

Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde

The drugs misuse related harm reduction in the health promoting schools

Fernanda Gonçalves Moreira ¹
Dartiu Xavier da Silveira ¹
Sérgio Baxter Andreoli ²

Abstract *The goal of this paper is to review the school-based drugs misuse prevention programs, and to establish a connection with the “health promotion” and “health promoting school” concepts, in an attempt to create a new proposal. There are several models of preventive intervention, but the results of its evaluations show little improvement. The most hopeful programs imply in giving up the restrict focus of prevention (of a specific disease) to adopt the health promotion concept. The application of the health promotion concept in the school environment resulted in the health promoting school concept, which can be defined as a school that has an organized set of policies, procedures, activities, and structures, designed to protect and promote the health and well-being of all school community members. The “harm reduction” proposal, as a prevention strategy, come together the health promoting school proposal, and in this way our proposal is a set of health promotion actions that includes: wider and progressive goals; breaking the manichaeism; inclusive actions; community partnerships including many sectors of society; youth autonomy; and the focus on the person in all its complexity, not only on the substance use or misuse. This proposal aims all students, regardless if they had or not already tried or they still are using any psychoactive substance.*

Key words *Education, Prevention, Harm reduction, Substance-related disorders, Health promoting school*

Resumo *Este trabalho tem por objetivo revisar os modelos de prevenção do uso indevido de drogas em ambiente escolar, relacionando-os aos conceitos de “promoção de saúde” e “escola promotora de saúde”, e propor um modelo de intervenção. Os modelos de intervenção são múltiplos, os resultados provenientes das avaliações de impacto são modestos. As abordagens preventivas mais promissoras ampliam o campo de intervenções para o ambiente físico e social, enfocando a saúde como um todo, aproximando-se do conceito de promoção de saúde. A aplicação deste no âmbito escolar resultou no conceito de escola promotora de saúde. Esta pode ser definida como a escola com políticas, procedimentos, atividades e estrutura que resultem na proteção e promoção à saúde e ao bem-estar de todos os membros da comunidade escolar. A proposta da “redução de danos”, pensada como estratégia de prevenção, converge para a da escola promotora de saúde, e neste sentido propomos ações de promoção de saúde pautadas por: objetivos amplos e escalonados; ruptura com o maniqueísmo; ações inclusivas; parcerias intersetoriais; incentivo à autonomia dos alunos; abordagem do indivíduo em toda a sua complexidade. Esta proposta amplia a abrangência da intervenção para todos os alunos, independentemente se estes já experimentaram, já fizeram ou fazem algum uso de substâncias psicoativas.*

Palavras-chave *Drogas, Educação, Prevenção, Redução de danos, Escola promotora de saúde*

¹ Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Unifesp, Rua dos Otonis 887, Vila Clementino, 04025-002, São Paulo SP. femor@terra.com.br

² Núcleo de Estatística e Metodologia Aplicada do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Unifesp; Departamento de Psiquiatria da Unisantos.

Introdução

Este trabalho tem por objetivo revisar os modelos de prevenção do uso indevido de drogas em ambiente escolar, relacionando-os aos conceitos de “promoção de saúde” e de “escola promotora de saúde”, e propor um modelo de intervenção.

Método

Revisão bibliográfica sistematizada no Medline, Lilacs, Cokcrane Institute e Biblioteca de Educação da Fundação Carlos Chagas, incluindo artigos publicados entre 1990 e 2001 e com as palavras-chave: cocaína, heroína, álcool, prevenção, educação e redução de danos. Também foi feita busca manual nas listas de referências dos artigos recuperados.

Os artigos foram selecionados e separados entre aqueles que tratavam de avaliação de impacto de intervenção, fatores de proteção e risco, e teóricos. Entre as avaliações de impacto, foram selecionadas aquelas realizadas em escolas com programas preventivos ao uso indevido de drogas, exceto uso de tabaco. Dos 160 artigos encontrados, foram selecionados 24 de intervenções em escolas (4 metanálises), 32 publicações sobre os conceitos de “promoção de saúde”, “escola promotora de saúde” e “redução de danos”, e 3 metanálises publicadas após 2001.

Prevenção do uso indevido de drogas

Considerando a relação entre o indivíduo e a droga é possível pensar em três estratégias preventivas: 1) diminuir a oferta do produto; 2) diminuir a demanda por parte do usuário; e 3) influir sobre as circunstâncias favorecedoras da oferta e da procura¹.

A primeira estratégia implica principalmente em ações de repressão, voltadas para a redução da disponibilidade dessas substâncias. A segunda concentra-se na ação educativa por meio de intervenções de caráter pedagógico. A terceira estratégia é chamada atualmente de intervenção estrutural, realizada por meio de medidas visando minimizar ou neutralizar o impacto dos fatores relacionados ao risco ou à proteção, agindo predominantemente na interface oferta/demanda. Segundo Blankenship *et al.*², o termo “estrutural” se refere a intervenções que visam à alteração do contexto no qual a saúde é produzida ou reproduzida.

Neste artigo, vamos nos concentrar nas intervenções no ambiente escolar, que incluem estratégias de redução de demanda e/ou ações na interface oferta/demanda.

Prevenção do uso indevido de drogas em ambiente escolar

A estratégia de diminuir a demanda ganhou força a partir de 1970, quando a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) convocou especialistas de vários países para discutirem a abordagem preventiva do uso de drogas e a questão foi considerada uma necessidade mundial e premente³. A escola passou a ser o espaço privilegiado para o desenvolvimento de atividades preventivas, visando à educação para a saúde, visto que uma parcela significativa da população passa por ela numa idade e em circunstâncias altamente favoráveis⁴.

Avaliações das intervenções de prevenção

Se a importância, o público-alvo e o local preferencial das ações preventivas são consenso, o modo de intervenção e o seus resultados permanecem controversos. Os modelos de intervenção são múltiplos, derivados de diferentes posturas frente ao problema, o que complica o processo de avaliação. Entre os modelos avaliados, os resultados provenientes de metanálises mostram pequenos avanços⁵, mas alguns autores explicam estes resultados modestos por problemas metodológicos. Tobler⁶ aponta o problema da avaliação conjunta e indevida de modelos preventivos diversos. Cuijpers⁷ e Faggiano *et al.*⁸ criticam a qualidade das avaliações das intervenções preventivas.

Em sua metanálise, Tobler⁶ agrupa como “programas interativos” intervenções que teriam em comum a utilização de técnicas didáticas que estimulam a participação ativa dos alunos. Muitas vezes são treinados alunos, denominados “agentes multiplicadores”, para conduzirem as discussões ou até o próprio programa. Tobler aponta resultados duas a três vezes superiores na redução do uso de substâncias com este grupo, em relação aos modelos de intervenção que utilizam o aprendizado passivo.

Cuijpers⁷ compara os programas executados por pares e os programas executados por

adultos. Encontra que os programas liderados por pares, de forma geral, são mais efetivos. Contudo, pondera que a efetividade dos programas se deve a múltiplas características, entre elas, a liderança por pares.

Gottfredson & Wilson⁹ também encontram que os programas liderados por pares, de forma geral, são mais efetivos. Além disto, os programas voltados para jovens que apresentam fatores relacionados ao risco proporcionam melhores resultados do que aqueles direcionados para a população geral, os chamados “programas universais”.

Faggiano *et al.*⁸ encontram que os programas voltados para o desenvolvimento de habilidades sociais são mais efetivos do que os baseados na transmissão de informações e os voltados para o treinamento de tomadas de decisão.

Muitos dos problemas relacionados às avaliações, entretanto, são decorrentes da definição insuficiente ou pouco detalhada do modelo adotado, da discussão de suas propostas, e da postura frente ao problema¹⁰.

Posturas e modelos de intervenção

Existem duas posturas básicas diante do problema do uso e abuso das substâncias psicoativas: a tradicional, ou “guerra às drogas”, e a “redução de danos”.

Na abordagem tradicional, a maior concentração de esforços se dá na redução da oferta, ou seja, redução da disponibilidade dos produtos. No campo da redução de demanda, enfatiza-se a transmissão de informações pautadas pelo amedrontamento e apelo moral, utilizando técnicas que poderiam ser resumidas à persuasão dos indivíduos para a abstinência, o *slogan*: “Diga não às drogas”. Não há uma preocupação com as diferentes formas de uso ou com a abordagem dos fatores facilitadores do abuso de psicotrópicos^{11, 12}. As ações de transmissão de informações seguem, em geral, o modelo educativo de aprendizado passivo. Muitas vezes, e isto também se refere às escolas brasileiras, as intervenções são pontuais, na forma de palestras^{11, 13}.

Outros modelos de intervenção, ainda na abordagem tradicional, propõem aulas semanais curriculares destinadas aos alunos dos últimos anos da escola elementar. É o caso do “Modelo de treinamento para resistir”. O seu representante clássico é o projeto Drug Abuse Resistance Education (Dare), adotado por cer-

ca de 50% das escolas locais dos Estados Unidos. Este tem por objetivo o treinamento para resistir às pressões de envolvimento com drogas, exercidas por grupos de pares, pela mídia e até pelos pais. Inclui uma série de exercícios e atividades em sala de aula que ensinam ao estudante: recusar, esquivar-se, não ceder diante da oferta de drogas. Este programa é aplicado por membros do próprio projeto, muitas vezes policiais. Os resultados das avaliações apontam para algum ganho significativo imediato, tanto no conhecimento como na redução do padrão de uso de drogas, mas ao contrário da aquisição de conhecimento, não há redução do uso de drogas nas avaliações após um ano ou mais. Em alguns subgrupos, por exemplo os de indivíduos masculinos negros e hispânicos, houve aumento do uso de substâncias¹⁴.

Além do projeto Dare, os outros projetos que se encaixam no “Modelo de treinamento para resistir” também foram bastante avaliados. Os resultados apontam para algum ganho significativo imediato, tanto no conhecimento como no padrão de uso de drogas, mas este não se mantém nas avaliações após um ano ou mais tempo do término das aulas^{15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}. Os resultados foram melhores para as meninas²⁴ e piores para os meninos, em alguns aspectos, por vezes, contraproducentes^{15, 16, 17}.

O projeto Dare começou a ser aplicado no Brasil com o nome de Programa Educacional de Resistência às Drogas (Proerd) e, assim como nos EUA, foi aplicado principalmente por policiais. A figura do policial pode carregar representações simbólicas diversas em diferentes países ou diferentes contextos sócio-econômico-culturais, e no Brasil essa nem sempre é positiva. Além disso, a falta de adaptação cultural tanto do conteúdo como da estratégia didática compromete ainda mais a aplicação desse modelo no Brasil^{11, 25}.

Após décadas de existência, acumulam-se críticas à política de “guerra às drogas”. Escohotado²⁶ constata que: *O [slogan] “diga não às drogas” entra por um ouvido e sai por outro, funcionando como estímulo indireto.*

Outras abordagens, menos relacionadas à postura tradicional, têm sido propostas: oferecimento de alternativas; educação para a saúde e a modificação das condições de ensino, que inclui modificação das práticas institucionais, melhoria do ambiente escolar, incentivo ao desenvolvimento social, oferecimento de serviços de saúde, envolvimento dos pais em atividades curriculares^{10, 27}.

O modelo de oferecimento de alternativas

Este modelo procura proporcionar aos jovens sensações de expansão da mente, crescimento pessoal, excitação, desafio e alívio do tédio, através de outros meios que não o consumo de drogas. É importante que tais atividades variem conforme os interesses e gostos da população a que se destinam. Podem se constituir em atividades esportivas ou artísticas, programas de recuperação da identidade e orgulho étnico de minorias^{10, 11, 27}. A ênfase se dá no sentido de orientar o desenvolvimento do potencial sócio-afetivo em direção a um estilo saudável de vida, em que o uso de drogas não desperte sequer interesse, ou então, que este interesse ou curiosidade tenha um menor potencial de prejudicar a pessoa ou a sociedade²⁸. Este modelo foi aplicado nas escolas públicas do estado de São Paulo (Programa Permanente de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas), entre 1991 e 1994, com bons resultados iniciais. Após mudanças de governo, não foi dada continuidade às avaliações dos resultados, e, gradativamente, o programa foi extinto²⁸. No cenário internacional, este modelo também foi pouco avaliado, os bons resultados iniciais, nas avaliações examinadas por Tobler⁶, necessitam de mais estudos e confirmação²⁵.

O modelo de educação para a saúde

Este modelo apresenta a educação para uma vida saudável como proposta central^{10, 27}. Assim, orientações para uma alimentação adequada, atividades não estressantes e uma vida sexual segura, compõem um currículo no qual os riscos do uso de tabaco, álcool e outras drogas também se fazem presentes^{10, 11}. É preciso que a escola introduza a questão das drogas dentro de um contexto amplo⁴, visando à responsabilização do indivíduo em relação à sua vida e à sua saúde. Por isso deverá abordar questões tais como: a poluição, a solidão e o isolamento urbano, o modelo de vida competitivo e imediatista, e outros temas que provocarão uma reflexão sobre os padrões de comportamento adotados pela sociedade em que vivemos.

O modelo de educação para a saúde também foi pouco avaliado. Entretanto, tanto esse modelo como o de oferecimento de alternativas parecem promissores por serem coerentes com o papel da escola: um lugar de formação e in-

clusão social, e não apenas um espaço de transmissão de informações.

O modelo de modificação das condições de ensino

Este modelo defende que a vivência escolar, particularmente a da pré-escola e do ensino fundamental, vai ser importante para um desenvolvimento sadio do adolescente e do adulto. O modelo tem 5 vertentes: modificação das práticas institucionais; melhoria do ambiente escolar; incentivo ao desenvolvimento social; oferecimento de serviços de saúde e envolvimento dos pais em atividades curriculares^{10, 11, 27}. Este modelo pode englobar os modelos de oferecimento de alternativas, na vertente “incentivo ao desenvolvimento social”; e educação para a saúde, na vertente “oferecimento de serviços de saúde”¹¹.

Ao aceitar a necessidade de intervenção no ambiente e não apenas em relação ao estudante, admite-se que um ambiente inadequado e injusto pode se constituir em fator propiciador do abuso de drogas. Tal premissa desloca a discussão da prevenção para o campo da política educacional e do questionamento pedagógico¹³. Neste modelo, a questão do uso de drogas deixa de ser visto de forma dissociada da vida dos alunos, ao mesmo tempo em que se conclama a escola a assumir seu papel social, de forma integrada à comunidade. Desta forma, desviamos nossas atenções do uso das substâncias psicoativas sem, entretanto, perdê-lo de vista, para nos preocuparmos com a melhoria das condições de desenvolvimento das crianças e adolescentes, visando à formação de cidadãos aptos para tomarem suas próprias decisões.

A ampliação do campo de intervenções, incluindo ambiente escolar, comunidade escolar ampliada, desenvolvimento social e relações intersetoriais (educação e atenção à saúde), implica no abandono do escopo restrito da prevenção (de uma determinada doença) para entrar no conceito de promoção de saúde.

Diferença entre prevenção e promoção

A promoção de saúde possui definição bem mais ampla do que a prevenção, por se referir a medidas orientadas ao aumento da saúde e bem-estar geral, e não apenas para evitar uma determinada doença²⁹.

Tradicionalmente, a educação em saúde mantinha o foco na transmissão de informa-

ções ou no desenvolvimento de habilidades e atitudes para ajudar os indivíduos a fazerem escolhas saudáveis com relação ao estilo de vida ou comportamento^{30, 31}. Porém, esta estratégia mostrou-se falha em sua meta de mudança de comportamento^{4, 30, 31}.

Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) mudou seu foco do comportamento de indivíduos para o desenvolvimento de ambientes saudáveis³¹. Isto resultou no conceito de “promoção de saúde” definido na carta de Ottawa³²:

Promoção de saúde é o processo que consiste na capacitação de pessoas com o objetivo de aumentar o controle sobre e melhorar a saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou um grupo de indivíduos precisa ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e mudar ou lidar com o ambiente. A saúde é vista como um recurso para a vida cotidiana, não como o objetivo da vida. A saúde é um conceito positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas. Então, promoção de saúde não é apenas responsabilidade do setor da saúde, mas inclui estilos de vida saudáveis e bem-estar³².

Nesse paradigma, as intervenções derivam da participação ativa da comunidade, não sendo impostas pelos profissionais da saúde. Para tanto, são preconizados cinco campos de ação: 1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) reforço da ação comunitária; 3) desenvolvimento de habilidades pessoais; 4) reorientação do sistema de saúde; 5) criação de ambientes favoráveis à saúde³³. Em outras palavras: *A carta de Ottawa propõe trabalhar com a idéia de responsabilização múltipla, nos diferentes níveis de atuação: Estado, comunidade, indivíduos; seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos³⁴.*

Este conceito se opõe à idéia, bastante difundida, de ações baseadas na correção de comportamentos individuais, que, na concepção de prevenção *seriam os principais, senão únicos responsáveis pela saúde³⁴.*

A idéia de promoção compreende a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde (desenvolvimento de habilidades pessoais e reforço da ação comunitária).

Promoção, neste sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para o seu controle. Essa

concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com discernimento²⁹.

Aqui também se inclui a garantia da participação popular no processo de tomada de decisões e na elaboração das intervenções.

A escola promotora de saúde

A aplicação dos princípios da Carta de Ottawa no âmbito escolar resultou no conceito de escola promotora de saúde – EPS^{31, 35}. Neste conceito, o foco muda gradativamente dos programas voltados a certos aspectos da saúde para uma abordagem integral da promoção de saúde³¹. A EPS pode ser definida como uma escola com políticas, procedimentos, atividades e estrutura que resultem na proteção e promoção à saúde e ao bem-estar de todos os membros da comunidade escolar³⁶. O Conceito de EPS é endossado pela OMS e adotado como estratégia em muitos países. Na Austrália e na Europa, é operacionalizado na forma de redes regionais de escolas^{31, 37}.

As EPS abordam os seguintes aspectos: natureza integral da saúde; equidade de gênero; envolvimento de toda a comunidade escolar; processo decisório participativo; sustentabilidade; adaptação cultural; e inclusão de medidas que ampliem habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a possibilidade dos indivíduos terem acesso, compreenderem e usarem informações de forma a promover e manter a saúde^{35, 36, 38}.

Uma EPS deve cobrir três áreas de intervenção na escola e em sua comunidade local: 1) educação em saúde; 2) ambiente escolar, entorno e organização; 3) comunidade escolar, parcerias e serviços^{31, 35, 38}.

Educação em saúde

Segundo Silveira³⁹, a Organização Pan-Americana de Saúde indica que a educação em saúde deve se nortear por:

- Abordar a saúde em termos globais, segundo a ótica de inter-relação entre os seus fatores individuais, ambientais, socioeconômicos e coletivos.
- Esgotar todas as oportunidades educativas – formais e informais – para promover, melhorar, manter e recuperar a saúde.
- Analisar criticamente as diferentes mensagens de saúde que influenciam as crianças e os jovens.

- Comprometer-se com a conscientização de crianças e jovens para atuarem de maneira a favorecer a manutenção e a promoção da saúde integral e coletiva.
- Construir continuamente uma convivência solidária em prol da vida e dos direitos humanos.

Ambiente escolar, entorno e organização

Esta área de intervenção diz respeito às atitudes e normas que permeiam a escola e sua comunidade local, e compõem o seu *ethos*. Inclui a estrutura física, políticas e práticas que contribuem para um ambiente saudável³⁸. Por exemplo: condições de saneamento, disponibilidade e condições de dispositivos de segurança e de prevenção de acidentes, qualidade nutricional da merenda escolar, políticas escolares e as correspondentes atitudes e comportamentos cotidianos do corpo docente frente a diferentes assuntos e situações⁴⁰.

Comunidade escolar, parcerias e serviços

Parte da abordagem integral da EPS envolve o desenvolvimento de parcerias entre a escola, os familiares dos alunos e os dispositivos de atenção à saúde da comunidade, outras instituições de ensino e organizações governamentais e não-governamentais³⁸. Os recursos da escola e da comunidade local podem ser utilizados de forma complementar para promover atitudes saudáveis. Desta forma, as atividades promovidas na escola teriam a participação e o apoio da comunidade local e seriam reforçadas por atividades desenvolvidas na comunidade⁴⁰.

Política educacional, Parâmetros Curriculares Nacionais e temas transversais

Se formos olhar o que diz a legislação da educação brasileira, veremos uma adequação total da política educacional oficial às propostas acima descritas. A concepção da educação como exercício de cidadania permeia os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), formulados a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Federal nº 9.394), aprovada em 20 de dezembro de 1996⁴¹.

Em relação à educação em saúde, os conteúdos selecionados foram organizados em blocos que cumprem a função de indicar as dimensões individual e social da saúde. São eles:

autoconhecimento para o autocuidado e vida coletiva. Entre os conteúdos a serem desenvolvidos dentro do bloco vida coletiva, estão incluídos: agravos ocasionados pelo uso de drogas (fumo, álcool e entorpecentes). Estes temas devem ser trabalhados transversalmente às cadeiras básicas, de forma multidisciplinar, e fazem parte dos chamados “temas transversais”⁴¹.

Quanto ao método didático, os manuais reforçam a necessidade de, no processo de ensino e aprendizagem, explorar o desenvolvimento de métodos capazes de priorizar a construção de estratégias de verificação e comprovação de hipóteses na construção do conhecimento; a construção de argumentação capaz de controlar os resultados desse processo; o desenvolvimento do espírito crítico capaz de favorecer a criatividade; e a compreensão dos limites e alcances lógicos das explicações propostas. Além disso, é necessário ter em conta uma dinâmica de ensino que favoreça o descobrimento das potencialidades do trabalho individual e coletivo. O que implica no estímulo à autonomia do sujeito, no desenvolvimento do sentimento de segurança em relação às suas próprias capacidades, e na capacidade de interação de modo integrado num trabalho de equipe⁴¹.

É ressaltada a importância da coerência entre as atitudes e comportamentos apresentados pela escola e os professores com os conteúdos a serem ministrados. Ou seja, propõe-se que a escola seja um espaço de aprendizado e desenvolvimento contínuo e integrado. Esta integração diz respeito aos diferentes espaços dentro e fora da sala de aula. Desta forma, estimula-se uma maior participação dos pais em atividades curriculares e extracurriculares. Assim como é estimulada a utilização dos recursos da comunidade nas atividades curriculares extraclasse e da promoção de ações conjuntas, trazendo a comunidade para dentro da escola.

*Verifica-se, portanto, que os Parâmetros Curriculares Nacionais assumiram basicamente os referenciais teóricos que foram estabelecidos pelas Organizações Mundial e Pan-Americana de Saúde*³⁹.

A redução de danos

Os valores até agora trabalhados: qualidade de vida, intervenções participativas, importância do contexto social e valorização dos direitos humanos são valores comuns aos preceitos da estratégia de abordagem do uso indevido de drogas, denominada “redução de danos”⁴⁰.

Com o aparecimento da epidemia da aids, em meados da década de 1980, um novo olhar surge para a questão do uso indevido de drogas. A transmissão e disseminação do vírus entre usuários de drogas injetáveis passaram a ser uma ameaça a toda a sociedade, trazendo a necessidade de ações preventivas efetivas, cujos resultados não dependessem exclusivamente da aderência dos pacientes aos tratamentos para a abstinência. Surgem os primeiros centros de distribuição e troca de agulhas e seringas na Holanda e na Inglaterra, entre 1986 e 1987⁴². A criação dos centros de troca de seringa, juntamente com as terapias substitutivas de heroína por prazo indeterminado e a liberdade de prescrição de drogas, tais como opióides e cocaína, readquirida pelos médicos na Inglaterra, constituem o início de uma outra forma de abordagem do problema das drogas intitulada “redução de danos”¹¹.

*Redução de danos é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas*⁴³.

A proposta de redução de danos surgiu incentivando formas de auxílio cujo principal objetivo não era eliminar o uso de substâncias psicoativas, mas melhorar o bem-estar físico e social dos usuários, minimizando os prejuízos causados pelo uso das substâncias. Nessa fase, a impossibilidade (temporária ou não) de um dependente abandonar o uso de drogas estava sendo aceita como fato⁴⁴. Parte-se do princípio que as drogas lícitas e ilícitas fazem parte desse mundo e trabalha-se para minimizar seus efeitos danosos em vez de simplesmente ignorá-los ou condená-los⁴⁵.

A redução de danos pode ser sintetizada em cinco princípios⁴⁴:

- 1) É uma alternativa de saúde pública aos modelos moral, criminal e de doença.
- 2) Reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos.
- 3) Baseada na defesa do dependente.
- 4) Promove acesso a serviços de baixa exigência, ou seja, serviços que acolhem usuários de forma mais tolerante, como uma alternativa para as abordagens tradicionais de alta exigência, aquelas que, tipicamente, exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário;
- 5) Baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.

A partir das primeiras experiências bem-sucedidas, a proposta foi sendo ampliada para os diversos aspectos da questão, incluindo a prevenção primária. Nesta, o foco deixa de ser a droga em si e passa a ser a qualidade de vida. As divulgações de informações ao público concentram-se menos nos perigos e mais na equação do uso racional e responsável de drogas, ou, ainda, enfatizam as vantagens de um estilo de vida sem elas²⁸.

A proposta da redução de danos permeia todos os aspectos do trabalho no campo do uso e abuso de substâncias psicoativas, focando o indivíduo como um todo, a qualidade de vida e a promoção de um estilo de vida mais saudável, trabalhando com objetivos escalonados e intermediários^{44, 45, 46}:

- evitar o envolvimento com o uso de drogas;
- evitar o envolvimento precoce;
- evitar que o uso se torne abuso;
- ajudar a abandonar a dependência; e
- orientar para o uso menos prejudicial possível.

A prevenção primária, dentro da redução de danos, romperia com o pensamento maniqueísta de “caretas bonzinhos” e “drogados malvados”, desestimulando o preconceito e a segregação. Andrade & Friedman⁴³ explicam:

*A cultura dominante vê os usuários de drogas situados no lado errado de uma linha social imaginária que separa não usuários (os bons) dos usuários (os maus). [...] Naturalmente se apanhado usando qualquer droga ilícita, o mesmo bom menino, há pouco protegido e valorizado, pode imediatamente personificar o demônio e ser privado de todo valor social*⁴³.

Redução de danos e promoção de saúde: uma proposta

A proposta da redução de danos na escola promotora de saúde é a aplicação dos preceitos da Carta de Ottawa para a promoção de saúde e da Convenção de Jacarta em promoção de saúde a todos os alunos, independentemente se estes já experimentaram, já fizeram ou fazem algum uso de substâncias psicoativas. É tirar o maniqueísmo de usar ou não usar substâncias psicoativas do centro das discussões, para poder desenvolver ações de promoção de saúde com toda a população escolar, sem qualquer forma de discriminação. Assim, os conceitos e ações de promoção de saúde poderiam ser trabalhados de forma integral e sem o risco de cair

em juízo de valor. Cada aluno, ao longo do seu desenvolvimento, passaria a ser livre e apto para elaborar a sua própria equação de vida saudável.

As ações de promoção de saúde, especialmente nas situações direta ou indiretamente relacionadas ao uso indevido de drogas, seriam pautadas por:

- objetivos amplos e escalonados;
- ruptura com o maniqueísmo;
- ações inclusivas;
- parcerias intersetoriais;
- incentivo ao protagonismo e autonomia dos alunos;
- abordagem do indivíduo em toda a sua complexidade, independente do uso.

Objetivos amplos e escalonados

Admitindo-se que uma vida “perfeitamente saudável” é uma utopia, as ações devem visar à promoção da saúde, à qualidade de vida e ao bem-estar. Com relação ao uso de substâncias psicoativas, deve-se abandonar o “tudo ou nada”, valorizando os resultados parciais, objetivando “uma vida cada vez mais saudável”.

Ruptura com o maniqueísmo

Em relação a qualquer substância psicoativa, podemos falar em uso recreativo, uso ocasional, uso abusivo e dependência. Se, por um lado, parte dos jovens que já tiveram um contato experimental com alguma droga ilícita nunca irá além deste contato inicial, não “migrando” nem mesmo para o uso ocasional ou regular dessas substâncias, outra parte desses jovens pode ser candidata a se tornar usuária regular, usuária-problema ou mesmo dependente⁴⁶. O risco ao considerar todo uso com alarme é perder ou deixar de criar um laço de confiança com o jovem, o que impediria o seu acompanhamento. Isto poderia ser um problema, uma vez que o vínculo positivo com um adulto cuidador é um fator relacionado à proteção para o uso indevido de substâncias⁴⁷.

Ações inclusivas

As ações devem visar ao desenvolvimento e à inclusão social de todos os alunos, bem como toda a comunidade escolar: corpo discente e docente, familiares e funcionários de apoio devem ser incluídos no objetivo de “uma vida cada vez mais saudável”. Aqui está incluído o in-

centivo às atividades artístico-culturais e esportivas, de forma adaptada e coerente com o contexto sociocultural da escola, e integrando toda a comunidade escolar. A exclusão e a má adaptação social são fatores relacionados ao risco do uso indevido de substâncias⁴⁷.

Parcerias intersetoriais

Desenvolvimento de parcerias entre a escola, os familiares dos alunos e os dispositivos de atenção à saúde da comunidade, as instituições de ensino e organizações governamentais e não-governamentais. Os estudos de avaliação apontam resultados superiores para as intervenções conjuntas, realizadas nas escolas e na comunidade^{6, 7}.

Incentivo ao protagonismo e autonomia dos alunos

O incentivo ao protagonismo e à autonomia dos alunos perpassaria todas as atividades desenvolvidas na escola. As atividades de educação em saúde devem ser pautadas pela busca ativa do aprendizado, preferencialmente na forma de projetos multidisciplinares. Tobler⁶ aponta resultados duas a três vezes superiores na redução do uso de substâncias com os programas ditos interativos, ou seja, aqueles que utilizam o aprendizado ativo como técnica didática, em relação aos modelos clássicos de intervenção. Aqui também está incluído o incentivo às atividades de protagonismo dos alunos, por exemplo, o apoio ao grêmio escolar e a inclusão deste, bem como de toda a comunidade escolar, no planejamento e organização de eventos e projetos de promoção de saúde.

Abordagem do indivíduo em toda a sua complexidade, independente do uso

Os alunos devem ser atendidos dentro de suas particularidades biopsicossociais, independentemente se fazem ou não uso de substâncias psicoativas, sejam elas quais forem. Ou seja, todas estas propostas continuam válidas, mesmo se o aluno já experimentou ou faz uso de alguma droga.

A atitude de um educador ou de uma escola que consegue incluir, manter ou renovar o seu vínculo com um aluno que faz algum uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, pode ser o divisor de águas entre a parada na experimentação e a migração para outros usos,

incluindo uma futura dependência. Ou seja, diante de uma situação em que é evidenciado o uso de alguma droga por um aluno (exemplos: um aluno leva bebida alcoólica para um passeio do colégio; um aluno chega embriagado para a aula; um aluno é visto fumando maconha na esquina da escola no intervalo da aula)⁴⁰, o limite pode ser dado de uma forma alternativa à exclusão (temporária ou permanente) do aluno, com uma chamada para a reflexão. Por exemplo, através de textos sobre o assunto a serem trabalhados com toda a classe.

Concomitantemente, outras ações visando à ampliação da compreensão da situação global do aluno em questão e suas necessidades podem ser necessárias: acompanhamento mais atento do cotidiano do aluno, que pode até in-

cluir reunião com os pais e visitas domiciliares, se a situação se agrava ou se perpetua. Em paralelo, este aluno, assim como todos os outros, devem continuar a ser estimulados a participar de atividades que ampliem seu leque de opções e incentivem sua autonomia, em vez de o aluno ser excluído de tais atividades como possível punição. Enfim, o objetivo final das intervenções deve ser a compreensão do que está acontecendo com o aluno e o reforço dos vínculos saudáveis deste⁴⁰.

Desta forma, a estrutura de funcionamento da escola promotora de saúde, dentro dos princípios da redução de danos, já teria uma ação preventiva com relação aos transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Colaboradores

FG Moreira, DX Silveira e SB Andreoli participaram igualmente em todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Silveira DX. Considerações sobre a prevenção ao uso indevido de drogas. *Rev ABP-APAL* 1993; 15(1):17-20.
2. Blankenship MK, Bray SJ, Kim M, Merson MH. Structural interventions in public health. *AIDS* 2000; 14(suppl 1):S11-S21.
3. Bucher R. A abordagem preventiva. In: Bucher R, organizador. *As drogas e a vida*. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1988. p. 55-68.
4. Costa ACLL, Gonçalves EC. A sociedade, a escola e a família diante das drogas. In: Bucher R, organizador. *As drogas e a vida*. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1988. p. 47-54.
5. Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: a systematic review. *Addict Behav* 2002; 27(6):1009-23.
6. Tobler N. Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: results of the 1993 meta-analysis. *NIDA Res Monogr* 1997; 170:5-68.
7. Cuijpers P. Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. *J Drug Educ*, 2002; 32(2):107-19.
8. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lamma P. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Apr 18; (2):CD003020.
9. Gottfredson DC, Wilson DB. Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prev Sci* 2003; 4(1):27-38.
10. Carlini-Marlatt B. Estratégias preventivas nas escolas. In: Seibel SD, Toscano Jr. A, organizadores. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 191-7.
11. Moreira FG. Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo: uma aproximação do universo escolar [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003.
12. Bravo OA. Discurso sobre drogas nas instituições do Distrito Federal [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2000.
13. Carlini-Cotrim B. A escola e as drogas: o Brasil no contexto internacional [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1992.
14. Ennett S, Tobler N, Ringwalt C, Flewelling R. How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *Am J Public Health* 1994; 84(9):1394-1401.
15. Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review

- reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997; 92(5):531-7.
16. White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 1998; 93(10): 1475-87.
 17. Hawthorne G, Garrard J, Dunt D. Does Life Education's drug education programme have a public health benefit? *Addiction* 1995; 90(2):205-15.
 18. Ennett ST, Rosenbaum DP, Flewelling RL, Bieler GS, Ringwalt CL, Bailey SL. Long-term evaluation of drug abuse resistance education. *Addict Behav* 1994; 19(2): 113-25.
 19. Dwyer JH, MacKinnon DP, Pentz MA, Flay BR, Hansen, WB, Wang EY, et al. Estimating intervention effects in longitudinal studies. *Am J Epidemiol* 1989; 130(4):781-96.
 20. Ennett ST, Tobler NS, Ringwalt CL, Flewelling RL. How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project Dare outcome evaluations. *Am J Public Health* 1994; 84(9): 1394-401.
 21. Ellickson PL, Bell RM, McGuigan K. Preventing adolescent drug use: long-term results of a junior high programme. *Am J Public Health*, 1993; 83(6):856-61.
 22. Clayton RR, Cattarello AM, Johnstone BM. The effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (project DARE): 5-year follow-up results. *Prev Med* 1996; 25(3):307-18.
 23. Werch CE, Pappas DM, Carlson JM, DiClemente CC. Short- and long-term effects of a pilot prevention program to reduce alcohol consumption. *Subst Use Misuse* 1998; 33(11): 2303-21.
 24. Graham JW, Johnson CA, Hansen WB, Flay BR, Gee M. Drug use prevention programs, gender and ethnicity: evaluation of three seventh-grade Project SMART cohorts. *Prev Med* 1990; 19(3):305-13.
 25. Moreira FG, Silveira DX, Andreoli SB. Redução de danos ou guerra às drogas? Discutindo posturas de prevenção. In: *Anais do XIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria*; 2001; Recife. p. 164.
 26. Escotado A. O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios. São Paulo: Dynamis; 1997.
 27. Klitzner M, Fisher D, Moskowitz J, Stewart K, Gilbert S. Report to the Robert Johnson Foundation on strategies to prevent the onset and use of addictive and abuseable substances among children and early adolescents. Berkeley: Robert Johnson Foundation; 1991.
 28. Soares CB, Jacobi PR. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa de prevenção escolar. *Cad de Pesqui* 2000; 109:213-37.
 29. Czeresnia DO. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D, Freitas CM, organizadoras. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. p. 39-54.
 30. Lynagh, M, Perkins J, Schofield M. An evidence-based approach to health promoting schools. *J Sch Health*, 2002; 72(7):300-02.
 31. Mukoma W, Flisher AJ. Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promot Int* 2004; 19(3):357-68.
 32. Ottawa Charter for Health Promotion. 1st International Conference on Health Promotion; 1986 Nov 17-21; Ottawa, Ontario, Canada.
 33. Jakarta Declaration on health promotion into the 21st century. *Rev Panam Salud Publica* 1998; 3(1):58-61.
 34. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresnia D, Freitas CM, organizadoras. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. p. 15-38.
 35. Moysés ST, Moysés SJ, Watt RG, Sheiham A. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promot Int* 2003; 18(3):209-18.
 36. Rissel C, Rowling L. Intersectorial collaboration for the development of a national framework for health promoting schools in Australia. *J Sch Health* 2000; 70(6):248-50.
 37. Nader PR. Health promoting schools: why not in the United States? *J Sch Health* 2000; 70(6):247.
 38. O'Dea J, Maloney D. Preventing eating and body image problems in children and adolescents using the health promoting schools framework. *J Sch Health*, 2000; 70(1):18-21.
 39. Silveira GT. *Escola promotora de Saúde: quem sabe faz a hora!* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo; 2000.
 40. Moreira FG. *Prevenção do uso indevido de drogas: avaliação de conhecimentos e atitudes dos coordenadores pedagógicos das escolas públicas de ensino fundamental da cidade de São Paulo* [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2005.
 41. Brasil. Ministério da Educação. *Parâmetros Curriculares Nacionais*. Brasília: MEC; 1997. v. 1-10.
 42. Derricott, J, Preston A, Hunt H. *The safer injecting briefing*. Liverpool: HIT; 1999.
 43. Andrade TM, Friedman SR. *Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber*. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 395-400.
 44. Marlatt GA. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
 45. Moreira FG, Silveira DX, Carlini EA. Posicionamento da Unifesp sobre redução de danos: posicionamento do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad). *J Bras Psiquiatr* 2003; 52:363-70.
 46. Reale D. A clínica da dependência de drogas: a complexidade do campo das drogas e sua relação com a prática clínica. *Pediatria Moderna* 2001; 37(11):633-7.
 47. Noto AR, Moreira FG. *Prevenção ao uso indevido de drogas: conceitos básicos e sua aplicação na realidade brasileira*. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 313-18.

Artigo apresentado em 27/02/2006

Aprovado em 31/03/2006

Versão final apresentada em 17/04/2006