assim forem especificadas em lei ou relacionadas pelo Ministério da Saúde. Enquadra-se em crime extrair, produzir, transformar, preparar, possuir, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir substâncias psicotrópicas. Para a Lei de Tóxicos do Brasil, usar drogas não se configura como delito, mas, seu porte constitui crime.

Uma questão que causa controvérsias refere-se à descriminação das drogas. Descriminação não significa legalização. Legalizar é tornar um produto ou substância legal, é liberá-lo para a comercialização, venda e propaganda. Já descriminalizar significa tornar o ato de consumo possível de ser realizado sem crime da pessoa que o fez. O que se pretende é retirar do usuário o estigma de criminoso e oferecer-lhe medidas preventivas e terapêuticas.

As drogas classificam-se em três grandes grupos: estimulantes, perturbadoras e depressoras do SNC, conforme indica o quadro a seguir:

QUADRO 1

CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

| ESTIMULANTE         | PERTURBADORA              | DEPRESSORA           |
|---------------------|---------------------------|----------------------|
| Drogas Naturais:    | Drogas Naturais           | Drogas Naturais      |
| Caféina             | <i>Cannabis</i> (Maconha) | Álcool               |
| Cocaína e derivados | Datura                    | Opiáceos e derivados |
| Nicotina            | Daime                     |                      |
| Drogas Sintéticas   | Drogas Sintéticas         | Drogas Sintéticas    |
| Anfetamina          | LSD-25                    | Benzodiazepínico     |
|                     | Anticolinérgico           | Inalante             |

<sup>1</sup>FÓRUM NACIONAL ANTIDROGAS, 1, 1998, Brasília. **Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas**. Brasília: SENAD, 1999.

<sup>2</sup> BRASIL. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001.

Sob a perspectiva do ser humano, em relação às intenções do usuário, podem ser observados vários níveis de consumo de drogas, tais como:

Prof.ª **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

**USO NA VIDA**, uso de droga pelo menos uma vez na vida;

**USO NO ANO**, uso droga (s) pelo menos uma vez nos últimos doze meses;

**USO RECENTE** ou no **MÊS**, uso da droga (s) pelo menos nos últimos trinta dias;

**USO FREQUENTE**, uso de droga (s) seis ou mais vezes nos últimos trinta dias;

**USO DE RISCO**, padrão de uso ocasional, repetido ou persistente que implica alto risco de dano futuro à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em significantes efeitos mórbidos orgânicos ou psicológicos;

**USO PREJUDICIAL**, padrão de uso que já causa dano à saúde, físico e/ou mental.

É recomendada a seguinte classificação de usuários de drogas:

**NÃO-USUÁRIO** nunca utilizou drogas;

**USUÁRIO LEVE** utilizou droga (s), mas, no último mês o consumo não foi diário ou mensal;

**USUÁRIO MODERADO** utilizou drogas semanalmente, mas não diariamente, no último mês;

**USUÁRIO PESADO** utilizou drogas diariamente no último mês. É importante observar que esses estágios não são necessariamente crescentes, a grande maioria de usuários faz uso leve, sendo pequena a percentagem de dependência.

Termos como adição, vício, hábito, adicto, viciado não são mais utilizados pela OMS por serem imprecisos. Também, foram abandonados os termos dependência física e dependência psicológica, usando-se agora apenas dependência.

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), a OMS relaciona uma série de comportamentos que dizem respeito ao diagnóstico da dependência. Para ser considerado dependente, uma pessoa precisa apresentar ao longo dos últimos doze meses um padrão de consumo que incorra pelo menos em três dos sinais ou sintomas seguintes:

- 1) forte desejo ou compulsão de consumir drogas;
- 2) consciência subjetiva da dificuldade em controlar o uso seja em termos de início, término ou nível de consumo;
- 3) uso de substância psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência dessa prática;
- 4) estado fisiológico de abstinência;
- 5) evidência de tolerância, necessitando de doses maiores da substância para alcançar os efeitos obtidos anteriormente com doses menores;
- 6) estreitamento de repertório pessoal de consumo, quando o indivíduo passa, por exemplo, a consumir drogas em lugares inadequados, a qualquer hora, sem motivo especial, etc.;
- 7) falta de interesse progressivo de outros prazeres e interesses em favor do uso de drogas;
- 8) insistência no uso da substância, apesar de manifestações danosas comprovadamente decorrentes desse uso;
- 9) evidência de que o retorno ao

uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma rápida reinstalação do padrão de consumo anterior.

As pessoas mais propensas a utilizar drogas são: 1) não disponham de informações adequadas sobre os efeitos da drogas, 2) com a saúde deficiente, 3) insatisfeitas com sua qualidade de vida 4) com a personalidade deficientemente integrada, 5) com fácil acesso às drogas. Já as pessoas com menores possibilidades de uso de drogas são: 1) as bem informadas, 2) com boa saúde, 3) com qualidade de vida satisfatória, 5) bem integradas na família e sociedade, 5) com difícil acesso às drogas.(OMS, 1981).

Outros conceitos considerados importantes para a compreensão da toxicodependência:

**TOLERÂNCIA**, quando o organismo se acostuma com a droga e passa a exigir doses maiores para conseguir os mesmos efeitos.

**ESCALADA**, quando uma pessoa passa de uma droga mais “leve” para uma mais “pesada”, ou quando com uma mesma droga o consumo ocasional torna-se intenso.

**POLIUSUÁRIO**, pessoa que utiliza combinações de várias drogas simultaneamente, ou dentro de um período curto de tempo, ainda que tenha predileção por determinada droga.

**OVERDOSE**, quantidade de substância absorvida suficientemente para causar a morte de um indivíduo.

**REDUÇÃO DE DANOS - RD**, controle dos efeitos adicionais adversos de qualquer substância psicoativa, em especial, das consequências decorrentes de drogas ilícitas.

**SÍNDROME DA ABSTINÊNCIA**, série de alterações físicas causadas pela falta da droga no organismo.

Sob a perspectiva do contexto sociocultural, sabe-se que o consumo de drogas não se circunscreve nem ao momento, nem ao ambiente social e/ou cultural atuais, admitindo-se seu caráter histórico, temporal e espacial. Usar drogas é um fenômeno humano e, por isso, cultural. De fato e de maneiras diversas a droga sempre existiu na história da humanidade, contudo, sua significação social e a motivação do usuário mudaram segundo a necessidade de cada época.

Em suma, constata-se que diferentes grupos consomem diferentes drogas, em diferentes contextos e por diferentes motivos. Para um entendimento mais amplo do fenômeno das drogas, cabe conhecer seus determinantes históricos, antropológicos, culturais, econômicos, políticos, espirituais.

Prof.a **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

Nesta seção são enfatizadas as drogas consumidas pelos os alunos do ensino fundamental de 5<sup>a</sup>. à 8<sup>a</sup>. séries e ensino médio das escolas brasileiras apontadas pela pesquisas do CEBRID<sup>1</sup> e da UNESCO<sup>2</sup> Drogas como álcool, anfetamina, ansiolítico, anticolinérgico, cocaína, inalante, maconha e tabaco constituem o universo de “uso e abuso” onde transitam cerca de 8% de nossos estudantes. Os opiáceos pó de ópio, morfina e heroína, assim como, cogumelos perturbadores, Daime e LSD não são analisados por serem psicotrópicos cujo consumo não aparece entre estudantes brasileiros.

### ÁLCOOL

Figurando entre as drogas mais antigas que se tem conhecimento, o consumo do **álcool** data de seis mil anos a.C., conforme revelam registros arqueológicos. A bebida obtida pela fermentação de diversos tipos de vegetais, era usado em festividades sociais, em rituais religiosos, em procedimentos medicinais como anestésico.

A relação entre álcool e problemas de saúde vem sendo discutida há algum tempo. A palavra alcoolismo foi empregada pela primeira vez, em 1849, para descrever o conjunto de males relacionado ao consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas. Em 1967, a OMS reconhece o alcoolismo como doença, passando a incorporá-la ao CID-10. No Brasil, considera-se bebida alcoólica aquela com mais de 13% de índice de álcool, a cerveja não aparece nesse enquadre. O álcool é a substância psicotrópica de maior consumo entre brasileiros estimando-se que há aproximadamente quinze milhões de alcoolista no país (15% da população), sendo que cerca de 587 mil adolescentes de 12 a 17 anos (5,2% da população brasileira), apresentam dependência.

O abuso do álcool provoca mudanças de comportamento, muitas vezes perigosos, que ocasionam riscos como acidentes e atos agressivos. Traz, ainda, alterações de raciocínio, visão, fala e coordenação motora. Causa danos como cirrose, pancreatite, hipertensão arterial e, em doses altas, depressão do centro respiratório. Causa dependência.

### TABACO

<sup>1</sup> CARLINI, E. L. A, NOTO, Ana Regina, Galduróz, José Carlos F. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> graus em dez capitais brasileiras.** São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1997.

<sup>2</sup> ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary. **Drogas nas escolas.** Brasília: UNESCO, Coordenação DST/AIDS do Ministério da Saúde, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, CNPq, Instituto Ayrton Sena, UNAIDS, Banco Mundial, USAID, Fundação Ford, CONSED, UNDIME, 2002.

O **tabaco**, citado como a outra droga lícita de uso intenso, pode ser considerado como uma epidemia generalizada. O uso e abuso de cigarros de tabaco são, mundialmente, o maior fator de risco relacionado ao adoecimento, causando problemas cardiovasculares, pulmonares e cancerígenas. O fumo, em longo prazo, traz maior número de doença que todas as demais drogas somadas. Causa dependência.

Somente a partir de 1960, começaram a surgir relatos científicos relacionando o cigarro ao adoecimento dos fumantes. Essas doenças vêm ocorrendo em pessoas cada vez mais jovens, o que levou a OMS, em 1998, a incluir a prevenção e o controle do tabagismo como prioridade entre as suas recomendações. Os dados da OMS indicam que o tabagismo, anualmente, faz cerca de três milhões de vítimas em todo o mundo. No Brasil, aproximadamente, 32,6% dos adultos são fumantes, ocorrendo trezentos mil óbitos anuais causados pelos efeitos do cigarro.

O início da história do tabaco deu-se, talvez, há cerca de mil anos em rituais mágico-religiosos, atribuindo-se aos maias, na América Central, o uso inicial do cigarro e do cachimbo nessas cerimônias. Tal fato ocorreu também no Brasil pela influência dos índios da tribo tupi-guarani.

O cachimbo no século XVII, o rapé e hábito de mascar no século XVIII, o charuto no século XIX e a democratização do cigarro no século XX assinalam a expansão do tabaco no mundo. Hoje a disseminação da *nicotina tabacum* dá-se graças às propagandas de cigarros nas mídias de massa, que recebem um tratamento intenso de marketing associando o hábito de fumar ao sucesso, às aventuras, à beleza e às conquistas.

### INALANTES

Os **inalantes**, assim como, os medicamentos são drogas lícitas que vem sendo utilizadas por crianças e adolescentes de forma ilegal. São substâncias cujo uso e abuso oferecem perigos à saúde, pois atuam sobre o SNC causando dependência. Os inalantes, tais como, colas, solventes, anestésicos voláteis e gases propulsores de aerossóis são substâncias voláteis de grande potencial, classificadas como drogas depressoras do SNC.

A inalação voluntária de vapores apresenta efeito bifásico, estimulação inicial (euforia, excitação, alucinações) seguida de depressão. Os efeitos imediatos são náuseas, sangramento nasal, tosse, fadiga muscular e perda de apetite, sendo que a aspiração repetida pode levar a lesões irreversíveis no cérebro, com coma e morte. Os inalantes gozam de grande aceitação entre os adolescentes, fato que se deve ao início de efeito rápido, à qualidade e padrão de efeito, ao baixo custo, à facilidade de aquisição e à legalidade.

Prof.ª **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

### MEDICAMENTOS: ANSIOLÍTICOS, ANFETAMINAS E ANTICOLINÉRGICOS

Os **ansiolíticos** ou tranqüilizantes são substâncias classificadas como depressoras do SNC, causam dependência e tolerância. Os ansiolíticos apareceram em 1950 com o meprobamato, logo substituído pelos benzodiazepínicos. Sintetizada nos anos 50, a benzodiazepina domina os tratamentos farmacológicos, no Brasil são comercializadas cerca de duzentos e cinquenta com nome fantasia. O problema está em que a droga tem sido prescrita indiscriminadamente, calcula-se que 10% da população adulta de países desenvolvidos façam uso de “calmantes” benzodiazepinas, um uso acima do que se esperaria sob o prisma médico. Seus efeitos no organismo são sonolência excessiva, lapso de memória, tonturas. Provoca dependência.

As **anfetaminas** (aminas sintéticas muito semelhantes à adrenalina) são os estimulantes mais conhecidos. Tem como efeito suprimir o apetite e reforçar a atividade e estimular o SNC. Inicialmente sua aplicação deve-se à Segunda Guerra Mundial no combate ao sono, à fadiga e à fome durante as vigílias. Em 1970, sofre restrições de comercialização passando para categoria de psicotrópicos. A metanfetamina, uma anfetamina, é consumida em cachimbos recebendo o nome de **ice**, a administração de doses por via intravenosa - o **speed** - é a forma mais perigosa de consumo. A metilenodioximetanfetamina (MDM), outra anfetamina, é conhecida como **ecstasy**.

O interesse terapêutico da anfetamina é muito limitado, justificando-se o uso somente numa rara doença chamada narcolepsia, necessidade irresistível de dormir. Largamente usada como moderador de apetite, chama a atenção que o número de obesos é extremamente baixo se comparado às vendas para este fim. Altas doses causam taquicardia, aumento de pressão arterial, irritação, agressividade, delírios e alucinações. A substância cria dependência e o uso contínuo pode levar à degeneração das células cerebrais.

Os **anticolinérgicos** são empregados, na medicina, para tratamento da doença de Parkinson e como antiespasmódicos. As substâncias com propriedades anticolinérgicas quando usadas, com fim não médico, em doses elevadas trazem estimulação tímica e alucinações visuais e auditivas. Também são utilizadas como drogas de abuso a planta do gênero *datura*, ou chá de lírio, ou trombeta, ou zabumba, ou saia branca.

### MACONHA

A **maconha** (*cannabis sativa*) tem origem na Ásia Central, China e Índia, aparecendo em registros de mais de duzentos anos a.C. Na Antiguidade foi usada pelas virtudes inebriantes das bebidas nas

cerimônias religiosas dos sacerdotes e, também, com fins medicinais. Os escravos africanos fizeram sua introdução no Brasil, tornando-a muito consumida e difundida pela população negra nos estados do nordeste.

Planta herbácea que cresce em várias partes do globo, em suas folhas e topos floridos encontra-se a substância ativa THC Delta 9 -Tetrahidrocannabinol. Essa erva recebe mais de cem nomes pelo mundo, sendo os mais conhecidos marijuana, nos Estados Unidos; grifa, no México; ganja, na Jamaica; haxixe, no Oriente e na África.

Trata-se de uma droga psicoativa perturbadora do SNC, que tem como efeitos de consumo delírios, alucinações, alteração nas noções de tempo e espaço, perda de memória de curto prazo, desconcentração, baixo rendimento intelectual. O uso crônico causa a síndrome da desmotivação, traz diminuição dos níveis de testosterona podendo gerar infertilidade masculina temporária, que cessa com suspensão do uso da droga.

Os resultados recentes, em 2003, de duas pesquisas produzidas pelo Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa, da França e pelo Instituto de Medicina de Ciências da Academia Americana de Ciências, dos Estados Unidos esclarecem dúvidas sobre o consumo de maconha nos seguintes pontos: 1) a maconha não é escalada para drogas pesadas; 2) os efeitos da droga desaparecem com a suspensão do uso; 3) a *cannabis* não prejudica o funcionamento dos neurônios; 4) não causa dependência, nem overdose.

Certas questões, contudo, necessitam de maiores estudos, tais como: 1) o agravamento de quadros de depressão e de esquizofrenia em usuários, 2) a inaptidão dos fumantes para dirigir, 3) os riscos de doenças pulmonares, 4) as alterações do sistema imunológico decorrentes do uso. Em relação aos benefícios medicinais da erva, os argumentos positivos das pesquisas levaram os governos da Holanda e do Canadá a autorizarem sua produção para fins terapêuticos. Tais argumentos talvez encontrem ressonância a favor da descriminação da maconha no Brasil, assunto bastante polêmico na sociedade.

### COCAÍNA

A coca (*erythroxylon coca*), epadú para os índios brasileiros, é um arbusto originário dos Andes, onde mascar suas folhas ou “coquear” tornou-se um hábito tradicional, um bem sócio-cultural. Da folha da coca, no ano de 1856, por reações químicas, foi obtido um alcalóide sob a forma de pequenos cristais - a **cocaína**. Psicotrópico classificado como estimulante do SNC, a cocaína é um pó branco que produz intensa dependência e tolerância, habitualmente consumido por inalação ou injetado, quando dissolvido em água. Tem como

derivados o **crack**, em forma de pedra que se volatiliza quando aquecida, e o **merla** em pasta, ambos são

Prof.<sup>a</sup> **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

fumados. Há, também, uma pasta com impurezas tóxicas, um produto grosseiro fumado em cigarro chamado **basuco**. A cocaína produz nos usuários sensação de grande força muscular, alerta, euforia, insônia, perda do apetite, emagrecimento, em doses elevadas leva a alucinações visuais, auditivas, táteis e idéias de perseguição - psicose cocaínica. Ao efeito estimulante, segue-se a depressão. Não há descrições de síndrome de abstinência.

### **POR QUE O CONSUMO DE DROGAS?**

Uma interrogação tem sido presente na sociedade contemporânea, especialmente entre os educadores, **por que o abuso de drogas entre estudantes?** O assunto tem sido muito discutido em literatura específica, escritos de especialistas em diversos campos do conhecimento tentam explicar o sentido do consumo. As pesquisas históricas e antropológicas das sociedades do passado indicam que o consumo de drogas era sempre confinado aos adultos e proibido aos adolescentes e, mesmo assim, só usado em cerimônias religiosas. Acreditar que o consumo de drogas nos dias de hoje é uma continuidade do passado, traz conseqüências perigosas à sociedade no que tange, não só, a tornarem as pessoas menos atentas à questão, como também, a desenvolverem atitudes de passividade e aceitação. Pode, ainda, incitar a crença de que os danos do consumo são limitados ou nulos e que a coletividade continuará assimilando o fenômeno como faz há séculos.

É importante ter claro que o abuso de droga é uma questão complexa, que envolve um conjunto de situações diversas para a qual não se tem resposta prévia e válida para todos os casos.

Em pessoas insatisfeitas com sua qualidade de vida ou com a saúde deficiente ou com a personalidade deficientemente integrada, o ato de usar drogas, possivelmente, representa o alívio para angústias, a fuga da dor ou mesmo a negação do sofrimento. Já para aquelas pessoas de fácil acesso à droga, é importante dar atenção aos episódios de um prazer intenso, levado pelo desejo subjetivo de viver sensações psíquicas e corporais que provoquem estimulação, depressão ou perturbação de consciência nos usuários. São sensações prazerosas que trazem, com a instalação da dependência, restrições a possibilidades de investimentos fora da droga e, em conseqüência, os prejuízos sociais, a degradação da convivência e das condições de sociabilidade.

Há que se considerar o consumo de droga ligado a fatores engendrados pelas transformações e tensões da sociedade contemporânea. Um exemplo é a revolta expressa pelos jovens ao recusar a cultura de um mundo adulto voltado ao utilitarismo, ao consumo, ao imediatismo, à competição exacerbada. Neste caso,

o favorecimento para o uso de drogas vem sob a forma um enfrentamento, num protesto de contra-cultura. Reação diferenciada na recusa ao *status quo* está no comportamento daqueles que se vêem excluídos de uma sociedade que contestam. Esses jovens que apresentam atitudes de resignação, desinteresse social e isolamento, fogem da realidade na qual não encontram sintonia para buscar refúgio no prazer solitário do consumo de drogas.

A industrialização acelerada trouxe padrões de comportamento que repercutiram nos laços da família tradicional. A família teve que suportar o peso das novas exigências impostas pela corrente de hiper-racionalização e de programação social. Conflitos e desajustes expressam uma estrutura familiar que não conseguiu assumir seu papel integrador, faltam modelos de identificação aos adolescentes e jovens, surgem sentimentos de carência e insegurança. Consumir drogas torna-se a via facilitadora para uma alienação desejada.

O Estado Mínimo, da proposta neo-liberal, regulado pela competitividade do mercado, alargou as diferenças em mundo dividido em ricos e pobres, produzindo uma legião de excluídos economicamente. Nos países onde impera a pobreza, mesclam-se subdesenvolvimento, miséria e droga, o que implica em maior vulnerabilidade aos jovens marginalizados que procuram nas drogas um meio de compensar essa privação. Por outro lado, nas ditas sociedades ricas, o consumo de substâncias tóxicas é tido como produto do consumo, do bem-estar e do supérfluo.

Para Baudrillard<sup>3</sup>, o uso e abuso de drogas constitui uma reação vital e simbólica, mesmo que desesperada, contra qualquer coisa ainda pior.

*As drogas, qualquer uma, forte ou fraca, incluindo fumo, álcool e todas as variantes contemporâneas são condutas de exorcismo: exorcizam a realidade, a ordem, a indiferença das coisas. Mas não se deve esquecer que, através delas, é a própria sociedade que exorciza certos poderes esquecidos, certas contradições internas. Exorcizar é produzir para mal-dizer. É ela que produz este efeito e é ela que o condena. Se não pode deixar de produzi-lo (o que seria desejável) ao menos deixe de maldizê-lo. (BAUDRILLARD, 1987).*

3 BAUDRILLARD, Jean. A parte maldita. **O Correio da UNESCO**. Rio de Janeiro, ano 15, n. 9, p. 8-9, set. 1987.

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA, agosto de 2004.

Os levantamentos epidemiológicos sobre o abuso de drogas mostram que vem aumentando significativamente o consumo de substâncias psicotrópicas entre estudantes brasileiros. Há uma tendência de iniciação cada vez mais precoce entre crianças na faixa etária de 10-12 anos. As investigações mostram que as drogas mais amplamente usadas são as lícitas - álcool e tabaco, as drogas lícitas de uso ilícito - solventes, ansiolíticos e anfetaminas e as drogas ilícitas - maconha e cocaína.

#### DROGAS LÍCITAS: ÁLCOOL E TABACO

Nas pesquisas do CEBRID<sup>1</sup> e da UNESCO<sup>2</sup>, consumo de **álcool** na vida dos estudantes brasileiros está sendo iniciado cada vez mais cedo. A bebida aparece em primeiro lugar entre as drogas mais consumidas (três vezes mais do que as drogas ilícitas), apresentando índice próximo a 60%. Quando perguntados *Com que frequência você bebe bebidas alcoólicas?*, os 4.426.714 alunos do ensino fundamental (5<sup>a.</sup> a 8<sup>a.</sup> série) e ensino médio, assim se posicionaram: 1) nunca bebem - 42%; 2) somente em festas e ocasiões sociais - 50%; 3) regularmente - 10%. O sexo masculino bebe mais regularmente e sua predileção é por cerveja. O uso pesado é caminho para dependência.

De modo geral, a família é referência comum na literatura sobre o assunto, pesquisadores relatam 40% deles, pela primeira vez, tomaram bebidas alcoólicas em sua residência. A família facilita o uso doméstico, o primeiro contato com o álcool é oferecido pelos próprios pais, principalmente, pelos os pais consumidores. A bebida é valorizada como indício de virilidade e maturidade.

Os três fatores mais importantes no abuso de álcool são a história familiar, o uso por parte dos pais e certas características individuais. História familiar de alcoolismo não só é fator de risco, mas, principalmente, a atitude dos pais, a educação e as medidas disciplinares sem consistência com relação ao uso do álcool pelos seus filhos. É importante que desde a infância os filhos compreendam pela atitude dos pais o que é uso adequado ou uso indevido de drogas. Se por um lado crianças e adolescentes podem aprender comportamentos de abuso convivendo em famílias que apresentam histórico de problemas de drogas, por outro, quando as relações com pais foram solidamente constituídas, é pouco provável que o uso de drogas se torne um problema.

<sup>1</sup> CARLINI, E. L. A, NOTO, Ana Regina, GALDURÓZ, José Carlos F. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> graus em dez capitais brasileiras**. São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1997.

<sup>2</sup> ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary. **Drogas nas escolas**. Brasília: UNESCO, Coordenação DST/AIDS do Ministério da Saúde, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, CNPq, Instituto Ayrton Sena, UNAIDS, Banco Mundial, USAID, Fundação Ford, CONSED, UNDIME, 2002

As pesquisas do CEBRID e da UNESCO revelam que o uso do **tabaco** é iniciado cedo na vida do estudante, em torno dos 10-12 anos e que, além disso, há um aumento progressivo de fumantes de acordo com a idade e ano escolar. Há cerca de 1.250 mil tabagistas entre 12 e 24 anos. A nicotina, uma das substâncias tóxicas encontradas no cigarro leva à dependência.

Quando é perguntado aos 4.284.430 alunos das escolas de ensino fundamental (5<sup>a.</sup> à 8<sup>a.</sup> série) e ensino médio *Você costuma fumar cigarros?*, as respostas obtidas são as seguintes: 1) não fumam - 89%; 2) fumam eventualmente - 8%; 3) fumam diariamente - 3%. Os depoimentos dos alunos mostram que o primeiro contato e experiência dos adolescentes com tabaco se deram ou no próprio ambiente familiar, ou com amigos em festas, bares e shows que costumam frequentar. Vale assinalar a importância do grupo como fator de pressão, pois o hábito de fumar não só é um ritual valorizado, como também, uma forma de padronização, identificação e prestígio.

Uma política visando reduzir o número de fumantes entre crianças e adolescentes deve incluir ações educativas. Estas medidas devem ocorrer em campanhas e ações continuadas. O dia 31 de maio - Dia Mundial do Tabaco e o dia 29 de agosto - Dia Nacional de Combate ao Fumo, por exemplo, merecem ser comemorados de forma cada vez mais crescente, por vários seguimentos da sociedade brasileira. Em relação às ações continuadas é fundamental a atuação e o apoio dos profissionais de saúde em consultas de aconselhamento e programas educativos que orientem pais e filhos para evitar o tabagismo. Já a escola tem a função de servir como canal de desenvolvimento das ações de prevenção e promoção da saúde.

O Quadro 1 demonstra e compara as relações entre o uso e abuso de álcool e tabaco.

QUADRO 1

Alunos do ensino fundamental (5<sup>a.</sup> à 8<sup>a.</sup> série) e ensino médio, segundo o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco

| Uso/abuso de drogas | Álcool                                                                                                         | Tabaco                                                                                                         |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quanto à frequência | 42,2% dos alunos não bebem<br>10% bebem regularmente                                                           | 90% dos alunos não fumam<br>3% fumam regularmente                                                              |
| Quanto ao gênero    | Mulheres: 47,4% não bebem,<br>6,7% bebem regularmente<br>Homens: 40,6% não bebem,<br>13,5% bebem regularmente  | Mulheres: 89,5% não fumam,<br>10,5% fumam regularmente<br>Homens: 89,9% não fumam<br>11,13% fumam regularmente |
| Quanto à idade      | Bebem regularmente:<br>10-12 anos - 30%<br>13-15 anos - 52,5%<br>16-18 anos - 66,4%<br>19 anos ou mais - 70,7% | Fumam regularmente:<br>10-12 anos - 2,5%<br>13-15 anos - 8,9%<br>16-18 anos - 14,9%<br>19 anos ou mais - 17,5% |

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA, agosto de 2004.

## DROGAS LÍCITAS DE USO ILÍCITO: INALANTES E MEDICAMENTOS

Os **inalantes**, que incluem produtos para uso doméstico e industrial, são experimentados pelos estudantes em idade precoce. Na faixa etária de 10-12 anos, 8% fazem uso na vida e 1% faz uso freqüente. A grande maioria dos jovens declara não fazer uso de inalantes, mas os que afirmam usá-los com freqüência estão na proporção de 10% para os homens e 7% para as mulheres. Dentre os inalantes, os mais usados são acetona, esmalte e “cheirinho da loló”, produto clandestino à base de clorofórmio e éter usado para fins de abuso.

Dentre os estudantes pesquisados, 6% fazem uso de **ansiolíticos** (uso na vida). Os ansiolíticos ou tranqüilizantes são substâncias classificadas como depressoras do SNC, causam dependência e tolerância. Apesar do controle existente para a comercialização, aparecem entre as seis drogas mais consumidas.

As **anfetaminas** são nitidamente mais utilizadas pelo sexo feminino, assim como acontece com os ansiolíticos. Segundo as pesquisas do CEBRID, o consumo atinge uma média de 4% (uso na vida) e 2% (uso freqüente). Os **anticolinérgicos** aparecem, entre estudantes brasileiros, com tendência do consumo médio (uso na vida) de 1%.

É na farmácia onde se dá a aquisição dos ansiolíticos, das anfetaminas e dos anticolinérgicos. Estudos mostram que estudantes do sexo feminino experimentam anfetaminas e ansiolíticos de modo significativamente maior que os estudantes masculinos. A mulher tem que ser magra, portanto deve tomar anfetaminas. Mulher não pode ser nervosa, tensa ou histérica, portanto deve tomar ansiolíticos. Esse crescimento do consumo de medicamentos deve-se ao incentivo da indústria farmacológica e dos meios de comunicação. Substâncias legais de uso ilícito, que criam intensa dependência, são largamente usados pelas pessoas, o que traz à discussão questões éticas de responsabilidade de médicos, de pesquisadores, de laboratório e de autoridades. Tais fatos mostram a necessidade de um amplo diagnóstico sobre a produção e distribuição de medicamentos.

## DROGAS ILÍCITAS: MACONHA E COCAÍNA

O uso de psicotrópicos foi sendo intensificado nas culturas ocidentais a partir de 1960, com a síntese de novos produtos e o aumento da concentração e potência das drogas tradicionais. Somente no final dos anos 60, o consumo entre adolescentes e jovens começou a se espalhar, tornando-se uma questão de saúde pública mundial. No Brasil o uso de drogas ilegais vem aumentando consideravelmente nos últimos anos e cada vez mais precocemente entre adolescentes. A pesquisa da UNESCO mostra que, dos 4.600 mil alunos pesquisados,

fazem uso freqüente 3% dos estudantes, sendo 1% (isto é, 9.698 crianças) na faixa etária de 10-12 anos e 2% (37.745 adolescentes) entre 13 e 15 anos. O índice médio de exposição está entre 16 a 18 anos, com um percentual de 11% (172.700 jovens). Entretanto, a grande maioria dos alunos – 4.300 mil, ou seja, 92% dos pesquisados declaram nunca terem usado drogas.

A **maconha** lidera as drogas ilícitas entre os estudantes com os seguintes percentuais: uso na vida – 4%, uso freqüente – 3%. O uso freqüente da **cocaína em pó** é declarado entre 1% estudantes, tendo uso na vida obtido um índice de 2%. O consumo da cocaína vem se popularizando, sendo expressiva a tendência de aumento de uso na vida, uso freqüente e uso pesado. Um dado importante diz respeito ao uso de drogas injetáveis, cerca de 0,3% dos alunos (24.000 jovens) fazem uso freqüente da via venosa, destes, 45% (cerca de 10.000 estudantes) compartilham seringas.

Os resultados obtidos quanto ao uso freqüente de drogas ilícitas são demonstrados no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2

Alunos do ensino fundamental (5ª. à 8ª. série) e ensino médio, por tipos de drogas ilícitas e uso freqüente

| Tipos de drogas ilícitas | Uso freqüente              |              |
|--------------------------|----------------------------|--------------|
|                          | Média das 14 capitais em % | No. absoluto |
| maconha                  | 2,0                        | 91.319       |
| cocaína                  | 0,6                        | 27.122       |
| inalantes                | 0,4                        | 19.691       |
| crack                    | 0,4                        | 17.975       |
| merla                    | 0,3                        | 14.852       |
| drogas injetáveis        | 0,3                        | 12.231       |

Fonte: UNESCO, Pesquisa Nacional Violência, Aids e Drogas nas Escolas, 2001.

Cabe ressaltar que somente a distinção entre drogas legais e ilegais não resolve a questão da patologia toxicômana, pois a periculosidade da substância é relativa. Em ambos os casos, uma pessoa pode ser levada à dependência e suas conseqüências. Mesmo nas drogas mais duras, depende da pessoa se, sim ou não, entra na escalada de dependência, no isolamento e na autodestruição. O que se indica é distinguir entre uso e abuso do tóxico e os resultados de sua administração repetida. As alterações da ingestão de drogas variam de acordo com o tipo e a quantidade utilizada, com as características de quem as usa, com as expectativas sobre os seus efeitos e com as circunstâncias em que são ingeridas.

Um fato bastante sério é que esses usuários de drogas são alunos que passam parte de suas vidas no ambiente escolar. É fácil perceber as situações desafiantes que as escolas brasileiras precisam superar. Fazem-se necessárias políticas públicas preventivas de atenção à infância e adolescência referidas ao uso de drogas.

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA, agosto de 2004.

A situação requer a mobilização de diferentes instituições sociais, num esforço educativo que envolva família, igreja, sindicato, escola.

### **DROGAS NA ESCOLA**

A adolescência e a juventude formam um grupo social muito vulnerável às drogas, a clientela-alvo tem sido os estudantes entre 16 e 18 anos (cerca de cento e setenta e dois mil e setecentos jovens), pode-se explicar os motivos que tornam o ambiente escolar tão exposto a essa problemática. A escola agrega jovens de famílias diferenciadas, em seu interior convive grande diversidade cultural e, por isso, é um dos principais espaços concretos de afirmação, interação e socialização dos estudantes.

Na sociedade **as drogas são onipresentes** e, claro, que em **todas as instituições**, na escola não seria diferente. **A presença das drogas em seu entorno e sua entrada na escola é fato real para alunos, pais e professores.** A infiltração do tráfico no ambiente escolar ocorre de diversas maneiras, ora lança mão de uma abordagem ostensiva facilitando o acesso às drogas, ora emprega estratégias que visam seduzir os estudantes. Os traficantes podem ter a presença muita bem disfarçada dentro do ambiente escolar passando por estudantes, ou fazendo a mediação através dos próprios estudantes. Esses são alunos usuários que para manter o consumo passam a ter contato com o tráfico e fornecer a droga aos colegas.

Os amigos têm um papel especial na iniciação das drogas, uma vez que as primeiras experiências são feitas com pessoas de confiança. De modo geral, as experiências iniciais com a maconha são feitas em grupos compartilhando a droga com alguém que é usuário, em clima de aventura, cumplicidade e amizade. No entanto, quando as experiências entre companheiros vão se transformando na necessidade do efeito químico da droga, o experimentador, agora usuário, compra a maconha num intermediário. Já a cocaína, ao contrário, só é oferecida gratuitamente quando o estudante aliciador visa conquistar um novo freguês. O “crack” é oferecido pelo traficante ao dependente como opção mais barata à cocaína.

A presença da droga e da **violência** que dela advém, tem trazido sérias consequências para o cotidiano das escolas, pois impõem um **clima de insegurança e medo**, estabelecendo, com isso, a **“lei do silêncio”** na comunidade escolar. É muito importante afirmar que a **repressão do tráfico de drogas esteja sob a responsabilidade de setores policiais, não cabendo à escola tal interferência**, no máximo deve informar a situação aos órgãos encarregados. Agentes de segurança precisam estar capacitados para o controle e fiscalização do tráfico, intervindo rapidamente para afastar aqueles que fazem o tráfico no ambiente escolar. No caso de alunos, a

escola precisa ponderar sobre a possibilidade intervir, caso contrário, deve evitar a convivência desses estudantes na vida escolar.

Configura-se, então, a questão: é na escola que aparecem os conflitos e é nela que os mesmos podem ser resolvidos. Se por um lado, a escola representa o local onde os jovens se reúnem e vivenciam formas de comportamento, é na escola que se deve possibilitar o acesso a informações esclarecidas e sem preconceitos em assuntos delicados como o consumo de drogas. Sugere-se que **um trabalho que se contraponha ao abuso** de drogas deve convocar todos os meios possíveis na obtenção de resultados concretos. A **educação formal** é um desses meios através do qual faz-se a conscientização, a educação e a prevenção, portanto, **a escola é a via privilegiada para os esforços de prevenção do abuso de drogas.** Seu valor está, também, por reunir qualificações que possibilitam a disseminação dessa perspectiva na comunidade e na sociedade.

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA, agosto de 2004.

A complexa circulação das drogas na sociedade e o envolvimento de estudantes brasileiros no seu consumo nos fazem ver a necessidade da criação de um ambiente favorável à saúde no âmbito escolar. A escola tem o potencial de acionar programas que disseminem informações de saúde entre os alunos com vistas à **formação de hábitos saudáveis de vida** e à adoção de **comportamentos de baixo risco à saúde**.

A história do Homem nos mostra que a saúde individual ou coletiva sempre foi um valor desejado. Nosso interesse por uma abordagem histórica está em procurar as origens das significações do binômio saúde/doença ao longo dos séculos, para que possamos fazer intervenções na escola com conhecimento e competência.

Na Antigüidade, pinturas e documentos das civilizações dão testemunho que saúde/doença foi objeto de estudos e investigações. Há milênios que a humanidade tem a atenção voltada para o alcance deste ideal. Entretanto, dentre as culturas antigas, é no mundo grego que encontramos as raízes do Ocidente. O conhecimento da Grécia sobre o corpo e o espírito constitui uma razão indispensável para entender, nos dias atuais, os conceitos de saúde e doença.

Os primeiros documentos encontrados em obras completas datam dos séculos VI e V do Período Clássico grego. Entre os princípios deixados pelos gregos que ainda estão presentes na medicina contemporânea podemos citar: as relações de causa e efeito, a conexão entre o homem e a natureza, o sentido de totalidade, a proporção idêntica entre os elementos do organismo do homem e a natureza do universo como condicionantes para a saúde.

A idéia da igualdade está ligada às origens da Saúde Pública, por enfatizar o papel decisivo do meio ambiente na gênese, desenvolvimento, evolução das doenças e na crucial importância da saúde ambiental numa população.

Esta é concepção da **Teoria dos Miasmas** adotada pela medicina do século XVI até o século XIX da Idade Moderna, após a revolução francesa e início da era industrial. Por este princípio, o meio ambiente adquire um caráter predominantemente social ao explicar o aparecimento das enfermidades e epidemias como consequência da insalubridade nas condições de vida da população. Com advento da **concepção biológica da doença**, a teoria miasmática é abandonada, assim como, as relações entre saúde/doença e o meio ambiente socialmente construído.

O **paradigma biomédico** traz outras significações à saúde, concebe o funcionamento do organismo humano completamente dissociado do pensamento e controle do indivíduo. Apresenta as **vertentes ontológica e fisiológica**. A ontológica considera a doença uma entidade específica, separada do

indivíduo, que penetra em seu corpo para agredir. Essa concepção é incorporada à prática médica com o advento da era bacteriológica ou microbiana no século XIX.

A vertente fisiológica origina-se de uma visão mecanicista que percebe o mundo como uma máquina formada por um conjunto de peças. Esta visão do mundo físico é transplantada aos seres vivos. A metáfora da máquina conceitua o corpo humano como um grande engenho cujas peças se encaixam ordenadamente e se movem segundo leis fixas. A doença é vista como uma avaria no funcionamento de um componente orgânico; tratá-la significa reparar a máquina.

Outra consequência da visão reducionista do modelo biomédico é ser a área da saúde um exemplo de fragmentação. Os profissionais especialistas da medicina dos órgãos adotam a concepção organicista da doença, tratam os órgãos do corpo como partes isoladas e independentes, substituindo uma perspectiva de unicidade por uma visão fracionada de homem.

Como reação a tais modelos, a surge uma abordagem que considera o corpo humano como um sistema que não pode ser dividido em partes componentes. Trata-se do **modelo sistêmico** que tem como foco os processos biopsicossociais, isto é, num indivíduo o orgânico, o psíquico e o social se determinam e se estruturam uns aos outros, continuamente, numa dinâmica integradora. Sob este prisma, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, define **saúde como o estado de perfeito bem-estar físico, mental e social** e, não somente “ausência de doença”.

Aos poucos, a idéia de saúde vai adquirindo um sentido mais flexível e alargado. A partir da metade do século XX, emerge uma nova concepção de saúde que rompe com o modelo biomédico. Preconiza o **paradigma sócio - ecológico** no qual as condições de saúde de uma população incorporam o ambiente sócio-econômico, político e cultural. Em consequência, concepções específicas e inovadoras são agregadas ao entendimento amplo de saúde, a saber: **prevenção à doença, promoção da saúde e qualidade de vida**.

A visão de homem integrado corpo-espírito e pessoa-natureza, tão cara à cultura grega, promove ecos na medicina do século XXI. Hoje, *as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade.*<sup>1</sup> (OMS, 1986).

<sup>1</sup> Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. (P. M. Buss, org.) Rio de Janeiro: ENSP, 1986, p.162-68.

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA, agosto de 2004.

A preocupação em preservar a saúde e prevenir doenças é milenar. Neste sentido, o forte atrativo exercido pela Grécia no mundo ocidental, amalga valores presentes nos dias de hoje, sobretudo no que se refere ao ideal do homem são. A cultura grega levava em consideração a constituição global do homem, o seu meio ambiente de lugar e clima. Ressaltava o dever de prevenir contra o perigo das doenças e a obrigação de velar pela conservação do estado saudável. E, ainda, respaldava-se na certeza de que só se pode atingir o objetivo de um bom tratamento individual se for conseguida a cooperação da pessoa como fator medicinal ativo e consciente.

Somente nas últimas décadas do século XX da Modernidade, os termos prevenção à doença, promoção da saúde e qualidade de vida passaram a encarnar a nova conceituação de saúde. O **significado de prevenção** admite dois caminhos para as situações de saúde de uma população. Uma via compreende atividade médica e é fundamentada na concepção de risco e na ocorrência de distúrbios físicos e/ou psíquicos, requerendo diagnóstico e tratamento de doença. O outro caminho da **prevenção** tem por base a **promoção da saúde** e está ligada aos estilos de vida que geram fatores protetores para uma existência saudável e desconsidera os requisitos que devam ser observados para diagnóstico, já que, não existe doença.

Em relação à **qualidade de vida**, são levados em conta os aspectos emocionais de um indivíduo associados à identificação de dimensões positivas como o bem-estar psicológico, a satisfação com a vida e a felicidade. Em Saúde Pública, a garantia de qualidade de vida se faz ao elaborar e implementar políticas públicas saudáveis, ao criar ambientes favoráveis à saúde e ao privilegiar ações comunitárias.

A seguir são apresentados os conceitos de prevenção mais importantes para o presente estudo. A definição de **prevenção da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)** apresenta três idéias: 1) prevenção primária que visa limitar os casos de doença, impedindo a exposição aos fatores de risco; 2) prevenção secundária que consiste em desenvolver ações para limitar as conseqüências da doença, intervindo antes ou logo após o aparecimento dos sintomas, engloba detectar a doença precocemente e acionar medidas curativas; 3) prevenção terciária: tem como finalidade limitar a propagação da doença já instalada e melhorar as condições de vida das pessoas enfermas. Para a OMS, a doença e o diagnóstico são o cerne de discussão sobre prevenção, nela não estão incluídas outras causas que não sejam ocorrências de doenças.

A **prevenção no PARADIGMA BIOMÉDICO** é centralizada no conceito de doença e em considerações de ordem epidemiológica. Preconiza três níveis de prevenção, a saber: 1) de ocorrência, prevenção primária que visa diminuir a incidência de uma

doença numa população e reduzir o risco de surgimento de casos novos; 2) de desenvolvimento, prevenção secundária destinada a diminuir a prevalência<sup>1</sup> de uma doença e reduzir sua evolução e duração; 3) de conseqüência, prevenção terciária que objetiva diminuir a prevalência das incapacidades crônicas de uma população e reduzir ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas à doença.

O conceito de **prevenção em SAÚDE PÚBLICA** tem abordagem multidisciplinar. Admite três níveis, 1) prevenção primária ou promoção da saúde: que propõe medidas organizacionais e educativas, baseadas em uma relação ecologicamente equilibrada para pessoas e grupos, como por exemplo: as diversas vacinas, a coleta organizada de lixo, os cuidados e higiene corporal, a promoção de atividades físicas, uma alimentação balanceada, a preparação para uma vida sexual plena e responsável, a prevenção ao uso e abuso de drogas; 2) prevenção secundária que visa a proteção específica a agravos físicos e a riscos individuais e sociais, exige diagnóstico precoce e tratamento, são exemplos: a mamografia periódica para detecção precoce câncer, o tratamento da hipertensão, as dietas e exercícios físicos para o diabetes e excesso de colesterol; 3) prevenção terciária: propõe o controle e a não progressão dos danos e lesões já estabelecidos, trabalha com reabilitação e fisioterapia, são exemplos a fisioterapia pós-acidente vascular-cerebral, a terapia anti-retroviral para tratamento da infecção pelo vírus HIV, os programas de redução de danos à saúde pelo abuso de drogas.

Finalmente, os resultados encontrados em estudos avaliativos indicam que a prevenção do paradigma médico, com base em diagnóstico, têm tido benefícios limitados. Por outro lado, a **prevenção de modelo atitudinal, que promove um estilo de vida sadio tem alcançado benefícios substanciais**. Em relação aos indivíduos, são recomendados exercícios físicos, alimentação equilibrada, evitação de tabagismo, lazer. Em políticas públicas, estão incluídas atenção ao saneamento básico, melhoria da infra-estrutura de transportes, melhoria das estradas de rodagem, entre outras.

<sup>1</sup> Prevalência é o termo que descreve a força com que subsistem as doenças na coletividade. Expressa-se por um indicador que corresponde ao número de casos de uma doença em um dado momento particular. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. Fortaleza: UNIFOR, 1983.

Prof.a **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

O abuso de drogas é um fenômeno complexo, onde estão interligadas questões do contexto social cultural e econômico, portanto, nele intervêm questões de **valores determinados socialmente**. Em consequência, a prevenção ao consumo dessas substâncias **não é neutra**, toda a intervenção com tal finalidade contém **elementos ideologicamente orientados**. A credibilidade de um programa de prevenção, isto é, sua **ética**, tem por base objetivos transparentes e conhecimento da realidade na qual vai se intervir.

Podemos distinguir **duas concepções de prevenção**, ambas presentes na sociedade, em geral, e na brasileira, em particular. Uma tem **enfoque repressivo**, segue o **modelo jurídico-moral ou sanitista**, privilegiando aspectos de proibição legal ou do perigo às drogas, é baseado na pedagogia do terror. Outra situa o abuso de drogas dentro de um **contexto social mais amplo**, entendendo-o como um disfuncionamento social. Esta abordagem é **concebida com bases educativa e valorativa da vida humana**. Nesta perspectiva, está inserida a função da escola em relação à prevenção. Cabe à **escola** despertar o **potencial psico-afetivo** do aluno, de maneira que este possa efetuar opções conscientes e responsáveis pela sua saúde e condições de vida.

Ao ser abordada a **PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA**, certas ressalvas devem ser feitas em relação às significações de prevenção do paradigma biomédico e da OMS, quando aplicadas ao consumo dessas substâncias. O modelo médico tradicional enfoca questões de ordem epidemiológica e sanitista e a OMS está voltada à prevenção de doenças. Em primeiro lugar, o consumo de drogas não corresponde a uma doença endêmica, nem sequer se compara a uma doença. Usar e abusar de psicotrópicos são fenômenos de alta complexidade que envolve fatores médicos, farmacológicos, biológicos, psicológicos, sociais, políticos, econômicos que não podem ser deixados de lado.

**PREVENIR O ABUSO NA ESCOLA** é intervir para evitar que se estabeleça uma relação nociva entre os alunos e as drogas, considerando-se as circunstâncias em que ocorre o consumo, com que finalidade e qual tipo de relação o usuário mantém com a droga, quer lícita ou ilícita. Para isso, é fundamental que as ações preventivas tenham com eixo principal o **ser humano**, sejam orientadas construtivamente, levando em conta as necessidades e características do aluno, seja criança, adolescente ou jovem. A prevenção ao abuso de drogas é acima de tudo um processo de **valorização da vida**.

Assim sendo, podemos desenvolver nas escolas os seguintes **níveis de prevenção**:

**Prevenção Primária** visa intervir antes que o fenômeno do abuso de drogas ocorra, promovendo um estilo de vida saudável nos alunos envolvendo desde crianças bem novas

até o jovem adulto. Esta é a prevenção proposta para o estudo e será detalhada mais adiante no texto.

**Prevenção secundária** destina-se aos estudantes que apresentam uso leve ou moderado de drogas, que não são dependentes, mas que correm este risco. A escola precisa entender as dificuldades e conflitos do usuário, procurando intervir no nível das motivações associadas ao abuso de drogas. Deve, também, conhecer e divulgar fontes confiáveis de informação e de ajuda existentes na comunidade, sempre que houver solicitação. Cabe advertir que não compete a escola o tratamento ao abuso de drogas, mas sim, encaminhar adequadamente o caso.

**Prevenção terciária** dirige-se ao usuário dependente e tem como objetivo apoiar o tratamento e reintegrá-lo na escola, no grupo de amigos, na família. A escola tem como função prestar auxílio ao aluno dependente encorajando a formulação do pedido de ajuda, incentivando a procura de terapia, indicando alternativas de tratamento e favorecendo relações especiais, ou seja, buscando identificar pessoas de confiança do estudante que possam ser elementos motivadores para que ele procure uma ajuda especializada.

A proposta deste estudo de **prevenção ao abuso de drogas na escola é a PREVENÇÃO PRIMÁRIA** ou seja, uma **pré-intervenção**, que se caracteriza por :

- 1) **não seguir o tradicional modelo biomédico, não depender de diagnóstico, nem de terapia,**
- 2) **ser efetivada antes que o consumo ocorra,**
- 3) **ser concebida como educação,**
- 4) **ser realizada por aqueles que estão mais diretamente relacionados com os alunos - seus pais e professores,**
- 5) **ter caráter formativo, pois implica em assumir valores e escolhas de vida,**
- 6) **ser precocemente aplicada, ou seja, iniciar com crianças bem novas,**
- 7) **ser inserida no quadro mais amplo de uma educação para a saúde.**

Tem como **EIXOS NORTEADORES**:

- 1) **adoção de comportamentos que visem estilos de vida associados à promoção de uma vida saudável,**
- 2) **intervenções comportamentais que proponham mudanças para modos de viver dotados de qualidade de vida.**

A prevenção deve perceber o ser humano em seu próprio contexto de vida, procurando soluções plausíveis que melhorem suas condições globais de existência. As ações devem incrementar uma cultura preventiva que fortaleça atitudes, valores e comportamentos. Prevenir é um processo que exige atenção às condições que resguardem a saúde das pessoas potencializando os fatores de proteção e minimizando os fatores de risco.

Como **fator de risco**, entende-se o elemento facilitador para situações críticas de agravo à saúde física, psíquica e social. Em outras palavras, fator de risco é uma associação entre as características de um indivíduo, de um grupo ou de um ambiente e uma probabilidade crescente de uma certa doença ou desordem, que podem levar o indivíduo, grupo ou ambiente a colocarem-se diante de agressões.

Os fatores de risco situam-se em relação ao indivíduo ou ao entorno social e institucional, como:

- 1) a história da família influenciando fatores, quer geneticamente herdados, quer transmitidos em comportamentos cristalizados, abuso físico e sexual, conflitos mal gerenciados, mudança de vínculos familiares;
- 2) questões econômicas como pobreza, desemprego, falta de estabilidade econômica;
- 3) problemas de comportamentos persistentes como intolerância a frustrações, baixa estima pessoal;
- 4) fatores relacionados à comunidade: perda de laços com vizinhança, violência urbana, falta de organização comunitária;
- 5) outros fatores como o estresse, o luto, a depressão, alguns quadros psiquiátricos.

Existem situações, entretanto, que reduzem, abrandam, inibem ou eliminam comportamentos de risco, conhecidos como **fatores de proteção**. Fatores ou pessoas protetoras são aquelas que resguardam o indivíduo de fatos que possam agredi-lo física, psíquica ou socialmente, garantindo um estado saudável, seja reduzindo o risco ou fortalecendo a resistência das pessoas ao risco. Pode-se citar:

- 1) dinâmica familiar estruturada,
- 2) consistência em projetos de vida,
- 3) rigor com a ética,
- 4) respeito aos direitos humanos,
- 5) respeito às diferenças,
- 6) condições dignas de saúde, educação, trabalho.

## **FATORES DE RISCO AO ABUSO DE DROGAS**

### **INDIVIDUAL E INTERPESSOAL**

Suscetibilidade genética  
Comportamento anti-social  
Baixa estima pessoal  
Atitude favorável ao uso de drogas  
Pouco comprometimento em grupos sociais

Problemas de conduta

### **NO GRUPO DE AMIGOS**

Influência e pressão do grupo  
Amigos que usam drogas  
Grupo de atividades delinquentes  
Rejeição nos grupos da escola

### **NA COMUNIDADE**

Drogas em disponibilidade  
Aceitação de abuso de drogas  
Baixa organização política e social  
Deteriorização física da comunidade

### **NA FAMÍLIA**

Crise familiar  
Falta de cuidados, atenção e orientação  
Regras disciplinares inconstantes  
Falha de limite, falta de rituais familiares  
Uso inadequado do NÃO  
Conflito conjugal mal conduzido  
Baixa expectativa de sucesso do filho  
História familiar de abuso de drogas  
Abuso físico e sexual

### **NA ESCOLA**

Baixa interação com a família  
Baixo envolvimento com alunos  
Permissividade com fumo e álcool  
Inadequação do ensino aos alunos  
Falta de sintonia com a realidade social  
Falta de preparo pedagógico dos professores

## **FATORES DE PROTEÇÃO AO ABUSO DE DROGAS**

### **NA FAMÍLIA**

Cuidados pré-natais  
Presença de vínculos afetivos  
Valorização da educação  
Interação com a escola dos filhos  
Presença dos pais na escola dos filhos  
Adequação e manejo do *stress*  
Estilo de crítica afetivo, não autoritário  
Compartilhamento de responsabilidades

### **NA ESCOLA**

Interação com a família dos alunos  
Estímulo à continuidade dos estudos  
Demonstração confiança nos alunos  
Atuação no desenvolvimento social, afetivo e sexual dos alunos  
Estímulo à formação continuada dos professores  
Definição do projeto pedagógico para a escola  
Resolução de fatores críticos demonstrando afeto, atenção especial, disponibilidade, comprometimento, respeito, paciência, perseverança, consistência nas atitudes.

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA, agosto 2004.

Propostas preventivas devem incluir noções fundamentais como **vulnerabilidade** e, sobre esta são formuladas algumas considerações a seguir. O termo vulnerabilidade passa a ser empregado, na década de 90, em relação à discussão sobre a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Surge como a noção que substitui o conceito de “grupo de risco” que, em relação ao grupo onde primeiro apareceu a infecção, teria gerado equívocos nas políticas públicas de prevenção, assim como, preconceitos e estigmas no campo social. **Vulnerabilidade é um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, cultural e social que em interação são capazes de ampliar ou reduzir o risco ou a proteção das pessoas frente a doenças e danos.**

Isso significa que não basta informação e conduta individual para que as situações de risco sejam evitadas. Na realidade, há fatores estruturais relacionados à ambiência social, política, cultural e institucional que independem da vontade das pessoas. Assim sendo, vulnerabilidade pode ser entendida por três planos analíticos: o comportamento individual, o contexto social e o componente institucional.

O **comportamento individual** refere-se às características próprias do indivíduo, a quantidade e a qualidade das informações que tem e a forma como absorve estas informações no cotidiano. No **contexto social** inclui-se o tipo de acesso à informação, a porcentagem do Produto Interno Bruto destinado a investimentos na saúde, a facilidade aos serviços de saúde, a escolaridade, a qualidade de vida, o exercício da cidadania, os direitos humanos, os recursos materiais e culturais. O **componente institucional** está relacionado à execução das políticas e programas de prevenção regionais, nacionais ou internacionais.

A proposta inicialmente dirigida aos indivíduos susceptíveis à Aids foi estendida a outros aspectos da saúde de pessoas e grupos com chances de se expor ao abuso de drogas e as doenças sexualmente transmissíveis (DST). De certa forma, todos nós somos biologicamente vulneráveis a algumas infecções como o HIV, a Síndrome Respiratória Atípica (SAP), o antraz, o cólera, o ebola para as quais inexistem, ainda, formas eficazes de destruição do vírus ou da bactéria. Portanto, é importante que a promoção da saúde seja feita por ações preventivas.

Às situações de vulnerabilidade contrapõe-se o **empowerment**, termo anglo-saxão de difícil correspondência na língua portuguesa. Trata-se do processo no qual o poder de decisão e ação é dado aos sujeitos diretamente envolvidos num determinado acontecimento. Se a vulnerabilidade é reconhecida como pouca ou nenhuma capacidade de decidir sobre situações de risco, o *empowerment* apresenta-se como o antídoto que

vai tirar as pessoas da passividade para, então, estarem em condições de se engajarem em programas preventivos.

Entretanto, para que os programas sejam efetivados, precisa-se acionar três elementos, que são:

- 1) informação e educação,
- 2) serviços de saúde e serviços sociais,
- 3) sistema social de suporte, formado por comunicação eficaz, disponibilidade de recursos materiais e culturais, oferta de alternativas mais saudáveis aos fatores de risco, entre outras. Cabe ressaltar que para ocorrer a internalização do *empowerment* é necessário que pessoas e grupos tenham acesso aos elementos fundamentais antes de decidirem quais comportamentos querem adotar em suas vidas

Merecem atenção os **fatores pessoais de vulnerabilidade** que afetam o comportamento como:

- 1) a sensação de onipotência,
- 2) a tendência à experimentação,
- 3) a identidade não definida,
- 4) a ansiedade,
- 5) a dificuldade de decisão,
- 6) a desagregação familiar.

Entre **fatores sociais de vulnerabilidade** que podem trazer transtornos aos comportamentos estão:

- 1) as modas,
- 2) a pressão grupal,
- 3) a necessidade de afirmação entre os pares,
- 4) o baixo exercício de cidadania,
- 5) a dependência econômica,
- 6) a carência de solidariedade.

As ações preventivas ao abuso de drogas junto aos alunos devem incluir a **contrapartida da vulnerabilidade**, estimulando *empowerment*, através do desenvolvimento de **habilidades** como:

- 1) flexibilidade e abertura interior ao novo
- 2) tolerância a tensões,
- 3) firmeza e clareza de finalidades,
- 4) afastamento da revolta e auto-compaixão,
- 5) reflexão crítica, positiva, ampla e preventiva,
- 6) sublimação por meio da arte, lazer, humor, atividade física,
- 7) capacidade de reiniciar,
- 8) capacidade de agregar, dar e receber,
- 9) tolerância com os limites, erros e características próprias e dos outros.

A escola ao incrementar os fatores de proteção está garantindo um desenvolvimento saudável nos estudantes, abrandando ou eliminando situações de risco, seja reduzindo a vulnerabilidade ou aumentando a resistência aos riscos.

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA, agosto de 2004.

Tem sido observado em pesquisas ao longo dos últimos anos que, ao passarem por adversidades psicossociais, as pessoas reagem de forma diferenciada, algumas não apresentam graves seqüelas demonstrando capacidade de resistir a situações extremas, chegando mesmo a suportá-las, mantendo alguma esperança e auto-estima. Esse fenômeno recebeu a denominação de resiliência, termo emprestado da Física, que significa o grau à fragilidade de um corpo, sua resistência ao choque.

**Resiliência** como fenômeno psicológico é a capacidade do indivíduo de recuperar-se e manter um comportamento adaptado após um dano ou a capacidade que permite à pessoa, ao grupo ou à comunidade de prevenir, minimizar ou dominar os efeitos nocivos da adversidade. Resiliência é hoje a palavra-chave em matéria de saúde mental, empregada para enfatizar as condições nas quais uma criança pode resistir a um traumatismo ou situações difíceis e manter a integridade de seu desenvolvimento psíquico.

Estudos e pesquisas sobre assunto estabelecem ligações entre resiliência e segurança do apego, entendendo que a idéia de resiliência tem origem na **teoria do apego**. Essa teoria postula uma necessidade humana universal para formar vínculos afetivos estreitos e duradouros com outras pessoas. Explica, também, porque as interrupções e os conflitos nestas relações dão lugar a distúrbios psicológicos, psicossociais e psicossomáticos. Os vínculos do apego são necessários ao longo da vida e, principalmente, no bebê ao nascer, pois vão influir no desenvolvimento de sua personalidade.

De fato, o fator mais energético e mais integrador para a resiliência é existir uma segurança afetiva, um apego seguro conseguido nos primeiros anos de vida. A possibilidade de se sentir amada e de poder ter alguém para amar, traz à pessoa a sensação de confiabilidade. Geralmente, pessoas resilientes apresentam características como:

- 1) temperamento sociável,
- 2) boa auto-estima,
- 3) competência social,
- 4) idéia realista do próprio valor,
- 5) senso de humor,
- 6) capacidade de dar sentido a uma situação,
- 7) forte rede de contatos informais (família, amigos)
- 8) conhecimento de sua história de vida.

**Todos nós estamos em condições de sermos resilientes**, pois a resiliência é uma capacidade latente ou manifesta, com possibilidade de ser construída ou restabelecida. Ela não é absoluta, nem permanente; é construída na relação com quem convivemos e na interação com nosso contexto sociocultural. Cada ação humana, cada comunidade pode ser mais ou menos facilitadora nesta construção.

Existem condições que permitem incrementar a cultura da resiliência como, por exemplo, viver em famílias com bom nível de funcionamento, que orientam e impõem limites educativos às crianças e adolescentes, que fazem projetos para o futuro e que dão um sentido à vida. É importante, ainda, um ambiente comunitário socialmente organizado em bairros, cidades, escolas, instituições.

Como podemos perceber, a resiliência não é exclusiva do campo pessoal, há uma resiliência coletiva, comunitária, também. Diversas experiências na história do mundo mostram respostas coletivas, respostas resilientes, que permitiram a superação da adversidade-limite, apoiadas nas relações de cooperação e reciprocidade que se estabeleceram.

Individual e coletivo são expressões diferenciadas de um mesmo fenômeno, como faces da mesma moeda. Importante é compreender que a resiliência só se mantém num quadro de relação.

Os profissionais da educação precisam estimular os fatores de proteção junto aos alunos, principalmente em relação ao abuso de drogas. **Todas as forças favoráveis devem ser aplicadas racionalmente na construção da resiliência dos estudantes.** Note-se que a resiliência não é somente a ausência de riscos, adversidades ou estresse, sobretudo, é criar e ter condições para enfrentá-los. O modelo **PCAP** vem sendo considerado elemento-chave para ser aplicado às condições escolares. A estrutura do modelo é a seguinte:

**P** (*people*) gente→um adulto ou grupo que se envolva e cuide da criança, do adolescente e do jovem, ao qual os mesmo se apeguem;  
**C** (*contribution*) contribuições→oportunidades de envolver a família, a vizinhança e a comunidade na atenção aos estudantes,  
**A** (*activities*) atividades→nas escolas e nas comunidades para o desenvolvimento do senso de apego/posse,  
**P** (*place*), lugar→um local para os alunos se reunirem com a supervisão de adultos, de modo a possibilitar-lhes relações de amizade.

Não se pode pensar em prevenção sem reconhecer a diversidade humana. Pessoas são vulneráveis a alguma situação. Pessoas, também, são susceptíveis a um ambiente que acolhe e cuida. Existem condições facilitadoras que tornam possível a construção de uma personalidade resiliente.

*A resiliência é uma dança bem sucedida na música da vida. Não uma dança com bailarinos solitários: ela pede parcerias, empatia, encontros. Ela fala de amor.*<sup>1</sup> (ALVAREZ, 1999).

<sup>1</sup> ALVAREZ, Aparecida Magali. A resiliência e a história de vida de jovens moradores de rua: a família, os amigos, o sentido da vida.

Prof.a MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA, agosto de 2004.

Na prática escolar, considerando as ações concretas, a PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS torna-se viável por cinco modelos básicos: informação científica, educação afetiva, oferecimento de alternativas, educação para a saúde e modificações das condições de ensino.

**MODELO DA INFORMAÇÃO CIENTÍFICA.** Propõe o oferecer informações sobre drogas de modo imparcial e científico. A partir dessas informações os jovens poderiam tomar decisões racionais e bem fundamentadas sobre drogas. Programas onde se descrevem os fenômenos objetivamente não devem prescindir da inclusão de uma verdadeira ação educativa, a informação não deve ser descartada, mas sim, utilizada como estratégia auxiliar do programa. Cabe transmiti-la de maneira que possa surtir efeitos.

**MODELO DE EDUCAÇÃO AFETIVA.** Acredita que pessoas mais estruturadas e menos vulneráveis, do ponto de vista psicológico, são menos propensas a se engajar num abuso de drogas. O enfoque é constituído por num conjunto de técnicas visando melhorar ou desenvolver o autoconhecimento e a auto-estima, a capacidade de lidar com a ansiedade, a habilidade de decidir, a habilidade de comunicação pessoal, a capacidade de resistir às pressões externas que possam induzir à adoção de modismos, entre outras.

**MODELO DE OFERECIMENTO DE ALTERNATIVAS.** Tem em vista propiciar aos jovens sensações de expansão da mente, crescimento pessoal, excitação, desafio e alívio do tédio, por outros meios que não o consumo de drogas. As atividades que cumprirem o papel de proporcionar essas sensações variam segundo os autores, como por exemplo: estruturação de pontos comerciais dirigidos e operados por jovens, sistema de orientação escolar de alunos mais jovens pelos mais velhos, atividades esportivas desafiadoras, atividades artísticas não diretivas, criação de programas para o desenvolvimento da resiliência nos alunos.

**MODELO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.** Educar para uma vida saudável é a proposta central desse modelo. Não usar drogas seria um dos elementos de viver com saúde. Assim, orientar para uma alimentação adequada, para atividades não propiciadoras de estresse, para uma vida sexual segura, e até para saber fazer escolhas e não correr riscos desnecessários compõe um currículo em que a orientação sobre os riscos do uso de tabaco e drogas também se faz presente. Modelo bastante utilizado na França através da matéria Ecologia Médica, onde se discutem os problemas advindos do avanço tecnológico e da sociedade urbano-industrial. Muitas vezes são temas mais gerais, como poluição, trânsito e perigo atômico, visando formar no estudante consciência de algumas características não saudáveis do mundo que o cerca.

**MODELO DE MODIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE ENSINO.** Acredita que a vivência escolar, especialmente a da **educação infantil e do ensino fundamental** vai propiciar um desenvolvimento sadio na demais fases da vida do estudante. Neste modelo, a ênfase **não está só na prevenção do abuso de drogas, mas na formação global do aluno saudável.** Assim sendo, as estratégias constituem-se em ações de prevenção à delinquência, a patologias mentais, à violência e também ao abuso de psicotrópicos. A intervenção deve ser **intensiva, precoce e duradoura**, envolvendo família e comunidade. O modelo tem cinco vertentes, que podem se apresentar interligadas nas ações de intervenção.

## 1) Modificação das práticas pedagógicas.

Propõe várias iniciativas como modificar o conteúdo curricular tornando-o mais próximo à realidade concreta dos alunos e adotar métodos e procedimentos ativos fazendo ensino mais prazeroso. Ser atualizado em novas metodologias de aprendizagem/ensino e desenvolver práticas pedagógicas mais eficientes são alguns dos principais desafios profissionais de um educador.

## 2) Mudanças na gestão escolar

Propõe inovações na estrutura organizacional e decisória da escola, em funcionamentos alternativos, passíveis de transformação em projetos que mobilizem e provoquem engajamento de professores e alunos. Favorecer a delegação de poder de decisão e de ação, adotar o *empowerment*.

## 3) Orientação ao desenvolvimento social

Ênfase particular nas relações entre estudantes, promovendo hábitos de intercâmbio com os colegas, proporcionando apoio e ajuda mútua. Incentivar a ampla discussão dos problemas de sociedade em geral, da escola em particular, para diminuir os tabus e os equívocos e, assim, aumentar a confiança entre os alunos. Encorajar a maior participação dos alunos em todas as idades nos programas de educação preventiva.

## 4) Oferecimento de serviços de saúde

Oferecer serviços de saúde gratuitos, por equipe multifuncional dentro da escola, voltados para as necessidades dos alunos, tais como: problemas relacionados a dificuldades de aprendizado, à alimentação, à orientação sexual, à prevenção secundária e terciária do abuso de drogas.

## 5) Acolhimento da família na escola

Acolher e envolver as famílias com a educação dos filhos. Propor *workshops* de pais para discutir questões relativas ao relacionamento pais/filhos e desenvolvimento escolar.

## 6) Incentivo à construção da resiliência

Os níveis de resiliência podem ser alterados pela educação. Pode-se transformar alunos vulneráveis em resilientes através do *empowerment* dando-lhes afeto, segurança, confiabilidade e esquemas de organização.

Prof.A MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA, agosto de 2004.

Só após a Segunda Guerra Mundial, com o aumento do consumo de drogas, a área da educação passou a integrar de forma mais ativa na solução do problema de abuso. Foi longo o caminho percorrido pelos países industrializados no desenvolvimento da **educação preventiva ao abuso de drogas** até serem solidificados enfoques, programas e métodos que servissem de base a uma educação científica.

Os **primeiros objetivos** dirigiam-se a **persuadir “não às drogas”**, chamando a atenção para seus efeitos, informando sobre os malefícios com a intenção de inspirar medo. Acreditava-se que bastariam esses conhecimentos para afastar os jovens da experimentação e do abuso dos psicotrópicos. Ficou constatado que as informações podem provocar curiosidades ou até mesmo justificar comportamentos anti-sociais como forma de contestação.

Um **segundo momento deu lugar à educação afetiva** que, sem desconsiderar a informação, leva em conta a dimensão psicológica do estudante. A abordagem afetiva exige uma metodologia que transforme o aluno em co-partícipe das experiências de aprendizagem. Os métodos ativos são úteis no desenvolvimento de atitudes, na clarificação de valores, na simulação de conflitos, na definição e solução de problemas, nas tomadas de decisão. Como procedimentos de ensino/aprendizagem, são empregados estudo em grupos, debate, simpósio, discussão, jogo dramático e psicodrama.

A UNESCO, desde 1972, vem discutindo a utilização da educação na prevenção ao abuso de drogas. Em relatório, de 1977, conclui que:

- 1) a informação sobre o uso não-médico de drogas e sobre o abuso de medicamentos, álcool e tabaco deve visar mais às condições sociais e psicológicas capazes de impedir ou reduzir o uso destas substâncias, do que as suas características químicas e médicas;
- 2) a informação sobre drogas deve ser centralizada na qualidade de vida;
- 3) é preciso uma atenção particular sobre a correlação entre uso de droga e situação de grupos submetidos a quaisquer segregações.

Transcorridos mais de trinta anos, a educação preventiva foi alvo de novas pesquisas, porém, tendo sempre como ponto de partida as experiências relatadas. Se de um lado houve um crescimento bastante significativo do consumo, por outro, foram mobilizados esforços mundiais visando incrementar nas escolas a prevenção ao abuso de drogas.

O presente texto traz à luz os aspectos históricos da educação preventiva de forma a referendar uma cultura antidrogas nas escolas. A priori, cabe definir o que é a prevenção ao abuso de drogas pela educação formal.

*A prevenção é entendida como um processo de valorização e crescimento do ser humano, que se antecipa aos problemas por se estruturar em planejamento eficiente, em conhecimento histórico, científico e cultural, em estratégias de ação e avaliação adequadas ao contexto escolar.<sup>1</sup> (CRUZ, 1992).*

O **planejamento da prevenção** assume cada vez mais importância na busca de soluções para problemas, desafios e esperanças relativas à promoção da saúde individual e coletiva da comunidade escolar. Esse processo tem a função de organizar a prevenção tornando claras, precisas e direcionadas as ações de uma nova cultura que se quer construir. Para tal, é necessário o envolvimento, em todas as etapas e aspectos, de todas as pessoas comprometidas no processo educacional, pois só a participação coletiva abre espaços para transformar a realidade existente naquela que se deseja para a instituição escolar.

Em relação aos **conteúdos da prevenção**, os Parâmetros Curriculares Nacionais-PCN, da Secretaria de Educação Fundamental, do Ministério de Educação e Desporto (1997) incluíram o assunto drogas ao Tema Transversal Saúde, embora não sejam explicitadas as ações preventivas. Os PCN's sugerem a discussão transversal do tema drogas nas escolas, transversalidade a ser alcançada pela integração interdisciplinar dos conteúdos escolares. Por se saber dos vários usos das drogas e por ser uma temática social e cultural, um dos possíveis encaminhamentos para compreensão do fenômeno está na multidiversidade do conhecimento.

Como consequência, a autora desse texto acredita na concepção de um **Tema Transversal em Prevenção ao Abuso de Drogas**, justificando que é preciso saber como preservar a saúde. O estudo preventivo deve estar relacionado, mas não restrito, à Educação para a Saúde, por ser a área de estudo considerada como espaço privilegiado para profundas e extensas reflexões sobre o modo como as pessoas vivem e como se dá a interação entre suas potencialidades individuais e suas condições de vida.

Quanto às estratégias pedagógicas, é preciso adotar, para o crescimento e desenvolvimento integral dos alunos, uma abordagem ativa, construtivista. Numa educação preventiva é de se supor a opção por **metodologias concretas** que concebam o educando como sujeito ativo que constrói conhecimento e idéia, que incluam os aspectos afetivos e das ações humanas, e que contemplem **o pensar, o sentir e o agir** de forma harmoniosa.

<sup>1</sup> CRUZ, Amadeu Roselli. **Educação e Prevenção do Abuso de Drogas**. Rio de Janeiro: Ed. Universidade Santa Úrsula, 1992.

A escola precisa promover uma verdadeira cultura da prevenção em diferentes atividades de cunho cultural, esportivo, literário, científico, recreativo, espiritual. Estão aí incluídas as relações com o corpo docente e discente, os pais, o pessoal do apoio administrativo, os especialistas em educação e os profissionais da saúde nos diferenciados momentos como lazer, aulas formais, projetos generalistas ou projetos específicos ao tema. Outras oportunidades surgem quando a escola interage extramuros com vários segmentos da comunidade como clubes de recreação, de esportes, de serviço, associações de bairro, instituições religiosas, postos de saúde, bibliotecas, grupos culturais, organizações não-governamentais procurando parcerias na formação de educadores e técnicos.

É primordial, portanto, que ao se optar por um trabalho de prevenção no contexto institucional, haja a participação de toda comunidade escolar na definição dos princípios comuns, dos objetivos a serem alcançados e das decisões a serem tomadas. Entretanto, a inserção de uma cultura preventiva nas escolas deve ser entendida num sentido amplo, onde se incluam valores, atitudes, estilos de vida, maneiras de fazer, formas de representar e tratar a realidade da comunidade em questão, de modo a permitir que a escola avance na sua própria construção cultural.

A proposta de uma educação preventiva ao abuso de drogas nas escolas exige uma intervenção planejada. O planejamento global da escola deve conter o planejamento preventivo.

Esta é uma das questões mais importantes para a educação preventiva.

Em todo processo de planejamento educacional, as decisões são tomadas levando-se em conta o estudo da realidade, no PLANEJAMENTO DA PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS a tomada de decisão é gerada a partir de um levantamento epidemiológico, as decisões são explicitadas e detalhadas em documentos que podem ser um plano, um programa ou um projeto. Quanto maior o âmbito e menor o detalhe referido mais o documento se caracteriza como um plano; quanto menor o âmbito e maior o grau de detalhamento, mais terá as características de um projeto. Ao se tratar do plano geral que coordena e orienta as práticas pedagógicas de todo o sistema educacional, sua função é elaborar objetivos e metas, traçar as diretrizes e estratégias de caráter geral do sistema educativo. O plano é definido pelas autoridades educacionais centrais de níveis hierárquicos mais altos.

O projeto desenvolvido e explicitado em cada escola tem como eixo orientador o plano geral. Sendo o documento mais próximo da ação educacional, o projeto deve ser a expressão da vontade explicitada e partilhada da escola para responder às necessidades dos alunos. Envolve os docentes, define direitos e deveres de alunos e professores, dando um referencial comum a todos os atores. Enuncia valores que vão inspirar, orientar e impregnar a ação, são os valores que tornam visível a identidade da escola.

QUADRO 1

**PLANEJAMENTO DE PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS**

Contexto educacional: filosofia, políticas e objetivos e Condicionantes socioculturais, econômicos e políticos

|                                                                                    |                                                                                                                     |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| ↓                                                                                  | ↓                                                                                                                   | ↓                                                                      |
| <b>ELABORAÇÃO</b><br>↓<br>1) escolha do<br><b>OBJETO DE</b><br><b>PLANEJAMENTO</b> | <b>EXECUÇÃO</b><br>↓<br>5) <b>IMPLEMENTAÇÃO</b><br>6) <b>IMPLANTAÇÃO e</b><br><b>EXECUÇÃO</b><br>7) <b>CONTROLE</b> | <b>AVALIAÇÃO</b><br>↓<br>8) <b>POR MÉRITO</b><br>Eficiência e Eficácia |
| 2) estudo/diagnóstico<br><b>PESQUISA</b><br><b>EPIDEMIOLÓGICA</b>                  |                                                                                                                     | 9) <b>POR RELEVÂNCIA</b><br>Efetividade e Relevância Cultural          |
| 3) definição dos<br><b>OBJETIVOS e METAS</b>                                       |                                                                                                                     |                                                                        |
| 4) montagem de<br><b>PLANO, PROGRAMA e</b><br><b>PROJETO</b>                       |                                                                                                                     |                                                                        |

## FASES DO PLANEJAMENTO

### ELABORAÇÃO

- 1) Objeto de Estudo: localização da situação-problema que necessita de intervenção.
- 2) Estudo-diagnóstico: pesquisa de campo sobre a realidade educacional. Para compreender e definir a situação da comunidade realizam-se na população escolar uma pesquisa epidemiológica. Após a pesquisa, formulam-se os objetivos do planejamento.
- 3) Definição dos objetivos: resultados que se quer alcançar.
  - objetivo final (longo prazo): ex: Promover a cultura da prevenção,
  - objetivo intermediário (médio prazo): ex: Educar para prevenção,
  - objetivo imediato (curto prazo): ex: Formar agentes multiplicadores da prevenção do abuso de drogas.
- 4) Montagem do PLANO, PROGRAMA e PROJETO: planificação das decisões explicitadas em documento.
  - Plano delinea as decisões de caráter geral, é elaborado pela Equipe Multidisciplinar do Governo Municipal ou Estadual.
  - Programa, uma setorização do plano, permite projeções mais detalhadas deste e estabelece um quadro de referências ao projeto.
  - Projeto, detalhamento das alternativas de intervenção apontadas no Programa, é feito pela Equipe da Escola para as atividades professor- aluno.

### Execução

- 5) Implementação: busca, formalização e incorporação de recursos humanos, físicos, financeiros e institucionais. Nesta fase da execução podem ser feitas parcerias com Universidades, Clubes de Serviço, Empresas.
- 6) Implantação e Execução: fase da instalação e do funcionamento do planejamento. É o momento em que:
  - é realizada a formação dos professores em prevenção do abuso de drogas,
  - são elaborados, pelos professores que participam do treinamento, os PROJETOS para as escolas,
  - é promovida a educação preventiva do abuso de drogas no cotidiano das escolas.
- 7) Controle: fase de acompanhamento do trabalho executado. São elaborados relatórios e registros utilizando-se instrumentos como fluxos, gráficos, cronogramas.

### Avaliação

- 8) Por Mérito: valor intrínseco do planejamento, sem vinculações e implicações contextuais.
  - Critério de eficiência: Relaciona-se ao bom rendimento técnico e administrativo. *Houve uso adequado dos recursos materiais e financeiros destinados ao planejamento? Qual a qualidade dos resultados obtidos: formação de multiplicadores, áreas de lazer, projetos desenvolvidos, etc.? Como foi o atendimento à demanda das parcerias?*
  - Critério de eficácia: Diz respeito ao ato pedagógico. *As ações desencadeadas alcançaram os objetivos educacionais previstos? A competência das EQUIPES garantiu a capacitação dos professores? Os conteúdo, métodos e recursos instrumentais eram pertinentes aos objetivos? Houve aprendizagem pelos participantes?*
- 9) Por Relevância: valor útil do planejamento pela repercussão e impacto no contexto sócio- cultural.
  - Critério de efetividade: engloba o atendimento às necessidades e demandas sociais e políticas da comunidade externa. *Os resultados obtidos foram aqueles que as comunidades precisavam ou desejavam? Trouxe benefícios? Provocon mudanças?*
  - Critério de relevância cultural: envolve valores, filosofia, características sociais e políticas comunidade. *Esteve em consonância com os valores e crenças das pessoas envolvidas? Teve impacto no contexto social? Promoveu a qualidade de vida na comunidade?*

**ROTEIROS DE PLANO, PROGRAMA E PROJETO****PLANO DE PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS**

Elaborado pela Equipe Multidisciplinar do Governo Municipal ou Estadual

**Dados de identificação**

Título. Equipe responsável:

**Justificativa**

Síntese dos fatos e necessidades que motivam o plano e fundamentação das prioridades e alternativas escolhidas.

**Objetivos e Metas**

Objetivos⇒ Formulação precisa e clara. Montagem de um quadro ordenado, por itens, das mudanças a serem operadas quanto:

- à expansão de diferentes programas,
- à estrutura e ao conteúdo dos mesmos,
- aos níveis de rendimento previstos.

Metas⇒ objetivos quantificados quanto ao espaço, tempo e volume.

Montagem de um quadro cronológico das metas a alcançar ao término do período. Deve haver coerência entre objetivos (gerais, específicos e operacionais) e metas propostas.

**Pessoal envolvido**

Adequada distribuição de profissionais, quantitativa e qualitativamente, necessários para a operacionalização do plano. Distribuição das responsabilidades de execução e de avaliação.

**Recursos físicos, legais e financeiros**

Previsão dos recursos materiais e instrumentos legais indispensáveis para a realização do plano. Previsão do volume e a composição de gastos para todo período e para cada fase. Especificação das fontes e modalidades de financiamento.

  
**PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS**

Elaborado pelas Diferentes Secretarias Municipais ou Estaduais:

Equipe de Educação, Equipe de Serviço Social, Equipe da Saúde.

**Dados de identificação**

Título. Equipe responsável:

**Justificativa**

Síntese de informações sobre a situação de alunos, professores e escolas da região que expresse a necessidade de capacitar profissionais para o programa de prevenção ao abuso de drogas.

**Objetivos**

Elaboração de objetivos gerais coerentes com os objetivos do PLANO MUNICIPAL, assim como, articulados às políticas e diretrizes das Secretarias de Educação ou da Saúde ou do Social, outras.

**Estratégias de ação:** Determinação e formulação:

- da dinâmica de trabalho a ser adotada para a implantação do programa,
- das estratégias de sensibilização e conscientização para mobilizar os profissionais,
- dos projetos que comporão o programa, incluindo a apresentação sumária de objetivos e ações,
- das funções consignadas às escolas, aos órgãos e/ou serviços ligados ao programa, com responsabilidades em sua execução.

**Pessoal envolvido**

Relação dos profissionais que devem participar do programa.

**Recursos**

Explicitação dos recursos materiais, financeiros e administrativos necessários.

**PROJETO DE PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA**

Elaborado pela equipe das escolas.

**Dados de identificação:**

Título. Equipe responsável

**O quê?** O objeto de estudo.

Uma descrição precisa do projeto de ação preventiva.

**Onde?** A instituição escolar.**Para quê?** Os objetivos.

A determinação dos resultados a serem alcançados. O que se deseja obter com o projeto.

**O por quê?** A justificativa.

A definição da situação-problema, as razões e motivos que justificam o projeto.

**Como?** As estratégias de ação.

A organização e a direção das situações de aprendizagem para que sejam alcançados os objetivos propostos.

- Em relação ao currículo da prevenção: A definição dos conteúdos fatuais, procedimentais e atitudinais que orientam a prevenção ao abuso de drogas. Os conteúdos da prevenção devem ser selecionados no Tema Prevenção do Abuso de Drogas no Currículo de Educação Básica.

- Em relação aos procedimentos de professores e alunos: A definição das ações que alunos e professores desenvolvem com vistas à realização do Projeto.

**Com quê?** Os recursos.

A definição recursos materiais e financeiros necessários para desenvolver o projeto.

**Com quem?** As pessoas.

A população envolvida no projeto.

**Quando?** O cronograma.

Distribuição do tempo necessário para diversas etapas do projeto.

Prof.a **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

O presente estudo tem em vista apresentar um **Currículo Prevenção do Abuso de Drogas para a Educação Básica**, a partir dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) da Secretaria de Educação Fundamental, do Ministério de Educação e Desporto<sup>1</sup>. Trata-se de um instrumento referencial, uma proposta flexível que atenda à diversidade sociocultural do país e que possa servir de parâmetro aos educadores sensíveis a uma educação preventiva. Esperamos que este conjunto de proposições se constitua num processo de cidadania na busca de qualidade de vida, em que alunos e alunas possam intervir e participar de forma responsável na prevenção de sua própria saúde e da saúde coletiva.

Uma das maiores preocupações dos educadores para se desenvolver a prevenção ao abuso de drogas nas escolas, refere-se ao planejamento no cotidiano da sala de aula. É comum a pergunta: *De que área de estudo devem emergir os novos conteúdos da prevenção?* Os princípios de orientação para o Ensino Fundamental são norteados pelos PCN's. Assim, devemos analisar os tópicos de estudo da prevenção na **Área de Ciências Naturais** e no **Tema Transversal Saúde**, onde encontramos os conteúdos essenciais para a compreensão dos mecanismos biológicos de saúde/doença e que, por isso, oferecem maiores subsídios à educação para a saúde.

Os objetivos gerais de Ciências para o Ensino Fundamental que selecionamos como pertinentes ao planejamento de prevenção referem-se a *compreender a natureza como um todo dinâmico, sendo o ser humano parte integrante e agente de transformações do mundo em que vive. Valorizar a vida em sua diversidade e a preservação do meio ambiente.* (PCN, 1997, p. 39). Quanto ao Tema Transversal Saúde, os objetivos escolhidos são: *compreender que a condição de saúde é produzida nas relações com o meio físico, econômico e sociocultural, identificando fatores de risco à saúde pessoal e coletiva presentes no meio em que vive.* (PCN, 1997, p.101)

O recorte que damos ao Tema Saúde significa que consideramos este eixo o espaço privilegiado para a abordagem de educação e prevenção ao abuso de drogas nas escolas. Nele, **Educação para a Saúde** é o projeto que prioriza a promoção da saúde de alunos e alunas e que deve ser visto na totalidade do processo educativo escolar, por todos, em todos os momentos.

É aí que se insere a proposta do **TEMA TRANSVERSAL DA PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS** que ora apresentamos. A proposta de transversalidade traz a necessidade da escola refletir e atuar na educação de valores e atitudes em todas as áreas, o tema deve estar presente em toda a prática educativa que envolve as **relações entre professores, alunos e membros da comunidade escolar**, num trabalho **sistemático e**

**contínuo**, no decorrer de toda a escolaridade. Ressalta que, sem se constituir em área isolada, o Tema recebe um tratamento intergrado às áreas de Língua Portuguesa, Matemática, Ciências Naturais, História, Geografia, Artes e Língua Estrangeira e aos Temas Transversais Ética, Meio Ambiente, Saúde, Orientação Sexual e Pluralidade Cultural. Provavelmente, essa inserção não será uniforme, uma vez que há singularidades tanto nos temas quanto nas áreas. Por outro lado, devemos considerar que existem afinidades maiores entre determinados temas e áreas, o que é fácil e claramente identificável Orientação Sexual e Ética.

Assim sendo, às áreas e temas, o conteúdo da prevenção vai permear o cotidiano prático, na procura da sensibilização pessoal e coletiva para a promoção da saúde e a qualidade de vida. O que se quer é que surjam momentos nos quais as questões relativas à prevenção sejam trabalhadas explicitamente, encontrando respostas em outras áreas do currículo. A integração, a extensão e a profundidade do estudo vão se dar em diferentes níveis, considerando-se a realidade local e a cultura da comunidade.

Em relação aos **conteúdos da prevenção**, estes devem ser trabalhados nas dimensões de aprendizagem factual, procedimental e atitudinal de forma inter-relacionada, pois as dimensões de aprendizagem/ensino são de suma importância na formação dos alunos favorecendo a construção de uma visão de mundo. Atuar nas três dimensões supõe que se compreenda o que sejam **1) fatos, conceitos e princípios, 2) procedimentos e 3) atitudes**.<sup>2</sup> Um fato é algo que a partir dele é possível descrever ou referir a realidade e as circunstâncias. Para que os fatos tenham significado é preciso que os conceitos permitam sua interpretação, senão qualquer objeto seria uma nova realidade, diferente e imprevisível. O conceito é que tornam possível reconhecer classes de objetos, fatos ou símbolos a partir das relações estabelecidas entre eles, graças às identificações que lhes são atribuídas. A aprendizagem de fatos, conceitos e princípios ajuda os alunos a **desenvolverem capacidades cognitivas e tornarem-se pessoas conhecedoras do mundo**. Procedimento é definido como um conjunto de ações ordenadas cuja realização permite atingir determinadas metas. A **aprendizagem de procedimentos** auxilia os estudantes a **desenvolverem a capacidade de serem pessoas ativas e hábeis**.

<sup>1</sup> Brasil, Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1997.

<sup>2</sup> ALEMANY, Isabel Gomes; MAJÓS, Teresa Mauri; GIMÉNEZ, Enric Valls. A aprendizagem dos conteúdos escolares. In: SALVADOR, Cesar Coll [et al.] (Org.) **Psicologia do Ensino**. Trad. Cristina Maria de Oliveira. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Prof.a **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

A atitude é uma disposição à resposta. Caracteriza-se pelo fato de ter um objeto de referência bem definido, ao qual se vincula um conceito de valor, isto faz com que, em relação ao objeto, possa haver aproximação ou afastamento, afirmação ou negação, aceitação ou rejeição. O valor proporciona sentido ao comportamento das pessoas em qualquer situação pelo forte compromisso emocional que estas empregam para julgar as condutas. Os valores concretizam-se em atitudes, é a atitude que permite ao indivíduo comportar-se de um modo consistente em face de certas situações, objetos ou pessoas. As **atitudes** revelam, no âmbito do comportamento, o **grau maior ou menor que determinados valores** foram assumidos. A aprendizagem de atitudes e valores torna possível aos alunos o desenvolvimento da capacidade de virem a ser pessoas responsáveis.

Não há dúvidas de que a aprendizagem/ensino da prevenção ao abuso de drogas incluída nos conteúdos curriculares deva contemplar as dimensões factuais, procedimentais e atitudinais. Entretanto, é no dia-a-dia, nas atividades cotidianas de aula, que a prevenção encontra sua maior força de expressão, podendo apresentar tantas facetas quantas forem as identidades culturais das classes escolares. Esta perspectiva estabelece abrangências e limites da aprendizagem/ensino para prevenir o abuso de drogas.

O presente estudo tem em vista apresentar um **Currículo Prevenção do Abuso de Drogas para a Educação Básica**, a partir dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) da Secretaria de Educação Fundamental, do Ministério de Educação e Desporto<sup>3</sup>. Trata-se de um referencial, uma proposta flexível que atenda à diversidade sociocultural do país e que possa servir de **Educação** para os educadores sensíveis a uma educação preventiva. Esperamos que este conjunto de proposições se constitua num processo de cidadania na busca de qualidade de vida, em que alunos e alunas possam intervir e participar de forma responsável na prevenção de sua própria saúde e da saúde coletiva.

Uma das maiores preocupações dos educadores para se desenvolver a prevenção ao abuso de drogas nas escolas, refere-se ao planejamento no cotidiano da sala de aula. É comum a pergunta: *De que área de estudo devem emergir os novos conteúdos da prevenção?* Os princípios de orientação para o Ensino Fundamental são norteados pelos PCN's. Assim, devemos analisar os tópicos de estudo da prevenção na **Área de Ciências Naturais** e no **Tema Transversal Saúde**, onde encontramos os conteúdos essenciais para a compreensão dos mecanismos biológicos de saúde/doença e que, por isso, oferecem maiores subsídios à educação para a saúde.

Os objetivos gerais de Ciências para o Ensino Fundamental que selecionamos como pertinentes ao planejamento de prevenção referem-se a *compreender a natureza como um todo dinâmico, sendo o ser humano parte integrante e agente de transformações do mundo em que vive. Valorizar a vida em sua diversidade e a preservação do meio ambiente.* (PCN, 1997, p. 39). Quanto ao Tema Transversal Saúde, os objetivos escolhidos são: *compreender que a condição de saúde é produzida nas relações com o meio físico, econômico e sociocultural, identificando fatores de risco à saúde pessoal e coletiva presentes no meio em que vive.* (PCN, 1997, p.101)

O recorte que damos ao Tema Saúde significa que consideramos este eixo o espaço privilegiado para a abordagem de educação e prevenção ao abuso de drogas nas escolas. Nele, **Educação para a Saúde** é o projeto que prioriza a promoção da saúde de alunos e alunas e que deve ser visto na totalidade do processo educativo escolar, por todos, em todos os momentos.

É aí que se insere a proposta do **TEMA TRANSVERSAL DA PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS** que ora apresentamos. A proposta de transversalidade traz a necessidade da escola refletir e atuar na educação de valores e atitudes em todas as áreas, o tema deve estar presente em toda a prática educativa que envolve as **relações entre professores, alunos e membros da comunidade escolar**, num trabalho **sistemático e contínuo**, no decorrer de toda a escolaridade. Ressalta que, sem se constituir em área isolada, o Tema recebe um tratamento intergrado às áreas de Língua Portuguesa, Matemática, Ciências Naturais, História, Geografia, Artes e Língua Estrangeira e aos Temas Transversais Ética, Meio Ambiente, Saúde, Orientação Sexual e Pluralidade Cultural. Provavelmente, essa inserção não será uniforme, uma vez que há singularidades tanto nos temas quanto nas áreas. Por outro lado, devemos considerar que existem afinidades maiores entre determinados temas e áreas, o que é fácil e claramente identificável Orientação Sexual e Ética.

Assim sendo, às áreas e temas, o conteúdo da prevenção vai permear o cotidiano prático, na procura da sensibilização pessoal e coletiva para a promoção da saúde e a qualidade de vida. O que se quer é que surjam momentos nos quais as questões relativas à prevenção sejam trabalhadas explicitamente, encontrando respostas em outras áreas do currículo. A integração, a extensão e a profundidade do estudo vão se dar em diferentes níveis, considerando-se a realidade local e a cultura da comunidade.

Em relação aos **conteúdos da prevenção**, estes devem ser trabalhados nas dimensões de aprendizagem factual, procedimental e atitudinal de forma inter-relacionada, pois as dimensões de

<sup>3</sup> Brasil, Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1997.

Prof.a **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

aprendizagem/ensino são de suma importância na formação dos alunos favorecendo a construção de uma visão de mundo. Atuar nas três dimensões supõe que se compreenda o que sejam **1) fatos, conceitos e princípios, 2) procedimentos e 3) atitudes**.<sup>4</sup> Um fato é algo que a partir dele é possível descrever ou referir a realidade e as circunstâncias. Para que os fatos tenham significado é preciso que os conceitos permitam sua interpretação, senão qualquer objeto seria uma nova realidade, diferente e imprevisível. O conceito é que tornam possível reconhecer classes de objetos, fatos ou símbolos a partir das relações estabelecidas entre eles, graças às identificações que lhes são atribuídas. A aprendizagem de fatos, conceitos e princípios ajuda os alunos a **desenvolverem capacidades cognitivas e tornarem-se pessoas conhecedoras do mundo**. Procedimento é definido como um conjunto de ações ordenadas cuja realização permite atingir determinadas metas. A **aprendizagem de procedimentos** auxilia os estudantes a **desenvolverem a capacidade de serem pessoas ativas e hábeis**.

A atitude é uma disposição à resposta. Caracteriza-se pelo fato de ter um objeto de referência bem definido, ao qual se vincula um conceito de valor, isto faz com que, em relação ao objeto, possa haver aproximação ou afastamento, afirmação ou negação, aceitação ou rejeição. O valor proporciona sentido ao comportamento das pessoas em qualquer situação pelo forte compromisso emocional que estas empregam para julgar as condutas. Os valores concretizam-se em atitudes, é a atitude que permite ao indivíduo comportar-se de um modo consistente em face de certas situações, objetos ou pessoas. As **atitudes** revelam, no âmbito do comportamento, o **grau maior ou menor que determinados valores** foram assumidos. A aprendizagem de atitudes e valores torna possível aos alunos o desenvolvimento da capacidade de virem a ser pessoas responsáveis.

Não há dúvidas de que a aprendizagem/ensino da prevenção ao abuso de drogas incluída nos conteúdos curriculares deva contemplar as dimensões factuais, procedimentais e atitudinais. Entretanto, é no dia-a-dia, nas atividades cotidianas de aula, que a prevenção encontra sua maior força de expressão, podendo apresentar tantas facetas quantas forem as identidades culturais das classes escolares. Esta perspectiva estabelece abrangências e limites da aprendizagem/ensino para prevenir o abuso de drogas.

---

<sup>4</sup> ALEMANY, Isabel Gomes; MAJÓS, Teresa Mauri; GIMÉNEZ, Enric Valls. A aprendizagem dos conteúdos escolares. In: SALVADOR, Cesar Coll [et al.] (Org.) **Psicologia do Ensino**. Trad. Cristina Maria de Oliveira. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

A atuação dos professores é fundamental na educação preventiva, ajudando os alunos não só a utilizarem os valores para orientarem suas ações de prevenção, como também, a constituírem um sistema de valores pessoal que lhes animem a adotar um estilo de vida associado à boa saúde, em que o abuso de drogas não encontre ressonância.

A posição dos professores em relação a tais premissas supõe a opção por **metodologias concretas** que concebam o sujeito humano como ser ativo que constrói conhecimento e idéias e, que alcance sua autonomia. Assim, as experiências em sala de aula devem criar situações nas quais crianças e adolescentes possam refletir sobre suas escolhas e deliberações para atuarem em consonância com elas. Para a aprendizagem de valores e atitudes de proteção à saúde e à qualidade de vida, as estratégias de ensino que se destacam como as mais adequadas para serem adotadas no cotidiano das aulas são as seguintes:

**Na promoção do autoconceito:** é importantíssimo, trata-se de um conjunto de crenças que alguém tem de si mesmo, determinando sua conduta e influenciando assumir novos papéis sociais. Uma imagem realística de si mesmo é fundamental na construção da personalidade sadia e da identidade pessoal.

- criar em sala de aula um clima cooperativo de amizade, de confiança e de respeito.

#### No desenvolvimento de atitudes autônomas

- propiciar a aprendizagem por descoberta, permitir a participação ativa em aula, facilitar as interações pessoais, criar momentos para falar e comunicar-se com o outro, colocar situações para decidir e julgar, promover o contraste de opiniões, exercitar a argumentação e contra-argumentação.

#### No alcance da competência social

- estimular a tomada de decisão responsável, desenvolver mecanismos de defesa, promover a aptidão para negociar, aumentar a capacidade de resistir a pressões grupais, fortalecer a habilidade de lidar com conflitos, permitir experimentar e explorar construtivamente, valorizar a autopreservação diante de riscos desnecessários.

#### Na promoção da afetividade

- estimular o diálogo, reforçar atitudes positivas, desenvolver o espírito crítico, aumentar o sentido de auto-eficácia, desenvolver a capacidade de lidar com a ansiedade, facilitar as relações inter e intrapessoais, criar momentos para o aluno falar e se comunicar com o outro, estimular o conhecimento de si mesmo, elevar a auto-estima.

#### Nos valores universais

- tolerância, solidariedade, paz, justiça, respeito às diferenças, direitos humanos.

Há que se considerar, para o crescimento e desenvolvimento integral dos alunos, o emprego de **estratégias pedagógicas** que contemplem o pensar, o sentir e o agir de forma harmoniosa.

#### Na integração corpo, mente e emoção

- criar situações para a descoberta de si mesmo, reconhecimento do corpo, o aprimoramento do nível sensorial, o desenvolvimento de papéis sociais e afetivos, a criatividade na resolução de problemas

As vivências dinâmicas são consideradas as estratégias mais adequadas para educação e prevenção do abuso de drogas, são procedimentos como **oficina, simulação, debate, discussão, diálogo, dinâmica de grupo, psicodrama, jogo dramático, dramatização**. O levantamento realizado entre especialistas da área aponta situações-limite que devem ser exploradas em atividades dinâmicas com o objetivo de favorecer a educação preventiva ao abuso de drogas. São as seguintes:

- **situações que devam ser priorizadas:** autoconhecimento, auto-estima, auto-afirmação, relações interpessoais, capacidade de lidar com ansiedade, habilidade de decidir, habilidade de lidar com grupos, capacidade de resistir as pressões grupais, comunicação verbal;
- **situações que visam fortalecer nos alunos:** resiliência, saber dizer não, solidariedade, pertencimento, saber ouvir, autonomia, criatividade, respeito às diferenças, respeito aos valores;
- **situações que visam enfraquecer nos alunos:** ansiedade, aliviar a dor, desamparo, estigmas e preconceitos, vulnerabilidade, insegurança.

Finalmente, quando crianças e adolescentes são favorecidos com o desenvolvimento de um sistema de valores referentes a si próprios, estes valores expressam-se, nos educandos, em atitudes de auto-estima, autocontrole, auto-superação e coerência pessoal.

Prof.<sup>a</sup> **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

Cabe tecer algumas recomendações, em relação à prevenção ao abuso de drogas na escola, como:

**R**epensar uma nova concepção de escola, a partir da tese da UNESCO, que defende a combinação dos projetos de prevenção com a construção de uma escola protetora/protegida, uma escola que esteja voltada à proteção integral dos alunos, onde as drogas sejam mais um dos temas incluídos. A cultura de uma escola protetora se faz pelo diálogo, pela discussão de valores, princípios e limites, pela educação com participação, com respeito aos direitos humanos, à diversidade e à tolerância.

**T**er como foco a formação do caráter, a tomada de decisão, a adesão aos princípios da vida e, sempre que necessário, o conhecimento da natureza e do efeito de certas substâncias psicoativas.

**T**er como princípio mais a formação de valores, do que a simples informação. Ser inserida num quadro mais amplo de uma educação para a saúde, tornando mais atraente as regras sadias de vida.

**S**aber o objetivo que se quer atingir: prevenção primária? secundária? terciária? Após, fazer as escolhas metodológicas cujas propostas apresentem diferentes pressupostos teóricos e filosóficos. A eficiência, eficácia e efetividade de um programa estão relacionadas à adequação ao contexto educacional: local, momento e população a ser atendida.

**C**onsiderar que 92% dos estudantes brasileiros não usam droga e que a maioria faz uso experimental. Isto implica em prevenção primária, cabendo, também, a secundária.

**C**omeçar os programas de prevenção primária em crianças de menor idade, bem nova, em atividades educativa que sejam criativas e prazerosas. A experimentação está iniciando muito precocemente, a partir dos 10 anos de idade.

**E**nfatizar as drogas lícitas, álcool e tabaco, e as lícitas de uso ilícito, inalantes e medicamentosos, pela elevada porcentagem de uso entre os alunos. É importante mostrar que todas são, também, substâncias psicotrópicas.

**A**bordar as drogas de abuso que realmente ocorrem entre estudantes brasileiros evitando-se erros de enfocar drogas de uso em outros países.

**A**presentar duas vertentes de prevenção primária: uma dirigida aos estudantes, outra para pais e professores.

**O** professor, como o profissional de formação pedagógica e psicológica, deve ser o mais preparado

para desenvolver a educação preventiva junto aos alunos, no cotidiano das aulas. Para isso, precisa de aprendizagem contínua sobre os princípios da cultura de prevenção.

**A** cultura da prevenção demanda ações específicas e inespecíficas. As ações específicas estão voltadas à educação para a saúde e visam prestar informações criando atitudes, discutindo valores, estabelecendo comportamentos, hábitos e estilos de vida saudável. As ações inespecíficas têm como meta a valorização da vida, o resgate da cidadania, as questões de bem-estar social, a sexualidade, a opção profissional, as alternativas de lazer, a questão do prazer.

**A** aprendizagem da prevenção se faz por uma metodologia ativa, vivencial que prioriza procedimentos como psicodrama, jogo dramático, dinâmica de grupo, oficina, simulação, debate, discussão.

**O** currículo de prevenção para o Ensino Fundamental e Médio é estruturado a partir dos pressupostos do PCN. Sugere-se o **TEMA TRANSVERSAL DA PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS** que atenda à diversidade sociocultural do país e que sirva de subsídios aos educadores sensíveis a uma educação preventiva.

**A** escola deve e pode fazer muito, mas não tudo. Seu alcance é limitado. Torna-se urgente que governos e sociedade civil combatam o tráfico de drogas e assumam responsabilidades pela melhoria da qualidade de vida de crianças, adolescentes e jovens.

Em síntese, a promoção da saúde se faz pela prevenção, neste sentido, prevenir o abuso de drogas é educar. Para cumprir esta finalidade, as práticas educativas não estão à mercê do acaso, precisam ser sistemáticas e regulares, em ações planejadas e contínuas para promoverem a aprendizagem de fatos, conceitos, princípios, procedimentos, atitudes e valores dos conteúdos preventivos. Destes, o mais importante na aprendizagem/ensino da prevenção é o conteúdo atitudinal, considerado o gerador de ideais e valores a serem internalizadas pelos alunos até se constituírem num modo próprio de viver.

A prevenção do abuso de drogas deve enfatizar o papel dos educadores. Os professores são de suma importância neste ensino/aprendizagem que possibilita aos alunos desenvolverem a capacidade de tornarem-se pessoas críticas para atuarem ativamente no contexto social, exercitando sua cidadania na defesa da própria saúde e do bem-estar coletivo.

Prof.ª **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary. **Drogas nas escolas**. Brasília: UNESCO, Coordenação DST/AIDS do Ministério da Saúde, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, CNPq, Instituto Ayrton Sena, UNAIDS, Banco Mundial, USAID, Fundação Ford, CONSED, UNDIME, 2002.

ALEMANY, Isabel Gomes; MAJÓs, Teresa Mauri; GIMÉNEZ, Enric Valls. A aprendizagem dos conteúdos escolares. In: SALVADOR, Cesar Coll [et al.] (Org.) **Psicologia do Ensino**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ALVAREZ, Aparecida Magali. A resiliência e a história de vida de jovens moradores de rua: a família, os amigos, o sentido da vida. In: SCHOR, Nélia; MOTA, Maria do Socorro F. T.; CASTELO BRANCO, Viviane. **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, 1999. p. 109-116.

AQUINO, Julio Groppa. (Org.). A escola e as novas demandas sociais: as drogas como tema transversal. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 83-103.

ARANTES, Valério José. Psicologia e Psicopedagogia. In: SISTO, Fermino Fernandes [et al.] **Atuação psicológica e aprendizagem escolar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

BARRIENTOS, Grimaldo Rios. **Existe resiliência comunitária?** [on-line]. junio de 1999, [28/09/03]. Disponível na Word Wid Web: <<http://ceprodep.org.pe/articulo3.htm>>

BAUDRILLARD, Jean. A parte maldita. **O Correio da UNESCO**. Rio de Janeiro, ano 15, n. 9, p. 8-9, set. 1987.

BORUCHOVITCH, Evelyn. O uso e o abuso de drogas na adolescência. In: SISTO, Fermino Fernandes [et al.] (Org.). **Leituras de Psicologia para formação de professores**. Petrópolis, RJ; Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2000. p. 192-204.

BRASIL. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001.

BRENELLI, R. P. Piaget e a afetividade. In: SISTO, Fermino Fernandes [et al.] (Org.). **Leituras de Psicologia para formação de professores**. Petrópolis, RJ; Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2000.

BUCHER, Richard. A abordagem preventiva. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: EPU, 1988. p.55-67.

CARLINI, E. L. A.; CARLINI-COTRIM, Beatriz; SILVA FILHO, Armando Ramos. **Sugestões para um Programa de prevenção ao abuso de drogas no Brasil**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, 1990.

CARLINI, E. L. A, NOTO, Ana Regina, GALDURÓZ, José Carlos F. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras**. São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1997.

CARLINI-COTRIN, Beatriz. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, Julio Groppa. (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998, p.19-30.

CELIA, Salvador, SOUZA, Ronaldo Pagnoncelli de. Risco e resiliência. In: COSTA Maria da Conceição O; SOUZA, Ronaldo Pagnoncelli de (Org.). **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2002, p.333-339.

CEZIMBRA, Márcia. Tudo que você sempre quis saber sobre a maconha e tinha medo de perguntar. **O Globo**. Jornal da Família. Rio de Janeiro, 5 out. 2003, p.1 e 8.

CRUZ, Amadeu Roselli. Ações preventivas ao abuso de drogas das diferentes disciplinas escolares. In: \_\_\_\_\_. (Org.) **Educação e prevenção do abuso de drogas**. Rio de Janeiro: Ed. Universidade Santa Úrsula, 1992.

FOLHETOS. CEBRID, UNIFESP/EPM. [on-line]. 2000? [05/07/02] Disponível na Word Wid Web: <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/folhetos.htm>

Prof.a **MARÍLIA SALDANHA DA FONSECA**, agosto de 2004.

FONSECA Marília Saldanha. Cultura da prevenção e formação de professores. **Revista Educação e Ensino - USF**, Bragança Paulista, SP: EDUSF, v. 6, n. 1, p. 25-30, jan./junho 2001

\_\_\_\_\_. Aquisição de Drogas: um estudo entre estudantes brasileiros. **Psico-USF**. Bragança Paulista, SP: Ed. Universidade São Francisco, v.7, p.147-156, jul./dez. 2002.

FÓRUM NACIONAL ANTIDROGAS, 1, 1998, Brasília. **Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas**. Brasília: SENAD, 1999.

GENNARO, Giuseppe. Contra a cultura da droga. **O Correio da UNESCO**. Rio de Janeiro, ano 15, no. 9, p.10-17, set. 1998.

GOUVEIA, Nelson. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo: FSP/USP e APSP, v. 8, n. 1, p. 49-61, jan.-fev 1999.

GRIFFITH, Edwards. Educação Preventiva contra as drogas. **O Correio da UNESCO. O mosaico das drogas**. Rio de Janeiro, ano 10, n. 3, p. 5-7, março 1982.

JAEGER, Werner. **Paidéia: a formação do homem grego**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

KAPLAN, Robert. M. Two phaway to prevention. **Journal of the American Psychological Association**, [S.l.], v. 55, n. 4, April 2000.

LELOND, Marc. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Minister of Nation Health and Welfare, 1974.

MAITLAND, Roseane. **Prevenção começa cedo e nunca é cedo para começar: o trabalho de prevenção usado no Head Start of Greater Dallas**. Rio de Janeiro: Lions Club do Rio de Janeiro Cidade Maravilhosa, set. 1998.

MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E DESPORTO, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1997.

PROMOÇÃO da saúde. Qualidade de vida. **TEMA - Cidades Saudáveis**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública/ Programa RADIS, n. 19, p.12-13, maio 2000.

OLIVEIRA, Gislene de Campos. Autoconceito do adolescente. In: SISTO, Fermino Fernandes [et al.] (Org.). **Leituras de Psicologia para formação de professores**. Petrópolis, RJ; Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2000.

OLIVENSEIN, C. Toxicomania e destino do homem. In: BERGERET, J.; LEBLANC J. **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. Fortaleza: UNIFOR, 1983.

SANTOS, Rosa Maria Silvestre. **Prevenção de drogas na escola: uma abordagem psicodramática**. Campinas,SP: Papirus, 1997.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, [S.l.], v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.

TOZZI, Devanil, BOUER, Jairo. Prevenção também se ensina? In: AQUINO, Júlio Groppa (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 105-121.

TUTUGO, Márcia Laudini. Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: EPU, 1988. p.1-7.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Priority research for health for all**. Copenhagen: WHO, 1998.

ZOMIGNANI, Maurício de Araújo. Invulnerável, não: resiliente. **Viver Psicologia**. [S.l.], Seguimento, ano XI, n. 116, p. 30-1, set. 2002.