

Girlane Mayara Peres

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS: O DESAFIO DA
ARTICULAÇÃO DE UMA REDE INTERSETORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tania Maris Grigolo.

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC

Peres, Girlane Mayara

O processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas: o desafio da articulação de uma rede intersetorial / Girlane Mayara Peres; orientadora Tania Maris Grigolo - Florianópolis, SC, 2014.

227 p.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. prevenção ao uso de drogas. 3. saúde mental. 4. intersetorialidade. 4. Escola. I. Grigolo, Tania Maris. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Girlane Mayara Peres

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS: O DESAFIO DA
ARTICULAÇÃO DE UMA REDE INTERSETORIAL**

Esta Dissertação foi julgada adequada à obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e aprovada pelo Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, ____ de _____ de 2014.

Prof. Dr. Walter Oliveira

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Tania Maris Grigolo

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Daniela Ribeiro Schneider, Dr^a.

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Leandro Castro Oltramari, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Fatima Büchele, Dr^a.

Universidade Federal de Santa Catarina

Dedicada a Maria Leopoldina
Peres, minha amada avó (*in
memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à vida, pois somente a partir dela que pude compartilhar momentos com pessoas especiais.

Ao meu esposo Jeferson pelo amor, por contribuir com meu amadurecimento teórico, emocional, espiritual. Por estar sempre presente quando preciso.

Aos meus pais, pelo amor e cuidado. Não faltaram ligações para saber se eu estava me alimentando bem. Amo vocês.

A minha sogra, pelas orações e pelos cuidados.

Agradeço imensamente à minha orientadora Tania, pois este trabalho só foi possível pela sua dedicação.

Aos membros de banca professora Daniela Schneider, professor Leandro Oltramari e professora Fátima Büchele pelas contribuições.

Ao professor Rodrigo Moretti, pois foi ele quem me incentivou para a realização do Mestrado e nele me acolheu.

Às minhas lindas amigas Lara Costa e Elisangela Miranda, que me acompanharam durante toda essa caminhada nos momentos alegres e tristes, sempre torcendo por mim.

Aos meus amigos do Mestrado profissional em saúde mental e atenção psicossocial: Christina, Carolina, Michelle, Paula, Suela, Hannah, Janayna, Andrea e Fernando. Vocês são muito especiais para mim, sem vocês eu não conseguiria concluir este Mestrado.

RESUMO

Esta dissertação possui como objetivo geral compreender o processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas a partir do desafio de articulação intersetorial. Buscou mapear os serviços públicos e recursos comunitários intersetoriais que fazem parte do território; avaliar a percepção dos pais sobre o programa de prevenção escolar ao uso abusivo de drogas; identificar a percepção dos profissionais da educação e da Equipe de Saúde da Família sobre as possibilidades e limites de articulação intersetorial em relação ao Programa de prevenção às drogas; avaliar o processo de articulação entre os profissionais da saúde e da escola na realização de atividades com os familiares dos educandos que participaram da oficina de pais e identificar a percepção dos gestores sobre o Programa de prevenção escolar ao uso abusivo de drogas e as articulações necessárias para sua implantação. A pesquisa caracterizou-se como qualitativa do tipo descritiva e exploratória. Para coletar os dados foram realizadas vinte e duas entrevistas semiestruturadas e dois grupos focais com pessoas que participaram do programa de prevenção ao uso de drogas. O programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto foi avaliado como positivo por todos os entrevistados gestores, coordenador, multiplicadores, profissionais da saúde e educação e pais. Compreende-se que ele possibilitou o desenvolvimento de vínculos entre os profissionais da saúde e educação, pais e profissionais, alunos e profissionais, entre os próprios alunos e entre os pais e filhos. Em relação aos profissionais da saúde e educação, o programa contribuiu para o empoderamento, capacitação e fortalecimento da intersetorialidade entre a escola e Unidade Básica de Saúde. A intersetorialidade foi avaliada pelos profissionais de saúde e educação como uma estratégia para potencializar o cuidado à população. No entanto, para sua materialização algumas dificuldades foram encontradas como: demanda de trabalho excessiva, falta de profissionais, falta de receptividade de um setor para o outro, pessoalidade das relações, organização e tempo de cada setor diferentes, falta de colaboração da gestão, e dificuldade em concretizar a comunicação.

Palavras-chave: Prevenção. Drogas. Intersetorialidade. Escola. Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation aimed to understand the deployment process of a Program for the prevention of drug use, from the challenge of intersectoral actions. Sought to map the public services and intersectoral community resources that are part of the territory; assess the parent perception about the program of school prevention drug abuse; identify the perception of education professionals and the Family Health Team on the possibilities and limits of intersectoral articulation in relation to the Program for drug prevention; assess the articulation process between the health professionals and the school in carrying out activities with family members of students who participated in the workshop for parents and identify the perception of the managers on the program for the prevention of drug abuse in the school and the necessary articulations for its implementation. The research was characterized as qualitative of the descriptive and exploratory type. To collect the data twenty-two semi-structured interviews were conducted and two focal groups with people participating in the Program for the prevention of drug use. The Program *Unplugged* / #Tamojuntó was evaluated as positive by all interviewed, managers, coordinator, multipliers, health and education professionals and parents. It is understood that he has allowed the development of links between the health and education professionals, parents and professionals, students and professionals, between the students themselves and between parents and children. In relation to health and education professionals, the program has contributed to the empowerment, training and strengthening of intersectoral collaboration between the school and the Basic Unit of Health. The intersectionality was evaluated by health professionals and education as a strategy to enhance the care to the population. However, for its materialization some difficulties were found, such as: demand excessive working, lack of staff and lack of responsiveness of a sector to the other, personal relations, different organization and time of each organization, lack of cooperation of the management and difficulties in concretizing the communication.

Keywords: Prevention. Drugs. Intersectorality. School. Basic Unit of Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Configuração das formas e mudanças do território	50
Figura 2 - Modelo bioecológico	56
Figura 3 - Avaliação de implantação.....	91
Figura 4 - Intersecção entre saúde e educação	126

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Leis brasileiras sobre drogas	18
Quadro 2 – Pensamento do paradigma moderno x o paradigma contemporâneo	30
Quadro 3 – Comparação de modelos estruturais de governo	34
Quadro 4 – Dispositivos comunitários	48
Quadro 5 – Fatores de proteção e risco ao uso de drogas	58
Quadro 6 – Pais entrevistados	65
Quadro 7 – Profissionais da saúde entrevistados	65
Quadro 8 – Profissionais da educação entrevistados.....	65
Quadro 9 – Gestores entrevistados.....	66
Quadro 10 – Multiplicadores entrevistados	66
Quadro 11 – Subcapítulo, categoria e subcategoria	70
Quadro 12 – Paradigmas intersetorial x multissetorial	132

LISTA DE SIGLAS

APP - Associação de Pais e Professores
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CESUSC - Complexo de Ensino Superior de Santa Catarina
COMCAP - Companhia de Melhoramentos para a Capital
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CNS - Conselho Nacional em Saúde
DETRAN - Departamento Estadual de Trânsito
ECA - Estatuto da Criança e Adolescente
EJA - Educação de Jovens e Adultos
EUA - Estados Unidos da América
EUDAP - *European Drug Addiction Prevention Trial*
FUNCAB - Fundo de Prevenção e de Combate às Drogas de Abuso
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC - Ministério da Educação
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não Governamental
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PAIF - Proteção e Atendimento Integral à Família
PROERD - Programa Educacional de Resistência às Drogas
PSE - Programa de Saúde na Escola
PsiClin - Núcleo de Pesquisas em Psicologia Clínica
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPE - Saúde e prevenção nas Escolas
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUPERA - Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo
UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 PROBLEMÁTICA	15
1.2 DISCURSOS DA LITERATURA CIENTÍFICA	21
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
3.1 A INTERSETORIALIDADE	33
3.2 A REDE DE ATENÇÃO	37
3.3 SERVIÇOS PÚBLICOS COMUNITÁRIOS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS	40
3.3.1 Saúde	40
3.3.2 Assistência social	42
3.3.3 Educação	44
3.3.4 Segurança pública	46
3.3.5 Conselho comunitário/Associação de moradores	47
3.4 TERRITÓRIO	49
3.5 PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS	57
4 MÉTODO	61
4.1 PROGRAMA DE PREVENÇÃO ESCOLAR AO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	61
4.2 TIPO DE PESQUISA	63
4.3 PARTICIPANTES	64
4.4 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	66
4.5 SITUAÇÃO E AMBIENTE	66
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	66
4.7 PROCEDIMENTOS	67
4.7.1 Seleção dos participantes	67
4.7.2 Contato com os participantes	67
4.7.3 Coleta dos registros de dados	69
4.7.4 Organização, tratamento e análise dos dados	69
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	73
5.1 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA	73
5.1.1 Processo de formulação do programa de prevenção às drogas	74
5.1.2 Pactuações para a implantação do programa de prevenção ao uso de drogas	86
5.2 PERCEPÇÕES SOBRE O PROGRAMA DE PREVENÇÃO	

AO USO DE DROGAS	99
5.2.1 Inclusão dos profissionais no programa de prevenção	99
5.2.2 Implantação do programa de prevenção	104
5.2.3 Avaliação do programa de prevenção	111
5.3 PERCEPÇÕES SOBRE A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA O PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS	121
5.3.1 Território enquanto protagonista da intersectorialidade: percepções dos gestores, coordenador regional de avaliação, multiplicadores e articuladores do PSE	123
5.3.2 Intersectorialidade enquanto ampliação do cuidado	127
5.3.3 Facilidades e dificuldades da articulação	128
5.3.4 Instrumentos para promover e favorecer a intersectorialidade	141
5.3.5 Resultados encontrados a partir da articulação intersectorial	144
5.4 OFICINA DE PAIS: PERCEPÇÕES SOBRE A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	146
5.4.1 O processo de planeamento e realização das oficinas	147
5.4.2 A articulação com demais setores para realização da oficina de pais: o que são ações intersectoriais?	155
5.4.3 Dificuldades da relação escola- pais	157
5.4.4 As percepções dos profissionais e gestores sobre a oficina de pais	161
5.4.5 As facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento da oficina de pais	166
5.4.6 Estratégias dos profissionais para o desenvolvimento da oficina de pais	170
5.4.7 Percepções dos pais sobre as atividades do programa de prevenção ao uso de drogas	172
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.	185
REFERÊNCIAS.	190
APÊNDICES.	202
APÊNDICE A – Lista de descritores	203
APÊNDICE B – Estratégias de busca	210
APÊNDICE C – Quadro da revisão de literatura	216
APÊNDICE D – Roteiro para entrevista semiestruturada - profissionais da escola e da saúde	218
APÊNDICE E – Roteiro para entrevista semiestruturada – gestores da educação e saúde	219

APÊNDICE F – Roteiro para entrevista – pais participantes do projeto	220
APÊNDICE G – Roteiro para entrevista semiestruturada – <i>Unplugged</i>.....	221
APÊNDICE H – Termo de consentimento livre e esclarecido – entrevista.....	222
APÊNDICE I – Termo de consentimento para fotografias, vídeos e gravações.....	224
APÊNDICE J – Termo de consentimento livre e esclarecido – grupo focal	226

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação está vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Núcleo de pesquisa em Psicologia Clínica pertencente ao Departamento de Psicologia da referida universidade. Tal núcleo de pesquisa possui atualmente um macroprojeto de pesquisa sobre Prevenção Escolar ao uso abusivo de *crack*, álcool e outras drogas no município de Florianópolis/SC.

Esta dissertação implica na avaliação de um programa de prevenção ao uso de drogas no ambiente escolar de ensino fundamental. Na fase inicial do programa foi realizado um levantamento da realidade escolar e de seu entorno, com a finalidade de direcionar as ações para as necessidades da população escolar. Nesse levantamento foram observados e identificados os seguintes itens: indicadores escolares específicos de cada escola participante, indicadores sociais, econômicos da comunidade do entorno, indicadores de saúde da comunidade do entorno (descrição dos serviços de saúde, equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na comunidade), levantamento de instituições, Organizações Não Governamentais (ONG) e redes comunitárias do entorno para possíveis parcerias e indicadores de fatores de risco e proteção em cada ambiente escolar.

Dessa forma, a presente dissertação, intitulada “Processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas: o desafio da articulação de uma rede intersetorial” vai ao encontro do “Programa de prevenção escolar ao uso abusivo de *crack*, álcool e outras drogas: planejamento, implementação e avaliação”, à medida que busca avaliar essa iniciativa governamental.

Destarte, esta dissertação apresenta-se em seis capítulos da seguinte forma: introdução, contendo o tema da pesquisa, problemática e revisão de literatura. No segundo capítulo são expostos os objetivos da pesquisa, subdivididos em objetivos geral e específicos. No capítulo seguinte o leitor encontra a fundamentação teórica, que se subdivide em cinco subcapítulos, são eles: 1) intersetorialidade, 2) redes de atenção, 3) serviços públicos comunitários de atenção aos usuários de drogas, 4) território, 5) prevenção ao uso de drogas. Este capítulo, transversalmente, versa sobre o marco teórico, qual seja, a teoria da complexidade. No quarto capítulo aborda-se o método da pesquisa com informações acerca do tipo de pesquisa, delineamento, participantes da pesquisa, local para a coleta de dados, instrumento de coleta de dados,

análise dos dados, entre outros. A apresentação e análise dos dados encontram-se no capítulo cinco, que se divide em quatro subcapítulos, são eles: 1) Processo de construção de uma política pública, 2) Percepções sobre o programa de prevenção ao uso de drogas, 3) Intersetorialidade e 4) Oficina de pais. Por último, apresentam-se as considerações finais.

1.1 PROBLEMÁTICA

Este capítulo aborda marcos sobre o fenômeno das drogas que se destacaram ao longo da história. Neles pode-se perceber a influência econômica e da Igreja sobre a construção social desse fenômeno. Apresentam-se também as alterações de valores sociais referentes às drogas, desde os primeiros registros históricos até a contemporaneidade. Para finalizar o capítulo apresentam-se algumas legislações e políticas públicas sobre drogas vigentes no Brasil e, com isso, a pergunta de pesquisa.

No ano 4.000 a.C. tem-se o início da escrita e, assim, os primeiros registros da utilização de plantas como a papoula ou dormideira (*Papaver somniferum L.*). Tal registro foi definido como pertencente aos sumérios. Há registros também do uso da *Cannabis sativa* na China há 8.000 anos a.C. Na Bolívia foram utilizados pelos Incas arbustos e folhas de coca, substância que estava presente em rituais e era utilizada para aliviar o esforço físico e mental nas altas altitudes (AVELINO, 2009). O consumo de drogas foi, durante muito tempo, instrumento para ter contato com entidades divinas, funcionando como ligação entre a realidade conhecida e a vida prometida (ESCOHATADO, 2004).

Platão, Sócrates e Aristóteles descobriram e apresentaram leis e princípios reguladores da natureza, trazendo, dessa forma, explicações científicas sobre as plantas, seus efeitos e curas. Assim, crenças que existiam sobre substâncias sobrenaturais foram descartadas. Tais substâncias eram utilizadas na Grécia para medicamentos e em rituais, não se configurando como um problema de ordem social, visto que estavam inseridas de maneira cultural nessa civilização (AVELINO, 2009). Hipócrates e Galeno definiram que droga era toda substância que teria a capacidade de vencer o corpo humano e que somente a dose poderia distinguir se a substância fazia bem ou mal. Logo, o importante era a medida e administração da dose, da pureza da substância e das razões para sua utilização (ESCOHATADO, 2004).

Os primeiros registros que se tem de formas de extrair o ópio da papoula dormideira são dos romanos. Nessa mesma época, os chineses pesquisavam plantas que “fazem voar” e produziam preparados para efeitos energéticos, sedativos e euforizantes (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Com o Cristianismo, no início da Idade Média, os efeitos das drogas nos rituais, enquanto medicamentos, eram considerados como heresia e práticas de bruxaria. Inúmeras pessoas foram perseguidas por inquisidores (AVELINO, 2009).

Perante tais evidências, o uso de drogas diferentes do álcool castiga-se com tortura e pena capital, tanto se for religioso como se for simplesmente lúdico. Ao mesmo tempo, as drogas não são corpos precisos, mas uma coisa entre aspiração infame e certa pomada. [...]; isto permitia ser queimado vivo por guardar uma pomada para luxações, sempre que a pessoa parecesse suspeita ou tivesse inimigos; igualmente possível era que, noutra domicílio, a presença de pomadas muito psicoativas fosse considerada inocente. Mas elaborar plantas e beberagens parecia às autoridades aproximar-se demasiado da abominação, e punha em perigo o seu relato dos factos; a saber, que o mundo – castigado por Deus – estava cheio de bruxas com poderes sobrenaturais devido à sua aliança com Satanás (ESCOHOTADO, 2004, p. 50).

O mercantilismo expansionista e os descobrimentos conduziram mudanças sociais, culturais e econômicas, pois se abriram as portas para novos costumes e produtos como o chá, tabaco, ópio, espécies botânicas, entre outros. Tal comércio chamou atenção do rei de Portugal, que iniciou a produção das substâncias com fins lucrativos (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

O advento do Renascimento, que se inspirou na Antiguidade Clássica, trouxe da cultura greco-romana valores para a nova realidade urbana e comercial. Com o retorno de valores pagãos às drogas, estas voltaram a ser utilizadas como substâncias terapêuticas, passando a ser aplicada, principalmente, por médicos e boticários europeus. Neste momento da história, há relato de aumento significativo do uso de bebidas alcoólicas. Para não ocorrerem mais perseguições da Igreja

Católica houve, paulatinamente, um rompimento da relação farmacológica e mágica das substâncias (ESCOHATADO, 2004).

Sobre o processo de transformação das drogas em produtos comerciais e sua comercialização em larga escala, houve, entre 1839 a 1842, considerável conflito entre Inglaterra e China conhecido como Guerra do Ópio. O ópio produzido na Índia era vendido aos comerciantes chineses que pagavam em prata pelo produto. Com a prata, a Índia adquiria os produtos da Europa, sobretudo da Inglaterra. Em 1793, o imperador proibiu a importação, comércio e plantação do ópio na China. A notícia do bloqueio do ópio fez com que a Inglaterra enviasse 16 navios com canhões, 28 navios de transporte e 4 mil soldados à China (AVELINO, 2009).

Após a Revolução Industrial, o álcool foi utilizado abundantemente pelo proletariado a fim de silenciar trabalhadores descontentes com as condições de trabalho impostas pelas necessidades de produção da época (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Em 1860, movido por questões científicas foi, pela primeira vez, sintetizada a cocaína. A partir dela, Freud publicou seu primeiro ensaio e, como consequência, o aumento da prescrição da cocaína para tratamento de ansiedade e depressão. “A cocaína acabou por se tornar uma moda, entrando na composição de certas bebidas, usadas num primeiro momento como tônicos”. Um desses tônicos foi publicitado pelo Papa Leão XIII, o que definiu a não perseguição de substâncias pela Igreja Católica. Assim, ao final do século XIX há grande uso populacional de cocaína, ópio, especialmente por pessoas mais abastadas e cultas da sociedade (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p. 235).

A morfina foi utilizada indiscriminadamente em diversas guerras nos feridos, provocando graves dependências nessas pessoas. A heroína se apresentou no mercado como uma substância cinco vezes mais potente do que a morfina (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Durante o século XIX, houve aumento de estudos pelas substâncias químicas como estimulantes e analgésicos, proporcionando algumas soluções para problemas de saúde. Neste momento histórico não há problemas políticos, sociais e jurídicos relativos às drogas, no entanto, inicia-se uma movimentação contrária às drogas, principalmente pela sociedade norte-americana devido às consequências do uso de algumas drogas que provocam alteração de comportamento.

As diferentes drogas associam-se agora a grupos definidos por classe social, religião ou raça; as primeiras vozes de alarme sobre o ópio coincidem

com a corrupção infantil atribuída aos chineses, o anátema da cocaína com ultrajes sexuais dos negros, a condenação da marijuana com a irrupção de mexicanos, e o propósito de abolir o álcool com imoralidades de judeus e irlandeses. Todos estes grupos representam o ‘infíel’ – por pagão, por papista ou por verdugo de Cristo -, e todos se caracterizam por uma ‘inferioridade’, tanto moral como econômica. Outras drogas psicoativas supertóxicas – como os barbitúricos – não chegam a vincular-se a marginais e imigrantes, e carecerão de estigma para o reformador moral (ESCOHOTADO, 2004, p. 50, grifos do autor).

A ideologia proibicionista atravessou fronteiras através das conferências internacionais que se seguiram à Convenção de Xangai em 1909. Essa convenção apresentou um ideal que perdurou todo o século XX, qual seja, a limitação do comércio das drogas somente a fins médicos. Em 1911, patrocinada pelos Estados Unidos da América (EUA), ocorreu na Holanda a Conferência Internacional do Ópio. A partir dela se elaborou um documento com as diretrizes para que os Estados signatários proibissem em seus territórios o uso de opióides e cocaína. Em 1946, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a Comissão de Narcóticos e, em 1961, realizou a Convenção Única sobre Entorpecentes e apresentou um documento internacional de intenções proibicionistas. Nele consta que a toxicomania é um mal para as pessoas e um perigo social e econômico (UNODC, 2013).

No Brasil, no governo militar do presidente Ernesto Geisel, estabeleceu-se a Lei nº 6.368/1976. Essa lei, atualmente revogada, dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física e psíquica (BRASIL, 1976). Nessa época, as políticas de enfrentamento às drogas eram de cunho repressivo e redução da oferta, enviando para a prisão traficantes e usuários de drogas. Tal política permaneceu no Brasil por muito tempo e ainda possui reflexo da referida lei e organização. Algumas principais leis brasileiras são apresentadas no quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Leis brasileiras sobre drogas (continua)

Lei	Ano	Assunto
Decreto-lei	de 7 de dez.	Código penal

(continuação)

Lei	Ano	Assunto
nº 2.848	de 1940	
Lei nº 6.368 – revogada	de 21 de out. de 1976	Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências
Lei nº 7.560	de 19 de dez. de 1986	Cria o Fundo de Prevenção e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB)
Lei nº 8.764	de 20 de dez. de 1993	Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes e altera a redação dos arts. 2º e 5º da Lei nº 7.560/86
Lei nº 9.804	de 30 de jun. de 1999	Altera, em seu art. 2º, a redação dos arts. 2º e 5º da Lei nº 7.560/86
Decreto nº 3696 revogado	de 21 de dez. de 2000	Dispõe sobre o Sistema Nacional antidrogas e dá outras providências
Lei nº 11.343	de 23 de ago. de 2006	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências
Decreto nº 5.912	de 27 de set. de 2006	Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do SISNAD, e dá outras providências
Decreto nº 6117	de 22 de maio de 2007	Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras

(conclusão)

Lei	Ano	Assunto
		providências.
Lei nº 11.705	de 19 de jun. de 2008	Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas

Fonte: Elaboração da autora (2013).

Embora se tenha vários marcos históricos com as políticas sobre drogas no Brasil, salienta-se o lançamento da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, no ano de 2003, do Ministério da Saúde (MS). Tal política não combate o uso de drogas ou propõe “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão ou separação do usuário com o seu convívio social, além de ser contra a qualquer estratégia que reforce para a população que todo usuário ou traficante é marginal e perigoso para a sociedade. Para o MS, a dependência de drogas é um transtorno heterogêneo, multifatorial, pois afeta as pessoas de diferentes maneiras, por razões diferentes, em diferentes contextos e circunstâncias. Logo, as questões das drogas não podem ser percebidas de forma linear e unicausal (BRASIL, 2003).

A proposta da Política para Atenção Integral aos usuários de drogas chama-se transversalização, ou seja, possibilitar as contribuições clínicas específicas de cada serviço e profissional para cada pessoa, cada vivência e história de vida.

Parece que aí reside o grande desafio: instaurar em todos os campos da saúde pública uma atitude que, ao mesmo tempo, garanta as especificidades acumuladas ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para além disso, consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção (BRASIL, 2003, p. 9).

São diretrizes dessa política a intersetorialidade e atenção integral que se dividem em prevenção, promoção e proteção da saúde de consumidores de álcool e outras drogas, modelos de atenção e redes assistenciais, controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica. Nesta dissertação serão estudadas a intersetorialidade e a prevenção ao uso de drogas a partir de um

programa de prevenção ao uso de drogas. Dessa forma, pergunta-se: como ocorre o processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas a partir da articulação intersetorial?

1.2 DISCURSOS DA LITERATURA CIENTÍFICA

Para obter estudos que subsidiassem esta pesquisa foi feita uma revisão de literatura, que consiste em busca, armazenamento e processamento dos dados mediante levantamento das publicações existentes sobre o tema. Para realizar a revisão de literatura, perguntou-se: como ocorre o processo de articulação de uma rede intersetorial comunitária em relação à implantação de programa de prevenção ao uso abusivo de drogas em escolas. Para responder à pergunta de revisão foram utilizadas duas bases de dados, são elas: *SciELO e Lilacs*.

As palavras-chave utilizadas foram: rede intersetorial, intersetorialidade, comunidade, território, drogas, maconha; e os descritores (Apêndice A) foram: serviços de saúde comunitária, serviços comunitários de saúde mental, serviços de emergência psiquiátrica, serviços de saúde, pesquisa sobre serviços de saúde, serviços de saúde mental, serviços de assistência social, integração comunitária, área de atuação profissional, drogas ilícitas, usuários de drogas, *cannabis*, cocaína, *crack*, alcoolismo, analgésicos opioides, alucinógenos, solventes. As estratégias de busca estão disponíveis no Apêndice B.

Os critérios de inclusão foram estudos que discutissem sobre práticas/ações dos serviços em relação às drogas; articulação entre os dispositivos assistenciais; artigos, teses ou dissertações.

Os critérios de exclusão foram artigos que não desenvolveram seus estudos sobre a articulação entre os serviços; não dissertassem sobre drogas; estudos com mais de 10 anos de publicação e estudos que não contemplassem o escopo da pesquisa.

O processo de coleta dos dados deu-se da seguinte forma: a partir do conjunto de palavras-chaves e descritores foram encontrados 2.335 artigos. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos de todos os artigos, totalizando 122 artigos. Após, foram lidos os resumos desses artigos e selecionados 32 artigos. Destes, foram descartados 24 artigos, pois sua data de publicação era anterior a 10 anos. Assim, totalizaram-se oito artigos (Apêndice C) que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão. Desse modo, dos 2.335 artigos encontrados, somente 8 foram utilizados devido à existência de palavras-chaves e descritores que não se propunham a pesquisar o processo de articulação de uma rede intersetorial comunitária em relação à implantação de programa de

prevenção ao uso abusivo de drogas em escolas e também pela maneira pela qual a pesquisadora realizou a revisão, excluindo os artigos com mais de dez anos de publicação somente ao final da pesquisa e não ao longo da mesma.

Os artigos, teses e dissertações foram lidos e destacaram-se trechos que contemplam a presente pesquisa. A partir dos trechos selecionados e da pergunta de pesquisa realizou-se a categorização, ficando estabelecidas quatro categorias, quais sejam: participação comunitária na política de saúde mental, álcool e outras drogas; dificuldades da prática assistencial em rede no fenômeno das drogas; desafios da prática assistencial em rede no fenômeno das drogas e intersetorialidade e o fenômeno das drogas.

Participação comunitária na política de saúde mental, álcool e outras drogas

O estudo de Costa et al. (2013, p. 326) traz a importância da relação do sistema de saúde, setores estratégicos e de diferentes grupos sociais na identificação, formulação e implementação de ações assistenciais. Portanto, ele propõe que a própria comunidade decida sobre sua saúde.

A participação comunitária pode constituir eixos para a produção de saúde e a prevenção do uso de álcool e outras drogas, pois as características ecológicas, culturais e socioeconômicas da comunidade na qual se pretende intervir passam a ser melhor visualizadas, configurando formas mais efetivas (COSTA et al., 2013, p. 326).

Dificuldades da prática assistencial em rede no fenômeno das drogas

As pesquisas de Costa et al. (2013), Gonçalves (2009), Albuquerque (2008), Dimenstein (2009) e Schneider (2010) afirmam que existem inúmeras dificuldades assistenciais na atenção às pessoas que fazem uso de drogas. Costa et al. (2013) explica que algumas dessas dificuldades são falta de recursos humanos, financeiros e de infraestrutura, e uma das consequências é a impossibilidade de integralidade e intersetorialidade, além de limitar as ações assistenciais.

Complementando a pesquisa de Costa et al. (2013), Albuquerque (2008) identificou algumas dificuldades no contexto macro e micro, como: falta de compreensão pelos profissionais do que seja integralidade, quais são e o que significam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), falta de conhecimento técnico para atender a pessoa com dependência das drogas, por vezes a equipe não considera a pessoa como sujeito de direitos, contribuindo para a dependência e marginalidade.

A articulação entre os serviços de saúde, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Unidade Básica de Saúde (UBS), também se apresentou precária e não há clareza dos profissionais de saúde sobre o Apoio Matricial, contribuindo para a resistência da equipe para utilizar essa ferramenta. Outra dificuldade é uma forte demanda de saúde mental não acolhida na UBS, visto que os profissionais não se sentem preparados para tal ação (DIMENSTEIN, 2009).

Sabemos que a grande maioria das pessoas que vivem muitos anos confinados em hospitais psiquiátricos tem comprometimentos importantes em termos de suas habilidades e de seu trânsito fora do ambiente hospitalar. Eles precisam enfrentar a absoluta falta de uma rede de equipamentos sociais – estatais, comunitários e familiares – que sirva de base de apoio e local de acolhimento, diversão e encontro para que não fiquem confinados dentro de instituições ou mesmo na família e circulem nas cidades. [...] Em outras palavras, há problemas que ultrapassam o campo da saúde mental e do próprio SUS e dizem respeito à falência das políticas públicas de bem-estar social através das quais se disponibilizariam aos cidadãos acesso a bens e serviços considerados direitos de todos (DIMENSTEIN, 2009, p. 6).

Dimenstein (2009, p. 4) também afirma que as “infundáveis filas de espera, a não concessão de alta de algumas pessoas dos hospitais, longa permanência das pessoas no CAPS é conseqüência de uma falta de rede de suporte”. Assim, o usuário de saúde mental acaba somente utilizando dispositivos específicos de saúde mental, superlotando-os, pois não há alternativa responsável por moradia, trabalho, educação.

As propostas de ampliação da rede têm se concentrado somente no aumento do número de CAPS, e eles têm sido implantados sem a devida problematização, contribuindo para a manutenção da lógica ambulatorial, para as filas de espera, falta de profissionais qualificados e sem articulação com o território.

Outra dificuldade é apresentada por Gonçalves (2009) que, em seu artigo, informa sobre o despreparo conceitual e prático dos trabalhadores de diversos setores como da saúde, educação, justiça, segurança, comunidade e família. Corroborando Gonçalves (2009), Schneider (2010) apresenta concepções e crenças dos profissionais de saúde sobre o fenômeno das drogas. Em seu estudo, a autora informa que dezenove, entre os vinte serviços pesquisados, consideram a dependência química como um fenômeno biopsicossocial. Quanto à dimensão “psico”, destacou-se, entre os pesquisados, a culpabilização do usuário relativa ao seu problema de dependência; tal perspectiva baseou-se em uma concepção determinista, moralista e psicopatologizante do fenômeno. Em relação ao fenômeno “social”, a maioria dos participantes citou o contexto social como uma variável fundamental na dependência, no entanto, geralmente relacionando às questões da personalidade. Por último, a percepção do fenômeno “biológico” pelos profissionais vai ao encontro das duas anteriores, pois afirmaram que há determinantes genéticos, orgânicos e neuroquímicos. Dessa forma, a autora concluiu que a visão biopsicossocial dos participantes da pesquisa está relacionada à culpabilização e vitimização do usuário de drogas.

Desafios da prática assistencial em rede no fenômeno das drogas

Costa et al. (2013), Schneider (2010), Gonçalves (2009), Albuquerque (2008), Dimenstein (2009) e Alves (2009) afirmam que há diversos desafios para a implementação da prática assistencial em rede. Dentre eles, a lógica que orienta as ações em saúde é fruto de um processo sócio-histórico com inúmeras reformulações, sendo recente a introdução do conceito de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos tanto para os profissionais quanto para a população (COSTA et al., 2013).

O tema da dependência de drogas é, portanto, atravessado por polêmicas e desafios teóricos e epistemológicos ocasionados pelas inúmeras contradições que por ele perpassam, bem como

pela complexidade de inter-relações nele envolvidas (sociais, psicológicas, políticas, orgânicas, etc.), dificultando a delimitação do fenômeno, se comparar com a área da saúde que utiliza parâmetros mais propriamente orgânicos (SCHNEIDER, 2010, p. 688).

Assim, para Albuquerque (2008) ainda há necessidade de estudos e pesquisas na área de álcool e outras drogas, pois mesmo com o crescimento da Política Nacional de Saúde Mental e da implantação de serviços, tais ações ainda são insuficientes. É necessário também fomentar redes de valorização do trabalho e do trabalhador (DIMENSTEIN, 2009). Possibilitar inclusive o aumento do conhecimento sobre as drogas pelos profissionais e sociedade em geral (GOLÇALVES, 2009). Dessa forma, existe ainda necessidade de repensar e avançar na história das políticas públicas brasileiras de drogas, centrando na atenção comunitária e na construção de redes intersetoriais (ALVES, 2009).

Intersetorialidade e o fenômeno das drogas

Costa et al. (2013), Sampaio, Hermeto e Carneiro (2009), Albuquerque (2008) e Dimenstein (2009) trazem em suas pesquisas a necessidade da intersetorialidade frente às questões das drogas. Costa et al. (2013, p. 329) destaca que a questão do uso das drogas é multidimensional, não podendo ser resolvida somente por um setor isolado. Para esse autor, as “articulações intersetoriais e a atuação multiprofissional são imprescindíveis para incidir sobre os determinantes sociais do processo de uso de álcool e outras drogas e promover saúde”. Corroborando Costa et al. (2013), Sampaio, Hermeto e Carneiro (2009) afirmam a necessidade de profissionais de campos distintos, como da saúde, educação, justiça, polícia e serviço social, organizarem-se para responder ao fenômeno das drogas.

O trabalho intersetorial possui, dentre seus objetivos, a reinserção social, melhoria da qualidade de vida dos usuários, diminuição das filas de espera, resolutividade, compartilhamento de responsabilidades. Assim, qualquer experiência inovadora e criativa deve considerar a intersetorialidade e a interdisciplinaridade. Para Albuquerque (2008), não é somente a articulação das políticas públicas básicas como educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho, entre outras, mas sim a articulação “entre sujeitos de setores diversos e,

portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos”. Dessa forma, a intersectorialidade é uma nova forma de trabalhar e de fazer política para produzir efeitos mais significativos nas diversas dimensões da população (ALBUQUERQUE, 2008, p. 179).

Para finalizar, constata-se, com esta revisão de literatura, a necessidade de pesquisas e produções científicas sobre a rede intersectorial relativa às questões das drogas a fim de contribuir com a prática profissional, com a efetivação das políticas públicas e do modelo de atenção em saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas a partir do desafio da articulação intersetorial.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Mapear os serviços públicos e recursos comunitários intersetoriais que fazem parte do território;
- b) Avaliar a percepção dos pais sobre o programa de prevenção escolar ao uso abusivo de drogas;
- c) Identificar a percepção dos profissionais da educação e da Equipe de Saúde da Família sobre as possibilidades e limites de articulação intersetorial em relação ao programa de prevenção às drogas;
- d) Avaliar o processo de articulação entre os profissionais da saúde e da escola na realização de atividades com os familiares dos educandos que participaram do programa de prevenção às drogas;
- e) Identificar a percepção dos gestores sobre o programa de prevenção escolar ao uso abusivo de drogas e as articulações necessárias para sua implantação.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo paradigma tem sido utilizado para referir-se à forma de ver, ser, pensar e agir no mundo, ou seja, as regras que as pessoas têm para ver o mundo. A palavra paradigma veio do grego *parádeigma*, que significa modelo, padrão. Ele é um conjunto de regras e regulamentos que funcionam como filtros, onde se seleciona o que se percebe ou, mesmo, possibilita recusar ou distorcer dados que não combinam com as expectativas por ele criadas. Então, como se têm regras e estas influenciam nas percepções, acredita-se que há um jeito certo de fazer as coisas, sendo este o certo e a única forma de fazer (VASCONCELLOS, 2010).

A criação dos paradigmas inicia-se quando algo é realizado uma primeira vez, ocorre uma repetição e outra até virar um padrão. De um padrão emergem expectativas de que devem ser dessa forma realizadas. E das expectativas surgem valores: é assim que as coisas são e sempre devem ser. Esse processo de padrão, expectativa e valores acaba tornando-se comum e não se destaca mais, por isso virando uma verdade. É o círculo de construção de sentidos.

Watzlawick, Beavin e Jackson (1973) apresentam como se formam as premissas e teorias: primeiramente ocorre o contato direto com o mundo e com as coisas; a partir das experiências e vivências em lidar com esse mundo, elas adquirem significado para as pessoas. Com base nos significados e experiências, inferem-se e abstraem-se algumas regras ou princípios a seguir no mundo, que serão as premissas. Estas premissas constituem-se as verdades, as quais compõem os paradigmas.

Salienta-se que o processo possui certas proposições: o material que gerou o conhecimento são fatos reais, mas a forma que foi compreendida e descrita pode variar conforme o olhar e os valores de cada um; o significado do mesmo fato pode ir alterando ao longo da história. Assim, o conhecimento é provisório, incompleto, seletivo, “limitado e definido pelas perguntas feitas à evidência”, mas nem por isso considerado inverídico (THOMPSON, 1981, p. 49).

Para Vasconcelos (2010), a ciência moderna apresenta três dimensões, são elas: simplista (relações causais lineares), estabilidade (determinação, previsibilidade, reversibilidade e controlabilidade) e objetividade (subjetividade entre parênteses). A primeira dimensão sugere que é necessário separar o todo em partes para poder compreendê-lo, a segunda ratifica que é possível controlar os fenômenos e, por último, que é possível conhecer o mundo tal como ele é, e para

tanto, é necessário colocar a subjetividade do pesquisador entre parênteses.

A ciência moderna nasceu no século XVI com a crise do feudalismo e a partir de profundas mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais iniciadas pela Renascença. Esse novo paradigma possui como uma das premissas que somente com a razão pode-se conhecer e operar os fenômenos naturais. É a partir dela que o homem pode impor o seu domínio, para tal, rompeu com o caráter divino e se dissociou do humano (YASUI, 2006). “A razão torna-se, assim, condição fundamental de apropriação do objeto pelo sujeito, de sua sujeição. Trata-se de uma razão instrumentalizada pela observação repetida, repertoriada, tecnificada” (LUZ, 2004, p. 52).

Neste paradigma, o laboratório é o *locus* do pesquisador, nele é possível controlar todas as variáveis, inclusive a subjetividade e olhar o observador. Nele se isola, cria, controla, observa e deduzem-se conclusões sobre o objeto pesquisado; portanto, é garantido pelos cálculos matemáticos e medições. Este é o pensamento moderno e seu rigor de cientificidade. Logo, qualquer aspecto qualitativo não é considerado como ciência, uma vez que conhecer significa quantificar (YASUI, 2006).

O pesquisador moderno pretende conhecer o mundo tal qual ele é, por conseguinte há uma verdade e necessidade de descobri-la. Assim, a tarefa do pesquisador é de retirar aquilo que cobre a verdade para vê-la. Esta é uma possível maneira de ver os fenômenos e não, necessariamente, precisa-se colocar um valor de certo ou errado. Já que a ciência caminha por rupturas ou revoluções, ou seja, não existe uma linearidade e continuidade da produção científica que leva ao progresso. Dessa forma, pode estar se criando um paradigma social de que o que era moderno não tem valor ou não dava conta dos fenômenos, e passa-se a olhar a linha do tempo de forma ascendente (↗).

A ciência moderna teve diversos avanços, como o conhecimento da bactéria, produção de medicamentos, conhecimentos específicos de cada parte do corpo humano, entre outros. No entanto, na contemporaneidade está ocorrendo uma mudança de paradigma, para além do dualismo cartesiano. A ciência moderna fracassou na sua promessa de progresso e felicidade e atravessa atualmente uma crise (YASUI, 2006). Parece que a crise social está forçando a mudança de paradigma da ciência. Desse modo, ela repensa suas limitações intrínsecas aos conceitos e métodos que até então não utilizava. A ciência, por estar mudando de paradigmas, não deixa de ser científica (VASCONCELLOS, 2010).

[...] estamos passando por um ponto de mudança conceitual, mudando de paradigmas muito fortes, saindo da ciência oficial, de cerca de 300 anos no Ocidente. Estamos saindo do paradigma de Newton e entrando no de Einstein que é quântico. Estamos saindo do paradigma newtoniano, que observa os fenômenos como meramente mecânicos e entrando numa concepção energética do *quantum*, ou *quanta*, lidando mais com o funcionamento das energias do universo. Agora já se pode verificar com métodos científicos o que os místicos e as grandes tradições já usavam como princípio (VASCONCELLOS, 2010, p. 20).

Para Vasconcellos (2010), a mudança paradigmática é difícil e lenta, visto que mudar as premissas implica em colapso e caos em toda uma estrutura de ideias. Assim, a mudança paradigmática só pode ocorrer mediante experiências e vivências que coloquem em xeque o paradigma dominante. Abaixo, no quadro 2, seguem algumas mudanças de pensamento do paradigma moderno para o paradigma contemporâneo:

Quadro 2 – Pensamento do paradigma moderno x o paradigma contemporâneo (continua)

Paradigma Moderno	Paradigma Contemporâneo
Representação da realidade	Contradição, indeterminação
Verificação empírica	Sistemas amplos
Mecanicismo	Física de processos
Reversibilidade	Lei de entropia
Racionalidade	Acaso
Especialidade	Ampliação do foco, sistemas amplos
Sistema observado	Teoria científica do observador
Redução	Complexidade
Análise	Ampliação do foco, reflexibilidade
Certeza	Coconstrução da realidade
Previsibilidade	Perturbação
Relações funcionais	Conexões ecossistêmicas
Experimentação	Flutuação, incontroleabilidade

(conclusão)

Paradigma Moderno	Paradigma Contemporâneo
Quantificação	Salto qualitativo do sistema
Estabilidade do mundo	Instabilidade do mundo, sistemas que funcionam longe de equilíbrio.
Relações causais lineares	Complexidade, causalidade circular recursiva
Leis gerais	Caos, crise, desordem
Verdade	Múltiplas verdades, construção da realidade
Classificação	Narrativas
Objetividade	Objeto em contexto
Explicação	Princípio dialógico
Subjetividade parênteses entre	Consideração pela subjetividade e objetividade
Neutralidade	Sistema observante
Simplificação	Padrões interconectados

Fonte: Vasconcellos (2010, p. 72-73, com adaptações).

Começa-se então a falar de um mundo excessivamente complexo e acusa-se a ciência de não dar conta de responder às novas necessidades nele instaladas. Passa-se então a falar da urgência de adotarem ‘novos paradigmas’, sob pena de não acompanharem o fluxo no terceiro milênio. E assim, surgem inúmeras novas propostas para as diversas áreas de atuação humana, todas elas batizadas como ‘novos paradigmas’: novos paradigmas em administração, novos paradigmas empresariais, novos paradigmas em educação, paradigmas da qualidade em educação, paradigma familiar-escolar, novo paradigma do desenvolvimento sustentável, novo paradigma para o judiciário, novos paradigmas de nutrição e certamente mais, e mais, e mais novos paradigmas (VASCONCELLOS, 2010, p. 19, grifos do autor).

O paradigma emergente é complexo, não é possível resumi-lo a uma palavra, nem a uma lei ou a uma ideia. “A complexidade é uma

palavra-problema e não uma palavra-solução” (MORIN, 2007, p. 7). Ela não elimina a simplicidade, e integra a ordem, clareza e precisão do conhecimento, mas recusa o pensamento linear, redutor, unidirecional e de reflexo da realidade. A proposta do pensamento complexo é dar conta da interdisciplinaridade, aspirando, nesse sentido, o conhecimento multidimensional. Contudo, um dos axiomas da complexidade é a impossibilidade, dessa forma, a complexidade produz incompletude e incerteza. Outra característica da complexidade é o antagonismo das verdades, elas são, além de antagônicas, complementares (MORIN, 2007, p. 7). Para exemplificar: o pensamento de que para conhecer algo é necessário reduzi-lo ao máximo em contraposição ao pensamento de que para conhecer algo é necessário conhecer todas as suas dimensões e complexidades. Ambas são antagônicas, mas complementares.

A complexidade, “à primeira vista, é um fenômeno quantitativo, a extrema quantidade de interações e de interferências entre um número muito grande de unidades” (MORIN, 2007, p. 35). Assim, ela causa preposições incertas, indeterminadas e relacionadas ao caso. “Mas, a complexidade não se reduz à incerteza, *é a incerteza no seio de sistemas ricamente organizados*” (MORIN, 2007, p. 35, grifos do autor).

A teoria da complexidade apresenta sete princípios interdependentes e complementares (MORIN, 2002):

- a) princípio sistêmico ou organizacional: o todo é mais do que a soma das partes. É impossível conhecer o todo sem conhecer as partes e é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo;
- b) princípio holográfico: o todo está nas partes, assim como as partes estão no todo;
- c) princípio do circuito retroativo: a causa age nos efeitos e os efeitos agem na causa, rompendo com o pensamento linear;
- d) princípio do circuito recursivo: os produtos e os efeitos são produtores e causadores do que produzem;
- e) princípio da autonomia e dependência: os seres humanos são auto-organizadores e sua autonomia depende de energia, organização e informação;
- f) princípio dialógico: duas verdades mesmo antagônicas são complementares e não são contraditórias;
- g) princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento: todo conhecimento é uma desconstrução, construção e reconstrução.

Nesse norte, pensar sobre o fenômeno do uso das drogas será sempre feito de forma incompleta, haja vista a impossibilidade de

abarcam todas as dimensões. E, se cada pessoa ou serviço pensar e possuir ações antagônicas, elas podem ser complementares e não contraditórias. Assim, cada serviço tem sua forma de atuar sobre o fenômeno das drogas e isso não significa estar certo ou errado, e sim uma forma de se fazer. O antagonismo também está presente no desejo de algumas pessoas usuárias de drogas que ao mesmo tempo querem e não querem utilizar drogas, fazer tratamento, almejar mudanças, etc.

É esperado que os serviços que atendem as pessoas usuárias de drogas tenham seus próprios paradigmas, mas à medida que se fala e se pensa sobre eles é possível que ocorram mudanças; logo, todo conhecimento é uma desconstrução, construção e reconstrução. O conhecimento é dinâmico. Portanto, o que é feito, dito ou pensado produz efeito no outro, que produz efeito neste primeiro, não existindo uma linearidade.

Conforme a Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), existe necessidade de relação intersetorial para o atendimento às pessoas usuárias de drogas. A necessidade da intersetorialidade se deve às complexidades e possibilidade de atendimento integral às pessoas. Assim, o “todo” de uma pessoa apresenta-se nas partes dela, ou seja, as diversas dimensões da pessoa podem ser observadas em uma dimensão, mas o todo não pode ser reduzido a essa dimensão.

3.1 INTERSETORIALIDADE

O modelo atual das estruturas organizacionais governamentais apresenta-se, em grande maioria, em formato piramidal, composto por hierarquias, setores, áreas e níveis de atenção. Esse modelo piramidal foi desenvolvido historicamente por grupos hegemônicos da sociedade, que permaneciam no cume da pirâmide. A ele acrescenta-se um conjunto de práticas centralizadoras, de planejamento normativo, ocultação de informação, burocracias excessivas, caráter assistencialista e fragmentado, o que provoca o distanciamento das pessoas e dificulta o controle social (INOJOSA, 1998). O modelo organizacional governamental hegemônico pode ser entendido como “uma rede de partes interdependentes, arranjadas dentro de uma sequência específica e apoiada por pontos de resistência ou rigidez precisamente definidos” (MORGAN, 1996, p. 29).

Assim, parece que a estruturação do governo está inadequada para o atendimento das demandas que a sociedade apresenta. Precisam ocorrer mudanças de organização para que o governo seja mais eficiente

na realização de políticas assistenciais, assumindo papel de regulador das relações sociais, realizando uma intervenção fundada na solidariedade e no desenvolvimento social.

A análise dos problemas da nossa época nos leva cada vez mais a perceber que eles não podem ser entendidos isoladamente. São problemas que precisam ser compreendidos sistemicamente, pois são interligados e interdependentes. Isso remete para a necessidade de reconhecermos que vivemos em um mundo de mudança, cuja percepção demanda uma nova maneira de pensar, que contemple a complexidade e o caráter interdependente dos problemas que nos afetam e as gerações futuras (CAPRA, 1997, p. 23).

A partir disso, é preciso que ocorram mudanças paradigmáticas de ações governamentais que visem à inclusão da população excluída; uma dessas mudanças inicia-se pela intersetorialidade, enquanto modelo organizacional (INOJOSA, 1998). Intersetorialidade, no entender de Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p. 26), é uma “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social”. Essa nova lógica busca superar a fragmentação das políticas e considerar as pessoas/usuários/cidadãos de maneira ampliada, ou seja, abarcando suas inúmeras dimensões, tanto nas necessidades individuais como nas coletivas. Tal modelo, juntamente com a descentralização, propicia a aproximação entre governo, trabalhadores e comunidade. O quadro 3 mostra a comparação de modelos estruturais de governo:

Quadro 3 - Comparação de modelos estruturais de governo (continua)

Parâmetro	Modelo Tradicional	Modelo Novo
Departamentalização	Secretarias por áreas de conhecimento ou intervenção: saúde, educação, obras, transporte, etc.	Secretarias por área geográfica: regiões ou distritos
Missão de cada secretaria	Realizar ações e serviços da competência da	Realizar ações e serviços da competência da

(conclusão)

Parâmetro	Modelo Tradicional	Modelo Novo
	prefeitura, específicos de sua área ou setor, no âmbito do município, visando a contribuir para melhorar as condições de vida da população	prefeitura, visando a promover o desenvolvimento e a inclusão sociais da população da sua área geográfica
Organização do trabalho	Equipes especializadas para planejar, realizar e avaliar ações e serviços específicos, com objetivos, metas e indicadores setoriais	Equipes intersetoriais para identificar necessidades e demandas da população, planejar, orientar e avaliar ações integradas, com a definição de objetivos, metas e indicadores de qualidade de vida. Equipes especializadas para realizar serviços

Fonte: Inojosa (1998, p. 45).

A intersetorialidade tem importância fundamental enquanto possibilidade de se dialogar sobre as dificuldades identificadas no território de ação. Em geral, as demandas que a população traz são intersetoriais, como, por exemplo, crianças trabalhando no tráfico de drogas é um fato que envolve a saúde, educação, assistência social, segurança pública, entre outros. Com a articulação intersetorial podem-se discutir casos, vê-los de forma mais complexa e não linearmente, além de identificar uma possível solução de forma mais rápida, pois todos são corresponsáveis e interdependentes, finalizando-se com a lógica do encaminhamento. Assim, a intersetorialidade propicia a reestruturação e reunião de vários saberes e setores, propiciando um olhar menos falho. Tal reorganização implica, além da mudança de atenção, na reorientação da formação dos profissionais que contemple uma abordagem sistêmica, que se preocupe com a interação entre as partes envolvidas (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

A partir disso, o conceito de equipe toma um novo significado, não sendo mais vários profissionais que dividem um mesmo espaço, ainda que trabalhando em um mesmo caso, mas sim um grupo de pessoas que se responsabilizam e são parceiros em busca da resolutividade das demandas dos serviços. No entanto, percebe-se que tais pactuações ainda ocorrem em nível individual e não institucional (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

De modo geral, existe uma insatisfação presente no cotidiano dos profissionais de saúde em relação à atenção prestada aos usuários, pois há percepção de que não se dá conta de tudo, e que, muitas vezes, não se conclui a atenção satisfatoriamente, ou seja, a resposta que se dá aos problemas nem sempre é a melhor, nem sempre é integral. Nesse sentido, a construção de um projeto mais amplo, mais efetivo e que possa agregar setores distintos e saberes específicos, é sem dúvida mais coerente do que o trabalho parcelar ou isolado (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004, s/p).

Observa-se que a intersetorialidade traz consigo a ideia de integração, território e direitos sociais. Integração, uma vez que aproxima as pessoas, saberes, profissões e serviços, deixando o exercício hierárquico para tornar-se uma rede; território, já que ela pensa no território sobre ele mesmo; direitos sociais, visto que se aproxima dos usuários, sendo este identificado como setor que faz parte da articulação, através dos conselhos locais de saúde ou associação de moradores. Portanto, intersetorialidade constitui uma concepção ampliada de planejamento, execução e controle da prestação de serviços, com objetivo de garantir acesso igual, pressupondo alterar formas de articulação nos diversos pontos de organização governamental (JUNQUEIRA, 2000). Um dos objetivos da intersetorialidade é a formação da rede, conceito que vai além do trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Nas redes os objetivos são definidos coletivamente e cada setor/instituição compromete-se a superar de forma integrada os problemas sociais. Para tanto, é importante que se respeite a autonomia e o saber de cada serviço (JUNQUEIRA, 2000).

3.2 A REDE DE ATENÇÃO

A rede é um entrelaçamento de ações e processos que possuem sentido e ordem entre serviços e organizações. Ela é realizada a partir de uma organicidade e governança para que possa alcançar o seu fim, nela todos são e devem reconhecer sua dependência e interdependência. Portanto, devem construir juntos as regras, as formas, o sistema e a própria rede, sendo uma característica da rede o compartilhamento do poder decisório, não havendo espaço para poderes centralizados, hierarquia e imposições. Na rede é preciso haver colaboração, todos trabalham ao mesmo tempo para o mesmo fim (SANTOS, 2011).

Para organizar a rede é importante a definição das regras que darão suporte às inter-relações: “quem são os participantes, quais os recursos envolvidos, as responsabilidades, os objetivos comuns e específicos, coordenação compartilhada e demais elementos constitutivos de uma rede de serviços”. Interligar os serviços pode propiciar a melhora de sua eficiência, diminuir custos, expandir o acesso, interligar as políticas intersetoriais, portanto possibilita ganhos na qualidade, eficiência e economicidade. Esses novos arranjos organizacionais contemporâneos sugerem que há um esgotamento das formas tradicionais das instituições exercerem suas práticas, tanto burocráticas como centralizadoras (SANTOS, 2011, p. 32).

Algumas vantagens das redes são: descentralização integrada, processos administrativos horizontais, cooperação, planejamento integrado, conhecimento das múltiplas realidades, otimização de recursos, respeito às diversidades culturais, solidariedade, entre outras.

O Brasil tem avançado na construção de redes assistenciais, entre as quais se destacam: Rede de Atenção à Saúde (RAS), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Programa de Saúde na Escola (PSE) e o programa *Crack* é possível vencer. A RAS é constituída por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010a).

Para Silva (2011, p. 37), a rede de serviços de saúde é uma forma de organização das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, contemplando todos os pontos de complexidade de um determinado território. Tal rede visa a garantir a integralidade do cuidado, “de modo a permitir a articulação e interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde” (2011, p. 37).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010a, s/p.).

Os pontos da RAS são: os domicílios, as UBS, as Unidades Ambulatoriais Especializadas, os CAPS, as Residências Terapêuticas, Maternidade, Hospitais, entre outros. Para garantir a articulação entre os serviços de saúde é necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades. Destarte, o trabalho passa a ser um espaço de criação, é um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. “Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões torna-se desafiante” (BRASIL, 2010a).

Em 2011, a Portaria nº 3.088 institui a RAPS. Essa rede visa à criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico ou decorrentes de uso e abuso de drogas, bem como garantir a articulação e integração dos componentes de atenção. Eles são: Atenção Básica à Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Reabilitação Psicossocial e Atenção Residencial de Caráter Transitório. Alguns dos objetivos da RAPS são: prevenir o consumo e a dependência de *crack*, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de *crack*, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil, entre outros (BRASIL, 2011a).

O PSE visa à integração da Estratégia de Saúde da Família com a Educação Básica, com o propósito de constituir uma estratégia para a integração e articulação entre as políticas de saúde e educação. Alguns dos objetivos são: avaliação clínica, avaliação psicossocial, prevenção e redução do consumo de álcool, prevenção do uso de drogas, controle do tabagismo, educação permanente em saúde, entre outros. Especificamente no Componente II do PSE encontra-se a “Saúde e

prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas”. Tal tema possui como ação “realizar atividades no cotidiano do escolar abordando a temática dos riscos e danos do uso do álcool, tabaco, crack e outras drogas” (BRASIL, 2007). Dessa forma, o programa de prevenção estudado nesta dissertação perpassa a articulação da saúde e educação a partir de uma política já instituída, qual seja, o PSE.

Em 2006, foi instituída a Lei nº 11.343 (BRASIL, 2006a), que cria o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Essa lei tem como finalidade articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção ao uso de drogas, atenção às pessoas usuárias, reinserção social, entre outras. Reconhece, assim, a intersetorialidade e ação multidisciplinar como dispositivos necessários para fazer valer tais objetivos. A partir dessa lei criou-se o programa *Crack é possível vencer*, que é coordenado por um grupo executivo interministerial composto por: Ministério da Justiça, Casa Civil da Presidência da República, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Fazenda, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, MS e Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2011b). É necessária a criação de um Comitê Gestor estadual e um municipal. As funções do Comitê Gestor municipal são:

- a) planejar, divulgar, implementar e monitorar as ações relacionadas ao programa no município;
- b) garantir a integração das ações do programa nas áreas da saúde, segurança pública, assistência social, justiça, direitos humanos e educação;
- c) organizar fluxo de atendimento integrado da rede municipal de serviços de atenção ao usuário abusivo de drogas e seus familiares, em harmonia com as redes estaduais;
- d) elaborar relatórios periódicos e balanço anual sobre a implementação do programa no município para os Comitês Gestores estadual e federal.

O município de Florianópolis, em 2012, efetuou a pactuação, a partir da assinatura do plano de adesão ao programa *Crack é possível vencer* (FLORIANÓPOLIS, 2013). A partir do Decreto nº 7.073, de 2009, foi criada a força tarefa para prevenção e combate ao uso de *crack* em Florianópolis, e tem como objetivos: “mapear, em conjunto com órgãos públicos municipais, estaduais ou federais de segurança pública, assistência social e educação, o consumo de crack em Florianópolis, identificando principais pontos de distribuição e uso”; “identificar, em âmbito municipal, programas e entidades aptas a intervir junto aos

usuários de crack e respectivas famílias, buscando sua recuperação e ressocialização; entre outros” (FLORIANÓPOLIS, 2009). Percebe-se que há um esforço por parte do Estado para a implementação das redes de assistência.

3.3 SERVIÇOS PÚBLICOS COMUNITÁRIOS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

A Constituição Federal de 1988 prevê, em seu artigo 6º, os direitos sociais, os quais são a “educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, s/p).

3.3.1 Saúde

Em relação à saúde, no Brasil há o SUS, que é responsável por prover condições para o bem-estar da população. Ele visa à redução de riscos de doenças e agravos, assim como ações de promoção, proteção e recuperação. São fatores determinantes da saúde: a alimentação, moradia, saneamento básico, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços (BRASIL, 1990). Portanto, saúde é mais do que não ter uma doença física ou mental, é ter qualidade de vida, que engloba todas as dimensões das pessoas. Dessa forma, não há possibilidade de focar somente em uma dimensão, mas também na subjetividade, a construção desta, as relações sociais que envolvem família, idosos, gestantes, entre outros (KAHHALLE, 2003). Logo, é fundamental uma rede de serviços para cuidar das diversas dimensões das pessoas, e, assim, promover saúde e prevenir doenças e agravos. A integralidade de assistência, segundo Carvalho (2006, p. 64), “não se esgota nem se completa num único nível de complexidade.” Precisa conjugação e planejamento entre os diversos serviços para, assim, poder ter como resposta a satisfação das necessidades individuais e coletivas. Então, por vezes, a pessoa percorre a rede de saúde devido à complexidade de assistência.

O SUS possui como um de seus princípios a universalidade, ou seja, todas as pessoas têm direito a acessá-lo, desde a concepção até o seu falecimento, e utilizar os melhores recursos disponíveis. Outro princípio é o da integralidade de assistência, “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de

complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, s/p). Além desses princípios, destacam-se: igualdade da assistência, direito à informação, utilização de epidemiologia para estabelecer prioridades, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, descentralização, regionalização, hierarquização, integração quanto à execução entre a saúde, meio ambiente e saneamento básico e resolutividade (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Atenção Básica está vinculada ao SUS. Ela possui princípios, entre eles: estimular a participação popular e controle social, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre a população, realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação, trabalhar de forma intersetorial especialmente em sua área de abrangência e coordenar o cuidado na rede de serviços. Ter um território adstrito e ser porta de entrada do acesso ao SUS (BRASIL, 2011b).

Dentro da Atenção Básica, há a dimensão da Saúde da Família. Essa proposta é caracterizada por processos de trabalho, quais sejam:

- a) manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- b) definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- c) diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- d) prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- e) trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- f) promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

- g) valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- h) promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- i) acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

As UBS fazem parte de RAPS e possuem como responsabilidade realizar cuidados às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas a partir de ações de promoção à saúde mental e prevenção de agravos (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, percebe-se que a Unidade Básica de Saúde está em um território específico, é responsável pelas pessoas que nele habitam, possui como uma de suas atividades conhecer as questões sociais, geográficas, culturais e epidemiológicas do território e com isso realizar planejamentos e ações em saúde. Tais planejamentos e ações podem envolver outros setores, inclusive aqueles que estão na mesma área de abrangência. Durante a territorialização e conhecimento da realidade pode haver destaque às questões das drogas.

3.3.2 Assistência social

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) configurou-se a partir da Política Nacional de Assistência Social. Esse sistema conta com o Centro de Referência à Assistência Social (CRAS) que se constitui como proteção social básica, sendo porta de entrada do sistema da assistência social. Ele é responsável pelas ações de proteção social leve ou moderada, buscando a prevenção e promoção da vida. Assim, realiza atividades de vigilância social, prevenção de situações de risco e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, atuando com os indivíduos e famílias na sua comunidade (CREPOP, 2007).

Esse serviço, que é territorializado, tem como objetivo principal o desenvolvimento da comunidade, promovendo autonomia às famílias e pessoas (BRASIL, 2004). A proteção básica é operacionalizada por uma rede de serviços socioeducativos, benefícios de prestação continuada, serviços e programas sociais, locais de acolhimento, convivência e socialização, serviços e projetos de capacitação e produção (BRASIL, 2004).

Constitui o público usuário da Política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2005, p. 33).

Para Vasconcelos (2010), países como o Brasil têm inúmeras dificuldades sociais, como o trabalho que apresenta grande número de desempregados, trabalho precário ou informal, medo de perder o trabalho, exploração sexual de crianças e adolescentes, trabalho infantil; outro fator importante é o crime, em que a “desesperança e a desarticulação da perspectiva de um futuro melhor abre o caminho” (VASCONCELOS, 2010, p. 10) para o aumento da criminalidade, violência social, uso de drogas, restrição de trocas sociais, já que os espaços públicos apresentam-se, na sua grande maioria, perigosos. Além disso, a violência tem levado à criminalização da questão social, em que é realizado controle através das esferas policiais e penais.

Outro fator social destacável dá-se na desarticulação comunitária, pois existe, para muitas pessoas, a necessidade de aumentar as horas trabalhadas ou de ter vários empregos, ocasionando a perda dos laços de vizinhança, além da diminuição da possibilidade das famílias proverem o cuidado aos seus membros em situação de vulnerabilidade; como consequência, muitos deles apresentam-se em situação de negligência, abandono, cárcere privado, entre outros. Há de se levar em consideração o aumento da violência doméstica como maus-tratos físicos, verbais, psicológicos, morais, violência sexual e pedofilia. Aponta-se o “aumento vertiginoso do número de pessoas em alto nível de vulnerabilidade e risco social, exigindo medidas urgentes de proteção social e suporte legal” (VASCONCELOS, 2010, p. 11).

Por sua vez, a associação entre violência doméstica (inclusive sexual) com o enfraquecimento dos laços familiares, com ou sem abandono da casa, estimula a exploração sexual e a gravidez precoce entre meninas e adolescentes, fenômenos que, se articulados ao circuito de abuso de drogas, geram casos de maior dificuldade para a aproximação e recuperação por parte dos serviços de assistência social e saúde (VASCONCELOS, 2010, p. 11).

Assim, a atenção proteção social básica oferece serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), convivência e fortalecimento de vínculos e serviço de proteção social básica no domicílio para pessoas com deficiência ou idosas (BRASIL, 2004). Todas essas formas de violência devem ter respaldo na assistência social.

Portanto, percebe-se que é da responsabilidade da assistência social, enquanto programa e política, o atendimento às pessoas usuárias de drogas que estejam em situação de vulnerabilidade social. Tal atendimento não deve ser de forma individualizada, mas sim realizando acolhimento, trabalhando com as questões sociais e culturais do território, garantindo a proteção dessas pessoas. Logo, a assistência social deve estar no território, conhecer e cadastrar as famílias, assim como os problemas sociais que ali ocorrem.

3.3.3 Educação

A escola, como instituição formadora, tem sido um espaço que, além de promover o processo ensino aprendizagem ao aluno, tem convivido com demandas trazidas por esses mesmos estudantes, como a violência doméstica e urbana, relatos de conflitos familiares, *bulling*, uso de drogas, gravidez na adolescência, trabalho infantil, sexualidade, violência, conflitos familiares, dores físicas, autismo, dificuldades em processos cognitivos, entre outros e podem, ou não, recorrer ao uso abusivo de substâncias psicoativas para minimizar o sofrimento vivenciado. Ao mesmo tempo em que o indivíduo busca alívio, pode ampliar o sofrimento ao tornar o uso de substância como centro de sua vida.

O professor e a direção da escola, ao se depararem com demandas complexas da vida dos alunos, por vezes, necessitam se relacionar com os recursos que a escola tem para minimamente contribuir para as

demandas além das educacionais. No entanto, lidar com dificuldades complexas dos alunos não é de sua competência. Nesse sentido, resolver os problemas apresentados e identificados pelos professores na escola requer a articulação e apoio de outras áreas e setores, a exemplo da saúde, cultura, desenvolvimento social, segurança pública, entre outros, que utilizam aparelhos como Atenção Básica, Centro de Referência à Assistência Social, Centro Especializado à Assistência social, Conselho Tutelar, segurança pública, entre outros.

A Rede Intersetorial, para Vasconcelos (2010), consiste na ação integrada de programas para o desenvolvimento social e econômico vinculados a instituições governamentais. Essa rede, identificada como estratégia de articulação entre áreas e setores, pode ser utilizada pela escola para a prevenção e promoção de saúde e educação ao aluno. Saúde, entendida como qualidade de vida, que engloba todas as dimensões da pessoa: ambiental, física, psicológica, social, educacional, política, entre outras (KAHHLE, 2003).

Dessa forma, os diversos sofrimentos da criança em relação às dimensões já citadas são expressos dentro da escola. No entanto, por vezes, a escola não utiliza essa rede, ou mesmo a desconhece. Assim, identificar as instituições que fazem parte dessa rede e as características da articulação entre a escola a rede de apoio contribui, primeiramente, para o Estado assistir as crianças de forma integral e promover saúde, assim como auxiliar as escolas sobre como utilizar essas redes, corresponsabilizando as instituições e o Estado. Assim sendo, potencializando-se a escola à utilização da rede, esta poderá se ver auxiliada no enfrentamento dessas dificuldades frequentes postas pelos alunos, bem como autorizar a escola a buscar os recursos disponibilizados pela rede, minimizando suas dificuldades em resolver essas demandas.

Destarte, esse espaço deve ser utilizado pela rede para a criação de estratégias com o intuito de minimizar o sofrimento, criar ações de prevenção e formar pessoas políticas. Contudo, essa rede apresenta dificuldades de articulações, quer seja pela desvinculação dos conteúdos programáticos do currículo escolar (ROCHA; MARCELO; PEREIRA, 2002), quer pelo desconhecimento, por parte da escola, da existência de instituições da rede, falta de profissionais e de recursos, dificuldades políticas, entre outras.

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), a educação básica é composta pela educação infantil, fundamental e média. Ela tem como objetivo maior desenvolver o educando, garantindo sua formação para o exercício da cidadania, trabalho e

estudos posteriores (BRASIL, 1996). Não foram encontradas legislações referentes à obrigação da participação da escola em aspectos sociais, políticos e econômicos da comunidade. Porém, na LDB, um dos deveres dos docentes é colaborar com as atividades de articulação da escola com as famílias e a comunidade.

Nota-se que a escola está presente no perfil da comunidade, ou ainda ela se constitui na e da própria comunidade, ou seja, a escola e a comunidade são produtores e produtos. Portanto, todas as dificuldades sociais, comunitárias, familiares, de saúde, demográficas são refletidas nessa instituição. É impreterível que a escola faça parte de uma rede comunitária que dê suporte à mesma e que seja corresponsável no enfrentamento das dificuldades que se fazem presentes nessa instituição.

Em 2007, a partir do Decreto nº 6.286 (BRASIL, 2007), foi instituído o Programa Saúde na Escola, que tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Alguns de seus objetivos são: reforçar a prevenção de agravos à saúde, fortalecer a relação da saúde e educação, potencializar o enfrentamento de vulnerabilidades, entre outros. Tal programa prevê a intersetorialidade, já que são ações realizadas conjuntamente entre a escola e UBS e será utilizado nesta dissertação, uma vez que pretende pesquisar a articulação entre a saúde e educação a partir de um programa de prevenção as drogas.

3.3.4 Segurança pública

Em se tratando de uma rede intersetorial e comunitária, uma outra instituição que faz parte da resposta do Estado ao fenômeno das drogas é a segurança pública que, através da Polícia Militar, é o serviço que está mais próximo da comunidade de maneira geral. O objetivo da Polícia Militar é proteger, levar segurança à população e preservar a ordem pública. O órgão recebe seus chamados pelo contato telefônico no número 190, e está distribuído por bases instaladas na comunidade para proporcionar o primeiro atendimento na ocorrência que houver. A polícia trabalha de forma integrada com a assistência social e saúde. Para reconhecer as áreas de maior vulnerabilidade, constatação de crimes e delitos em geral, a Polícia Militar articula-se com a assistência social. Esta última aciona a justiça quando identifica crimes; por sua vez, a justiça, quando necessário, aciona a polícia para encaminhar a pessoa para a internação compulsória ou para a prisão. A polícia entende

que a dependência, uso e abuso de drogas é um problema de saúde e, em consequência, deve ser solicitada somente em casos de delito.

Quando a pessoa for identificada adquirindo, guardando, transportando ou trazendo consigo drogas sem autorização, será submetido às seguintes penas: advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade e/ou medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, 2006a).

No campo das drogas, a Polícia Militar possui o Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) com os principais objetivos (SANTA CATARINA, 2013):

- a) trabalhar sobre as causas do uso de drogas lícitas e ilícitas estabelecendo sobre os riscos decorrentes da dependência química e orientando as crianças, adolescentes, assim como seus pais ou responsáveis, acerca da busca de soluções e medidas eficazes quanto à resistência às drogas;
- b) fortalecer a autoestima das crianças e adolescentes a valorizarem a vida, mostrando opções saudáveis de comportamento, longe das drogas e da violência;
- c) prevenir a criminalidade relacionada direta ou indiretamente ao uso de drogas;
- d) ensinar e aprofundar os conhecimentos dos Policiais Militares quanto às drogas lícitas e ilícitas, questões legais sobre o tema e como proceder quando da constatação de alguma forma delituosa dentro e nos arredores do ambiente escolar;
- e) aproximar a Polícia Militar da comunidade escolar e, por consequência, da comunidade em geral, proporcionando um clima de parceria e confiança, gerando informações, tornando possível um melhor atendimento aos anseios sociais, bem como mostrar a importância do papel social da corporação.

Segundo o programa Crack é possível vencer (BRASIL, 2013), algumas diretrizes da polícia são: articulação com as áreas de saúde e assistência social, parcerias com estados e municípios para a promoção de espaços urbanos seguros, fortalecimento das ações de inteligência e investigação e enfrentamento ao tráfico de drogas e ao crime organizado. Assim, percebe-se que a ação da polícia é de fundamental importância para a construção da rede de atenção comunitária, pois ela está inserida na comunidade e se relaciona com a educação, saúde e assistência social.

3.3.5 Conselho comunitário/Associação de moradores

A Constituição Federal garante e reconhece as associações. A associação de moradores é uma entidade civil sem fins lucrativos de um determinado território. Ela deve ter um Estatuto que a rege e ser registrada em cartório. A partir disso, ela representa oficialmente o território adstrito relativo a autoridades, órgãos empresariais, entre outros. A associação de moradores deve conhecer seu território, suas carências, vulnerabilidades, potencialidades, serviços, profissionais, moradores, entre outros, e, assim, juntamente com a população residente, reivindicar melhorias para o território.

Destarte, a associação de moradores é uma potente ferramenta no enfrentamento às vulnerabilidades, pois os moradores conhecem as necessidades locais, a cultura, relações familiares, pontos que precisam ser trabalhados, etc. No campo das drogas, a associação de moradores pode contribuir na identificação dos problemas relacionados a esse tema na comunidade, às regras e culturas sociais sobre drogas, assim como contribuir nas ações de promoção e prevenção. A seguir, o quadro 4 indica os dispositivos comunitários.

Quadro 4 - Dispositivos comunitários (continua)

Serviços/ atividades	Unidade Básica de Saúde	Centro de Referência à Assistência Social	Escola Básica	Posto Policial	Associação de Moradores
Mapeamento e reconhecimento da área adstrita	X	X	X		X
Universalidade	X	X	X		X
Participar da rede de assistência	X	X	X	X	
Cadastramento das famílias e dos indivíduos	X	X			
Diagnóstico situacional	X	X			X
Trabalho interdisciplinar e em equipe	X	X	X	X	X
Estimulação da participação	X	X	X		X

(conclusão)

Serviços/ atividades	Unidade Básica de Saúde	Centro de Referência à Assistência Social	Escola Básica	Posto Policial	Associação de Moradores
da comunidade					
Relaciona-se às pessoas usuárias de drogas	X	X	X	X	X

Fonte: Elaboração da autora (2013).

Através desse quadro, observa-se que todas as instituições citadas relacionam-se com as pessoas usuárias de drogas e trabalham de forma interdisciplinar. Somente a polícia não faz o reconhecimento e mapeamento do território, mas utiliza a assistência social nesse serviço.

A rede de assistência comunitária possibilita abarcar parte das dimensões de uma comunidade, das famílias e das pessoas. Ela pensa na cultura, formas de relações entre as pessoas, entre as instituições e as pessoas, e entre as próprias instituições, crenças, pontos vulneráveis, de risco, potencialidades, entre outros. Na rede, cada serviço é responsável e corresponsável pelas pessoas e comunidade, dessa forma, o indivíduo não estará sozinho em ações que julga ser mais complexas. Assim, é possível compartilhar saberes e conhecimentos específicos de sua atuação e ampliar, conforme a compreensão de saúde de uma forma ampliada.

3.4 TERRITÓRIO

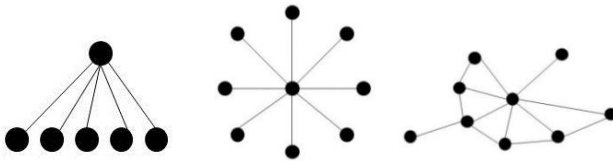
O território é vivo e dinâmico, pois ele se movimenta, pessoas entram e saem, comércios abrem e fecham, normas e crenças são aplicadas e repensadas, possui inter-relações entre os moradores, e entre os não moradores. Ele apresenta diversas dimensões e processos sociais, como física, jurídica, política, econômica, normativa, fiscal, heranças históricas, tradição cultural, formação da subjetividade das pessoas, entre outras de uma determinada área. O território é influenciado pela lógica hegemônica, qual seja, o capitalismo que sugere uma desintegração das fronteiras do território com o global. E assim modifica

relações, cultura, espaços físicos, dinâmicas dos moradores e dos não moradores, formas de pensar e agir (SANTOS, 2007).

Para Santos (2005), no território encontram-se as horizontalidades e as verticalidades. A primeira consiste nas proximidades territoriais, ou seja, lugares vizinhos. A segunda é formada por pontos distantes uns dos outros, mas próximos quanto aos processos sociais. Como são pontos, justifica-se a criação de uma rede. Assim, o território pode ser formado de lugares próximos ou de redes. O lugar pressupõe um espaço geográfico, nele ocorrem solidariedade, a existência, coexistência e produção de subjetividade. E, como tal, é para o autor a única possibilidade de resistência aos interesses capitalistas, tendo em vista a possibilidade efetiva da comunicação, troca de informação e construção política.

Entretanto, estão ocorrendo mudanças culturais relativas às disposições urbanas, em que, paulatinamente, desconstrói-se a cultura de vizinhança e da teia urbana e passa-se a construir condomínios e prédios fechados. Com a falta de proximidade, ocorre a superficialidade nas relações, a falta de empatia, de não se comover com as dores e com a brutalidade, violência, afetos, e outras ações e sentimentos entre seres humanos. Em contraponto, a cultura ganhou o rótulo de sociedade do “consumo, das mídias, da informação, sociedade eletrônica” (JAMESON, 1997, p. 29). Assim, a figura 1 representam as formas e mudanças do território:

Figura 1 - Configuração das formas e mudanças do território



Fonte: Munro (2000, p. 683 apud ZIMMER, 2009, p. 40).

A figura 1 apresenta três figuras; a primeira representa as relações que ocorrem em um território no feudalismo. Nota-se que as relações são hierárquicas, e há um soberano. A figura seguinte diz sobre a Revolução Industrial e de como se organizavam as escolas, fábricas, prisões, etc. Uma instituição vigiava e controlava as demais. A última figura apresenta a transição entre modernidade/pós-modernidade, onde

não há um centro, hierarquia, sendo que todos interagem como todos, o território é mais fluído, rápido e líquido.

Atualmente, nos territórios, encontram-se diversos serviços públicos como: saúde, que é representado, entre outros, pela UBS, consultório de rua, policlínica, Unidade de Pronto Atendimento, CAPS, hospital; assistência social, representado pelo CRAS, pelo Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar e Casa Lar; educacional, como as escolas, creches e Núcleos de Educação Infantil; segurança, representada pela Central de Polícia, delegacias, presídios, bombeiros, Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN) e instituto geral de perícias. A lógica de território norteia as ações a serem desenvolvidas pelos gestores, serviços e trabalhadores dos serviços (YASUI, 2010).

[...] Território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005, p. 26).

Por vezes, é possível confundir o conceito de território com o de comunidade. O primeiro está relacionado com a área física, geográfica, ele expressa como o ser humano se relaciona e produz seu modo de viver. Já comunidade, indica as relações entre as pessoas, seus sentimentos de pertencimento, sem implicar numa dimensão geográfica (YASUI, 2010).

Nos bairros onde foi realizada a pesquisa encontram-se as escolas municipais que fazem parte do macroprojeto de pesquisa onde se situa este estudo. Tais bairros estão localizados na cidade de Florianópolis. A cidade possui, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE) de 2010, aproximadamente 421.240 mil habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dessa cidade é de 0,875, sendo o maior entre as capitais e possui o quarto lugar entre as cidades brasileiras. Atualmente, a cidade apresenta aceleração no crescimento populacional, principalmente pela imigração. Assim, apresenta como uma de suas características a heterogeneidade espacial da condição social, com moradores e territórios com boas e péssimas condições de vida e moradia. No entanto, a cidade não apresenta grandes áreas de pobreza, visto que, em 2002, somente 4,3% da população vivia em situação precária e 71% em boas ou excelentes condições de saneamento, renda e escolaridade (IBGE, 2010).

O bairro do Rio Tavares é um dos bairros localizados na Região do Rio Tavares. Esta região está situada no distrito sul da cidade de Florianópolis e possui quatro bairros, são eles: Cachoeira do Rio Tavares, Porto do Rio Tavares, Fazenda do Rio Tavares e Rio Tavares. Este último possui 7.939 residentes e área geográfica aproximada de 11,91km² (dados coletados na UBS).

Ele possui como serviços públicos uma creche municipal, uma escola pública de ensino médio, uma escola pública de ensino fundamental, um Centro de Saúde e um Conselho Comunitário. O Centro de Referência à Assistência Social e o Posto Policial ficam em áreas geográficas próximas e são de referência para o bairro.

O bairro São João do Rio Vermelho localiza-se na parte nordeste do município de Florianópolis, possui 12.589 residentes (FLORIANÓPOLIS, 2012) e área total de 31,68km². Apresenta como recursos comunitários: duas creches públicas, três escolas públicas, um conselho local de saúde, um centro comunitário, um CRAS, uma Igreja Católica, uma Igreja Evangélica e um centro espírita.

Na área continental de Florianópolis, o bairro Coqueiros possui 13.012 habitantes. Nele, existem, como equipamentos sociais, uma escola estadual, uma escola municipal, uma creche municipal, uma creche do Conselho Comunitário, uma unidade da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), uma unidade do Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC), um posto policial, um posto da guarda municipal, um conselho comunitário, um conselho local de saúde, a sede da coleta de lixo pela Companhia de Melhoramentos para Capital (COMCAP), um abrigo para menores, uma Igreja Católica, duas Igrejas Evangélicas e dois centros espíritas (GRACIOSA et al., 2013).

O bairro Coqueiros é identificado como nobre, uma vez que possui moradores de classe média e classe média alta. Possui potencial para crescimento e valorização, havendo poucos aspectos que o

caracterize como área de risco. Segundo a pesquisa realizada, as áreas de risco foram terrenos e construções abandonados com e sem acúmulo de lixo (GRACIOSA et al., 2013).

Para entender o território e a intersectorialidade, utilizou-se o modelo bioecológico. Nele os processos psicológicos são propriedades do sistema, sendo a pessoa um dos elementos em que o foco principal são os processos e as interações. A teoria que sustenta o modelo bioecológico desenvolveu-se a partir da equação de Kurt Lewin, aprimorando para $D = f(PA)$: “As características de uma pessoa em dado momento de sua vida são uma função conjunta das características individuais e do ambiente ao longo do curso de sua vida naquele momento” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 88). Assim, o desenvolvimento ocorre através da interação da pessoa com outras pessoas, com objetos e símbolos presentes em seu ambiente.

O modelo bioecológico propõe que o “desenvolvimento humano seja estudado através da interação sinérgica de quatro núcleos inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 90). Nesta dissertação será aprofundado o contexto, que pode ser compreendido como estruturas encaixadas uma dentro da outra. No nível mais interno está o ambiente imediato, que contém a pessoa em desenvolvimento. Nesse ambiente, também chamado de microsistema, é onde a pessoa está ou frequenta, como a casa ou a sala de aula. A próxima estrutura, identificada como mesossistema, são as conexões entre os ambientes imediatos, por exemplo, a relação entre a escola e a casa, ou melhor, entre os profissionais da educação e os pais. Assim, a capacidade de um educando aprender a ler depende tanto de como ele é ensinado quanto da existência e natureza de laços entre a escola e a família.

No nível seguinte, o exossistema, percebe-se que “o desenvolvimento da pessoa é profundamente afetado pelos eventos que ocorrem em ambientes nos quais a pessoa nem sequer está presente” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 5). Portanto, a relação que os profissionais da escola têm com os profissionais da UBS, mesmo que a criança não frequente esta última, interfere no seu desenvolvimento. Por último, todos esses três níveis estão inseridos dentro de algo mais amplo, como a cultura e regras de comportamento e sociais, identificados como macrosistema (BRONFENBRENNER, 1996, p. 5). Na figura 2, mais adiante, dá-se um exemplo dos níveis em um território.

Observa-se que na dimensão micro estão os ambientes em que a pessoa, dentro de um determinado território, pode frequentar, como, por

exemplo, a escola, unidade de saúde, CRAS, posto policial, associação de moradores, famílias, centros de lazer, ruas, etc. Na dimensão meso, esses ambientes comunicam-se entre si, e essa relação influencia as pessoas que moram no território e vice-versa. Alguns exemplos de relação entre os ambientes são: relação entre a escola e a unidade de saúde, relação entre o posto policial e centros de lazer, relação entre o CRAS e associação de moradores, etc. Para aprofundar, pode-se compreender melhor a relação entre a escola e a unidade de saúde. Na relação entre elas, é possível conversar sobre melhorias no território, discutir sobre prevenção às drogas ou sobre paternidade, conhecer melhor sobre o perfil dos pais das crianças que estudam na escola. Essa relação produz efeitos na forma dos profissionais conduzirem e trabalharem. E, assim, influencia nos alunos e pais que frequentam a escola e nos moradores que frequentam a unidade de saúde. Esses moradores, pais e alunos, relacionam-se com outros moradores do território, os quais, mesmo não estando presentes nos serviços (ambientes), sofrem influência.

Na dimensão exo, identificam-se ambientes em que os moradores do território não participam ou que somente uma parte participa. Por exemplo: a Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana é um ambiente onde, possivelmente, os moradores não vão com tanta frequência, mas ela os influencia, uma vez que é esta secretaria que cuida do deslocamento e da pavimentação das ruas. Todavia, essas experiências influenciam o morador do território. Percebe-se que os ambientes não são distinguidos linearmente, mas são analisados no sistema. Assim, olha-se sempre para a díade e não para a pessoa ou ambiente isoladamente. Desse modo, “a capacidade de um ambiente – tal como o lar, a escola ou o local de trabalho – de funcionar efetivamente como um contexto para o desenvolvimento é vista como dependendo da existência e da natureza das interconexões sociais entre os ambientes”, incluindo a participação conjunta, a comunicação e a existência de informações em cada ambiente a respeito do outro (BRONFENBRENNER, 1996, p. 79).

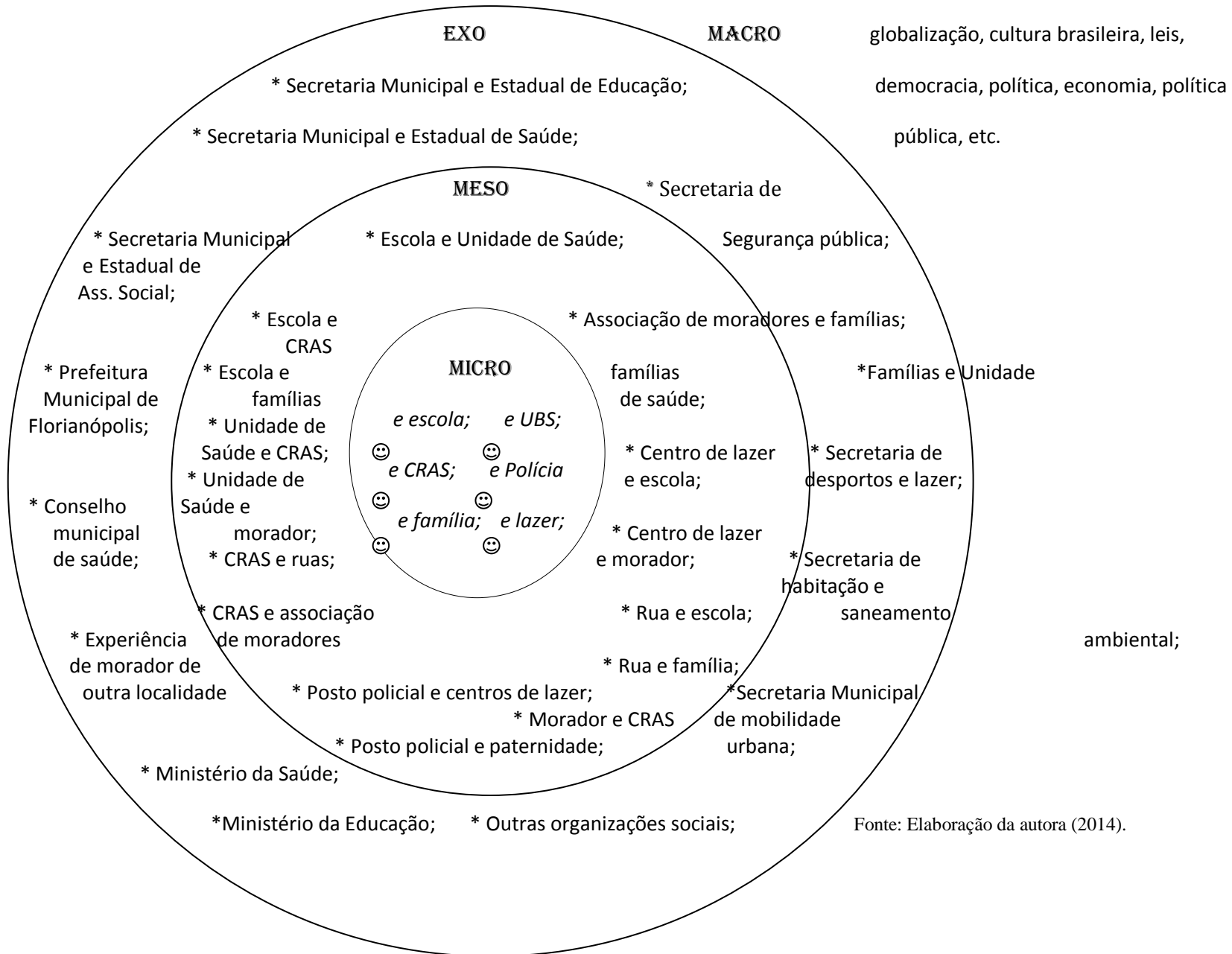
Por último, neste exemplo, têm-se, na dimensão macro, as influências da globalização, cultura brasileira, leis, democracia, política, economia, etc. Estes influenciam também a pessoa na sua forma de ser e agir, como na globalização onde a pessoa tem acesso a outros bens, conexão com outros lugares, entre outros. Portanto, o ambiente ecológico estende-se além da situação imediata, já que afeta diretamente a pessoa em desenvolvimento, os objetos que ela responde ou a pessoa com quem interage. Dentro de uma dada sociedade ou grupo social, a estrutura e substância dos micro, meso e exossistemas tendem a ser

semelhantes, uma vez que são influenciados pelo mesmo modelo principal chamado macrossistema. Desse modo, os sistemas funcionarão de maneira semelhante. A política pública é uma parte do macrossistema que ocorre no cotidiano e influencia o curso do comportamento e do desenvolvimento humano.

Uma abordagem ecológica ao estudo do desenvolvimento humano requer uma reorientação da visão convencional da relação adequada entre a ciência e a política pública. A posição tradicional, pelo menos entre os cientistas tradicionais, é a de que a política social, sempre que possível, deve basear-se no conhecimento científico. A linha de pensamento que eu desenvolvo neste livro leva a uma tese contrária: nos interesses do avanço da pesquisa fundamental sobre desenvolvimento humano, *a ciência básica precisa da política pública ainda mais do que a política pública precisa da ciência básica*. Igualmente, é necessária não apenas uma relação complementar entre estes dois domínios, como também sua relação funcional. O conhecimento e a análise da política social são essenciais para o progresso da pesquisa desenvolvimental, porque alertam o investigador para aqueles aspectos do ambiente, tanto imediatos quanto mais remotos, que são críticos para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da pessoa. Esse conhecimento e análise também podem revelar suposições ideológicas subjacentes, e às vezes profundamente limitantes, na formulação dos problemas e planejamentos de pesquisa, e portanto no alcance dos possíveis achados (BRONFENBRENNER, 1996, p. 9, grifos do autor).

Esta pesquisa está ao serviço da construção de uma política pública sobre prevenção de drogas nas escolas; possui certas diretrizes calcadas nas políticas públicas já existentes, quais sejam: a intersectorialidade entre escola e saúde, o Programa Saúde do Escolar e o programa Crack é possível vencer. Então, esta pesquisa parte de políticas públicas já emergentes pelo MS para construir uma política pública. Assim, a pesquisa e a política pública se relacionam e se complementam.

Figura 2 - Modelo bioecológico



3.5 PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS

A política pública sobre drogas atesta que a prevenção ao uso de drogas faz-se a partir da valorização da vida e realização de atividades que possibilitem a melhoria da qualidade de vida. Uma série de fatores confirmou a importância da prevenção ao uso de drogas, alguns deles são: os dados estatísticos do IBGE, em 2012, mostram que 19,6% dos estudantes haviam fumado cigarro; 70,5% ingerido bebida alcoólica; 7,3% dos educandos já utilizaram drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida, sendo que o maior percentual entre as capitais foi em Florianópolis, com 17,5% de uso de drogas ilícitas entre os estudantes de ensino fundamental e médio (IBGE, 2013); mudança de modelo de saúde em curso que percebe saúde de uma forma ampliada envolvendo a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação; criação do Plano Crack é possível vencer em 2011; criação e ampliação do PSE; Carta de Otawa (1986) endossada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que aborda a escola promotora de saúde. A Carta de Otawa, que foi construída na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no ano de 1986, impulsionou o desenvolvimento da Escola Promotora de Saúde que implementou políticas que apoiam o bem-estar individual e coletivo, oferece múltiplas oportunidades de crescimento e desenvolvimento para crianças e adolescentes. Nela, já está prevista a intersetorialidade entre escola, saúde, família e comunidade, que possibilita oferecer treinamento em habilidades para a vida, reforçar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco (WHO, 1997a).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a escola é o local mais adequado para o desenvolvimento de ações preventivas visto que possui acesso diário às crianças e adolescentes, acompanha-os durante, pelo menos, um período do dia e alguns anos de sua vida, além de ter contato direto com o padrão familiar dos educandos. A partir dessa compreensão têm ocorrido, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), cursos de capacitação aos profissionais da educação sobre drogas e prevenção, como o Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento (SUPERA). Em Santa Catarina, há a capacitação dos professores a partir da parceria entre a SENAD e a UFSC intitulada Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas; em 2014 ocorreu a 6ª edição. A fim de fortalecer a prevenção nas escolas, a Resolução nº 2, de 30 de janeiro de 2012, que define as diretrizes curriculares nacionais para ensino médio, considera que o projeto político pedagógico das

instituições que ofertam o Ensino Médio deve realizar atividades intersetoriais de promoção da saúde física e mental, prevenção ao uso de drogas, entre outros (BRASIL, 2012).

A prevenção é caracterizada de acordo com o público-alvo e são chamadas de: intervenção global ou universal: programas destinados à população geral realizados na comunidade, escolas e nas mídias; intervenção específica: ações para populações com fatores de risco ao uso de substância como filhos de dependentes químicos; intervenção indicada: voltada para as pessoas que fazem uso ou abuso de drogas. (SENAD, 2011).

Existem circunstâncias ou relações que podem vulnerabilizar as pessoas e torná-las mais propensas ao uso ou abuso de drogas, chamadas de fatores de risco, e há também circunstâncias e fatores que oportunizam o desenvolvimento saudável e a possibilidade de obter recursos diante das adversidades encontradas, são os fatores de proteção. Para a realização da prevenção ao uso de drogas é necessário identificar os fatores de risco para minimizá-los e os de proteção a fim de fortalecê-los. Alguns exemplos de fatores de risco ou de proteção são:

Quadro 5 - Fatores de proteção e risco ao uso de drogas

(continua)

Relações	Fatores de proteção	Fatores de risco
Do próprio indivíduo	Habilidades sociais; habilidades para resolver problemas; vínculos positivos; boa autoestima, etc.	Insegurança; insatisfação com a vida; sintomas depressivos; etc.
Familiares	Pais que acompanham as atividades dos filhos; estabelecimento de regras e de condutas claras; envolvimento afetivo com os filhos; estabelecimento claro de hierarquia familiar; etc.	Pais que fazem uso abusivo de drogas; pais que sofrem de doença mental; pais excessivamente autoritários ou muito exigentes; etc.
Sociais	Oportunidade de trabalho e lazer; informações adequadas sobre drogas e	Violência; desvalorização das autoridades sociais; descrença nas instituições;

(conclusão)

Relações	Fatores de proteção	Fatores de risco
	seus efeitos; clima comunitário afetivo; respeito às leis sociais	falta de recursos para prevenção e atendimento; falta de oportunidades de trabalho e lazer
Escolares	Bom desempenho escolar; boa inserção no ambiente escolar; ligações fortes com a escola; oportunidade de participação e decisão; vínculos afetivos com os professores e colegas; realização pessoal; descoberta de possibilidades (e “talentos”) pessoais; prazer em aprender; descoberta e construção de projeto de vida	Baixo desempenho escolar; falta de regras claras; baixas expectativas em relação às crianças; exclusão social; falta de vínculos com as pessoas ou com a aprendizagem

Fonte: SENAD (2011, p. 116, adaptado).

Em relação à escola destaca-se a importância de uma política escolar que busque uma aproximação com os educandos, valorizando espaços de acolhimento, aconselhamento e vínculos em detrimento de punições como suspensão e expulsão. Ressalta-se também a inclusão de prevenção a partir do desenvolvimento de habilidades de vida no currículo disciplinar dos alunos. As habilidades de vida possibilitam o desenvolvimento de habilidades sociais, como a melhora dos relacionamentos interpessoais, aumento do autocontrole, aumento dos recursos pessoais para lidar com as dificuldades, fortalecimento do vínculo entre o acadêmico e a instituição e melhora acadêmica (NIDA, 2004). Para Paiva e Rodrigues (2008), as habilidades de vida são atores de proteção, pois favorecem o bem-estar, possibilitam o aumento da comunicação assertiva e resiliência, contribuindo para a diminuição da incidência e prevalência do uso de drogas entre os adolescentes.

A OMS, em 1997, e a OPAS, em 2001, propuseram a realização de programa de prevenção ao uso de drogas baseado em habilidades de

vida. As características possíveis de serem aprimoradas focando as habilidades de vida são, segundo Paiva e Rodrigues (2008):

- a) autoconhecimento: identificar e compreender seus sentimentos, vontades, emoções e identidade, além do conhecimento e aceitação dos pontos fracos e fortes;
- b) empatia: capacidade de compreender as pessoas, aceitar as diferenças e não julgar as pessoas;
- c) comunicação eficaz: habilidade de se expressar com clareza;
- d) relacionamentos interpessoais: capacidade de iniciar, manter e terminar de forma saudável relacionamentos, contribuindo para o bem-estar social e mental;
- e) tomada de decisões: capacidade de avaliar as consequências, riscos e benefícios de sua escolha, possibilitando escolher a alternativa que propicie o maior bem-estar em detrimento àquelas que colocam em risco a integridade da pessoa;
- f) resolução de problemas: capacidade de lidar com situações difíceis ou tensas de forma construtiva sem prejudicar outras pessoas;
- g) pensamento criativo: capacidade de buscar alternativas a partir dos recursos pessoais e experiências que possui;
- h) pensamento crítico: “habilidade de refletir, analisar e examinar as situações da vida pessoal e social a partir de diferentes ângulos, perspectivas e opiniões” (p. 678). A pessoa desenvolve a capacidade de questionar e não aceitar os acontecimentos, uma vez que faz uma análise a partir das evidências, razões e suposições;
- i) lidar com os sentimentos e emoções: possibilita o reconhecimento de suas próprias emoções e de como elas influenciam seu comportamento, oportunizando também a melhor forma de expressá-las;
- j) lidar com o estresse: desenvolve a capacidade de reconhecer as fontes de estresse nos diferentes espaços em que circula e a identificação dos recursos para minimizá-lo.

O programa de prevenção ao uso de drogas estudado nesta pesquisa vai ao encontro do desenvolvimento de habilidades em crianças e adolescentes; dessa forma, possibilita não somente a diminuição da prevalência e incidência do uso de drogas, mas também propicia melhor qualidade de vida, pois cuida da saúde mental, social, emocional e física das crianças e adolescentes.

4 MÉTODO

4.1 PROGRAMA DE PREVENÇÃO ESCOLAR AO USO DE *CRACK*, *ÁLCOOL* E OUTRAS DROGAS

Esta pesquisa está vinculada a um macroprojeto intitulado “Avaliação de programas de prevenção escolar ao uso abusivo de *crack*, *álcool* e outras drogas”, que teve como objeto de análise, em 2013, a implantação do programa preventivo *Unplugged* em escolas brasileiras. Este programa foi desenvolvido em um estudo multicêntrico envolvendo sete países europeus, coordenado pelo *European Drug Addiction Prevention Trial* (EUDAP) e, posteriormente, aplicado também em países da Ásia e África, sempre demonstrando evidências em sua avaliação (FAGGIANO et al., 2008).

O *Unplugged* baseia-se no Modelo Influência Social Global, cuja abordagem implica em construir habilidades e recursos específicos para que os adolescentes aprendam a manejar as influências sociais, buscando desconstruir crenças normativas, ao realizar reflexões sobre os contextos de uso e conhecimento crítico sobre drogas e suas consequências à saúde. Os métodos interativos utilizados nesses programas estão focados no aperfeiçoamento de habilidades de vida, visando a fortalecer o sujeito e sua relação com as redes sociais, aspectos considerados como fator de proteção ao uso abusivo de drogas (FAGGIANO et al., 2008).

A presente pesquisa foi realizada no momento da transição do nome do programa *Unplugged* para #Tamojunto, nome escolhido pelos participantes (educandos e professores) no processo de adaptação transcultural para a realidade brasileira. Para demarcar o momento em que o programa se encontrava quando esta dissertação foi realizada, chamar-se-á de programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto.

O macroprojeto possui como objetivos: a) acompanhar e avaliar a implantação do programa de prevenção escolar em escolas brasileiras; b) avaliar a efetividade do programa de prevenção escolar implantado em Florianópolis.

O produto principal do macroprojeto é a sistematização de um programa de prevenção escolar ao uso abusivo de *crack*, *álcool* e outras drogas, bem desenhado e sustentado em sua efetividade, adaptado à realidade brasileira e que possa ser replicado em outras escolas e municípios como modelo de boas práticas na área.

O programa *Unplugged / #Tamojunto* é realizado em doze aulas com os educandos de sexto ao oitavo ano (11 a 14 anos), sendo aplicado pelos próprios professores. Cada aula possui um tema, conteúdo e didática pré-estabelecido pelo programa, sempre acompanhados em sua fidelidade de aplicação. As doze aulas dividem-se nos seguintes temas:

- a) aula 1- abertura do *Unplugged / #Tamojunto*;
- b) aula 2- fazer parte ou não de um grupo;
- c) aula 3- escolhas: álcool, risco e proteção;
- d) aula 4- suas crenças, normas e informações refletem a realidade?
- e) aula 5- fumando a droga cigarro – informe-se;
- f) aula 6- expresse-se;
- g) aula 7- atenção no mundo e em sua vida;
- h) aula 8- novo no pedaço;
- i) aula 9- drogas: informe-se;
- j) aula 10- estratégias de enfrentamento;
- k) aula 11- soluções de problemas e tomada de decisões;
- l) aula 12- o estabelecimento de metas.

O programa ainda prevê a realização de Oficinas de Pais como forma de envolver os pais nas atividades preventivas. No modelo de implantação brasileira, coordenado pelo MS, foram previstas três oficinas, que devem ser planejadas e coordenadas pelos profissionais da saúde da Unidade de Atenção Básica do território da escola participante e profissionais da referida escola, devendo ser planejadas e executadas em conjunto. Tem como público-alvo os pais dos educandos que participam do programa de prevenção em sua sala de aula. Seu objetivo principal é “conscientizar os pais quanto aos fatores de risco e proteção familiares que estão relacionados ao uso de drogas na adolescência e incentivá-los a usar um estilo ‘presente’ de paternidade”. Os temas de cada encontro são: 1) compreendendo melhor os adolescentes; 2) educar um adolescente significa crescer junto; 3) um bom relacionamento com o seu filho também implica em estabelecer regras e limites (EU - Dap OED, 2007, p. 2).

Em Florianópolis, o programa ocorreu em quatro escolas, mas somente em três havia o Programa de Saúde do Escolar (PSE). Como o objetivo da pesquisa está relacionado à relação intersetorial, pesquisou-se as três escolas em que ocorria o PSE, ficando uma excluída por não ter tal programa.

4.2 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa, visto que compreende fenômenos a partir de especificidades de relações complexas que requerem aprofundamento de dados (MINAYO, 1999). A pesquisa qualitativa possibilita estudar a pluralização das esferas da vida, como a diversidade de ambientes, culturas e subculturas, estilos e formas de vida. Essa abordagem costuma ter como foco de estudo as instituições, os grupos, os movimentos sociais e o conjunto de interações pessoais (MINAYO, 1999). Os objetos são estudados em sua complexidade em seu contexto diário, ou seja, o campo de estudo são práticas e interações das pessoas na vida cotidiana. Logo, a partir dessa perspectiva os objetos não são reduzidos a variáveis únicas. A pesquisa qualitativa estuda o conhecimento e as práticas dos participantes (FLICK, 2004). Portanto, essa abordagem de pesquisa vem ao encontro do objetivo do presente estudo, qual seja: compreender o processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas a partir do desafio de articulação intersetorial.

Outra característica da pesquisa qualitativa é o reconhecimento e validação da subjetividade do pesquisador, ou seja, o pesquisador interfere na pesquisa já que ele tem expectativas, uma história em relação ao objeto e está envolvido na pesquisa, assim sendo ele não é neutro. Ele é uma variável que deve ser identificada e reconhecida durante a pesquisa.

A fim de responder ao objetivo geral e específico, este estudo foi delineado com caráter exploratório e descritivo. A pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e/ou modificar conceitos, ela possibilita uma visão geral acerca do fenômeno a ser pesquisado. Assim, a pesquisa exploratória permite conhecer melhor o fenômeno: aproximar-se dele, conhecer o que é narrado sobre ele e saber como as pessoas vivenciam o fenômeno, como, por exemplo, mapear os serviços públicos comunitários em um determinado território (LEOPARDI, 2001).

Na perspectiva de uma pesquisa descritiva buscam-se as características do fenômeno a ser pesquisado. Dessa forma, é possível descrever o conhecimento que as pessoas possuem para ampliar o entendimento das características que envolvem o contexto do objeto (LEOPARDI, 2001).

O delineamento da pesquisa é o de campo, pois oportuniza o aprofundamento do fenômeno a ser estudado e ser fidedigno, visto que é desenvolvido no próprio local em que a população a ser estudada se

encontra e que, nesta pesquisa, serão os serviços públicos comunitários específicos de um território no município de Florianópolis (GIL, 1999).

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes desta pesquisa foram vinte e cinco pessoas que participaram do programa de prevenção ao uso de drogas. Para coletar os dados foram realizadas vinte e duas entrevistas e dois grupos focais. As entrevistas foram realizadas com os pais, profissionais da saúde, três profissionais da educação, gestor local, gestor federal, gestor municipal da saúde e dois multiplicadores. Em relação aos grupos focais, em um estavam presentes os gestores municipais da educação e, no outro, três profissionais da educação de nível territorial.

Saúde

Nível federal: um profissional da Coordenação de Saúde Mental.

Nível municipal: coordenador PSE.

Nível territorial: profissional da UBS que se articulou com a educação para a implantação da oficina de pais do programa de prevenção escolar ao uso abusivo de drogas.

Educação

Nível municipal: coordenador municipal do PSE Educação e coordenador da formação permanente.

Nível territorial: diretor da escola, orientador educacional e articulador do PSE que se articularam com a saúde para a implantação da oficina de pais do programa de prevenção escolar ao uso abusivo de drogas.

Unplugged

Coordenador regional do processo de avaliação de implantação do programa *Unplugged* e duas multiplicadoras da Regional de Florianópolis.

Pais

Sete pais que participaram das oficinas de pais. Os quadros nº 6, 7, 8, 9 e 10 a seguir apresentam os entrevistados.

Quadro 6 - Pais entrevistados

Bairro	Gênero	Nº de filhos que estudam na escola	Série/ano do filho	Utiliza a UBS do mesmo bairro	Nº de oficinas de que participou
Coqueiros	Masc.	1	3ª série	Não	1
Coqueiros	Fem.	1	6º ano	Sim	1
Coqueiros	Masc.	1	6º ano	Não	1
Coqueiros	Fem.	2	4º ano	Sim	1
Rio Tavares	Fem.	2	6º ano	Não	1
Rio Tavares	Fem.	1	8º ano	Sim	1
Rio Tavares	Fem.	1	7ª série	Sim	1

Fonte: Elaboração da autora (2014).

Quadro 7 - Profissionais da saúde entrevistados

Bairro	Participa do PSE	Tempo na UBS
Coqueiros	Sim	10 meses
Rio Tavares	Sim	3 anos
Rio Tavares	Sim	5 anos
Rio Vermelho	Não	1 ano
Rio Vermelho	Sim	6 meses
Rio Vermelho	Sim	1 ano

Fonte: Elaboração da autora (2014).

Quadro 8 - Profissionais da educação entrevistados

Bairro	Participa do PSE	Tempo na escola
Coqueiros	Sim	1 ano
Coqueiros	Não	
Rio Tavares	Sim	6 anos
Rio Tavares	Não	
Rio Vermelho	Sim	11 anos
Rio Vermelho	Não	

Fonte: Elaboração da autora (2014).

Quadro 9 - Gestores entrevistados

Cargo	Instituição
Gestor municipal da saúde	Secretaria de Estado /Municipal da Saúde
Gestor federal	Coordenação Nacional de Saúde Mental
Gestor municipal da educação	Secretaria Municipal de Educação

Fonte: Elaboração da autora (2014).

Quadro 10 - Multiplicadores entrevistados

Cargo	Bairro
Coordenador regional do processo de avaliação do programa	UFSC
Multiplicador	Rio Tavares Rio Vermelho
Multiplicador	Coqueiros

Fonte: Elaboração da autora (2014).

4.4 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Os materiais utilizados para a coleta de dados foram gravador de voz, pilhas, caneta e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os equipamentos utilizados posteriores às entrevistas foram computador, folhas, caneta e impressora.

4.5 SITUAÇÃO E AMBIENTE

O espaço para a coleta de dados foi uma sala disponibilizada pelas instituições, nela estiveram presentes somente pesquisador e sujeito ou sujeitos da pesquisa. A sala foi reservada a fim de propiciar sigilo e nenhuma interrupção. Quando ocorria interrupção, imediatamente a pesquisadora interrompia a coleta de dados, conversava com a pessoa que acessou à sala e explicava que estava sendo realizada uma pesquisa. Assim que a pessoa se retirava, retornava-se à coleta de dados.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados dividiu-se em quatro momentos. Foram eles:

1º momento: entrevista semiestruturada individual com profissionais da escola e Equipe de Saúde da Família que participaram do programa de prevenção na escola (Apêndice D).

2º momento: entrevista semiestruturada com os gestores:

a) nível federal: entrevista semiestruturada individual (Apêndice E);

b) nível municipal: entrevista semiestruturada individual (Apêndice E).

3º momento: participação das oficinas dos pais e grupo focal com os pais que participaram da oficina de pais do programa de prevenção escolar ao uso abusivo de *crack*, álcool e outras drogas (Apêndice F).

4º momento: entrevista com os multiplicadores do programa e coordenador regional da avaliação do programa (Apêndice G).

Para Leopardi (2001), a entrevista é uma técnica em que o pesquisador está junto ao sujeito da pesquisa e que realiza perguntas referentes ao problema da pesquisa. Ela possui três características: a intersubjetividade, a intuição e a imaginação. Assim, nesta técnica a própria pessoa que está envolvida no problema descreve ou relata tudo o que pensa ou sente sobre o que tem feito ou experimentado. A entrevista semiestruturada ou por pautas possui pontos de interesses que deverão ser explorados ao longo da entrevista. “O entrevistador, neste caso, faz poucas perguntas diretas, e deixa o entrevistado falar sempre que esteja tocando em algum tema dos contidos na pauta” (LEOPARDI, 2001, p. 207).

4.7 PROCEDIMENTOS

4.7.1 Seleção dos participantes

Os participantes foram profissionais que participaram da articulação entre saúde e educação do programa de prevenção escolar ao uso abusivo de *crack*, álcool e outras drogas e os pais que participaram da oficina de pais em Florianópolis.

4.7.2 Contato com os participantes

Com os profissionais de saúde e da educação foi realizado contato com os serviços públicos pessoalmente; a pesquisadora se apresentou ao coordenador ou diretor do serviço, assim como relatou os

objetivos da pesquisa. O coordenador ou diretor indicou os profissionais a serem entrevistados.

Para a coleta de dados com os pais, a pesquisadora participou de uma oficina de pais em cada escola e se apresentou aos pais, informando que ao final dos encontros iria registrar o contato dos mesmos. Explicou também a eles os objetivos da pesquisa. Ao final das três oficinas a pesquisadora entrou em contato com a articuladora do PSE da escola e pediu a lista de pais que participaram do projeto de prevenção, bem como o contato telefônico. Em contato com os pais por telefone, a pesquisadora se apresentou e agendou dia, local e horário para os pais que manifestaram interesse em participar. O local da entrevista com os pais foi na escola em que seus filhos estudam, salvo duas entrevistas que ocorreram no local de trabalho dos participantes.

Para a coleta de dados com os diretores das escolas, a pesquisadora fez sua coleta juntamente com a coordenadora regional de avaliação do programa de prevenção. Sendo que esta foi quem fez toda a articulação para a realização do grupo focal e conduziu a coleta de dados.

Em relação à gestão municipal, a pesquisadora e a coordenadora fizeram contato telefônico e agendou-se dia, hora e local. Estavam presentes a pesquisadora, coordenadora regional de avaliação do programa e o gestor municipal.

No nível federal, o membro da Supervisão Nacional do Programa de Prevenção veio a Florianópolis. A entrevista foi realizada no local em que estava hospedado, estando presentes somente a pesquisadora e entrevistado.

No início de todas as entrevistas e grupos focais a pesquisadora se apresentou, assim como foram expostos o objetivo e a justificativa da pesquisa. Entregou a aprovação do Comitê de Ética e leu junto com eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice H e J). A entrevistadora também explicou aos entrevistados que a entrevista seria gravada e que seus dados seriam passados para o computador e, posteriormente, transcritos, tendo contato com o material apenas a pesquisadora e a orientadora. Dessa forma, a entrevistadora apresentou e obteve a assinatura do Termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (Apêndice I).

A pesquisadora também informou aos participantes que poderiam desistir a qualquer momento, sem que isso os prejudicasse, que sua participação seria voluntária e se, em algum momento, se sentissem desconfortáveis, deveriam relatar para a pesquisadora.

4.7.3 Coleta dos registros de dados

A coleta de dados foi realizada dentro dos princípios éticos com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Consentimento para Gravações e de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional em Saúde (CNS). A coleta dos dados foi realizada em sala com sigilo e estavam presentes somente pesquisador e participante na entrevista semiestruturada e pesquisador e participantes no grupo focal. Após as transcrições, as gravações foram salvas em um CD e apagadas do gravador e computador, ficando armazenadas com acesso restrito ao pesquisador e orientador.

4.7.4 Organização, tratamento e análise dos dados

A organização dos dados ocorreu a partir das transcrições e escutas do material, e assim possibilitou a identificação de dados que respondiam à pergunta de pesquisa: como ocorreu o processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas a partir da articulação intersetorial? Em seguida, os dados foram organizados em categorias a *posteriori* centrais e subcategorias (quadro 11) para facilitar a compreensão dos objetivos da pesquisa. Para isso é realizada a decomposição do conjunto da mensagem a partir das unidades de registro que podem ser frases ou palavras-chaves. Além disso, considera-se também na análise o contexto em que a mensagem faz parte. Assim, criam-se as categorias, essas foram construídas com base nas ideias próximas (GOMES, 1994). Os dados foram analisados de acordo com os objetivos propostos para a pesquisa, bem como o referencial teórico de sustentação da pesquisa.

Os dados categorizados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Gomes (1994). Essa técnica possui duas funções, uma trata-se da verificação das hipóteses da pesquisa e a outra é a descoberta do conteúdo das falas que está oculto. A análise de conteúdo abrange três fases consecutivas. Na primeira, chamada de pré-análise, é organizado o material a ser analisado, ou seja, a(s) unidade(s) de registro, unidade(s) de contexto(s), trechos e categorias. A segunda fase é a de categorizar, isto é, as falas com as mesmas ideias são unidas e colocadas na categoria, se necessário, poderão ser construídas outras categorias. Na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, última fase, desvenda-se o conteúdo oculto que está na fala dos entrevistados (GOMES, 1994).

Seguem as categorias e subcategorias desenvolvidas a partir da categorização produzida na segunda fase proposta por Gomes (1994).

Quadro 11 - Subcapítulo, categoria e subcategoria (continua)

Subcapítulo	Categoria	Subcategoria
5.1 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA	5.1.1 Processo de formulação do programa de prevenção às drogas	Fragilidade do Eixo Prevenção do Programa Crack é possível vencer
		Importância do Programa para a Prevenção do uso de drogas
		Estratégias anteriores de prevenção
		Diretrizes políticas para a formulação e implantação do Programa de Prevenção ao uso de drogas
	5.1.2 Pactuações para a implantação do programa de prevenção ao uso de drogas	Pactuações na esfera federal
		Pactuações entre as esferas federal, estadual e municipal
Pactuações territoriais		
5.2 PERCEPÇÕES SOBRE O PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS	5.2.1 Inclusão dos profissionais no programa de prevenção	
	5.2.2 Implantação do programa de prevenção	Facilidades e dificuldades no processo de implantação do programa de prevenção

(continuação)

Subcapítulo	Categoria	Subcategoria
		Estratégias para a implantação do programa
	5.2.3 Avaliação do programa de prevenção	
5.3 PERCEPÇÕES SOBRE A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA O PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS	5.3.1 Território enquanto protagonista da intersectorialidade	
	5.3.2 Intersectorialidade enquanto ampliação do cuidado	
	5.3.3 Facilidades e dificuldades da articulação	
	5.3.4 Instrumentos para promover e fortalecer a intersectorialidade	
	5.3.5 Resultados encontrados a partir da articulação intersectorial	
5.4 OFICINA DE PAIS: PERCEPÇÕES SOBRE A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	5.4.1 O processo de planeamento e realização das oficinas	
	5.4.2 A articulação com demais setores para realização da oficina de pais: o que são ações intersectoriais?	
	5.4.3 Dificuldades da relação escola-pais	
	5.4.4 As percepções dos profissionais e gestores sobre a oficina de pais	
	5.4.5 Facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento da oficina de pais	

(conclusão)

Subcapítulo	Categoria	Subcategoria
	5.4.6 Estratégias dos profissionais para o desenvolvimento da oficina de pais	
	5.4.7 Percepções dos pais sobre as atividades do programa de prevenção ao uso de drogas	Conhecimentos anteriores dos pais sobre prevenção ao uso de drogas
		Avaliação dos pais sobre as aulas que os filhos vivenciaram
		Avaliação da oficina de pais
		Avaliação da intersetorialidade entre saúde e educação

Fonte: Elaboração da autora (2014).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo divide-se em quatro subcapítulos, são eles: Processo de construção de uma política pública; Percepções sobre o programa de prevenção ao uso de drogas; Percepções sobre a articulação intersetorial para o programa de prevenção ao uso de drogas; Oficina de pais: percepções sobre a articulação intersetorial.

No primeiro subcapítulo são apresentados o processo e pactuações necessárias para a implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas intitulado *Unplugged* / #Tamojunto, cujo interesse é de transformá-la em uma política pública. No capítulo seguinte, encontram-se as percepções dos profissionais da saúde e educação, gestores municipais da saúde e educação, gestor federal, coordenador local e multiplicadores sobre o programa de prevenção e oficina de pais. No capítulo 3, abordam-se as percepções para a realização da intersetorialidade entre a saúde e educação, assim como a avaliação da necessidade da mesma. Neste subcapítulo, também há a avaliação feita pelos profissionais, gestores, coordenador e multiplicadores sobre a oficina de pais. Por último, no capítulo 4, expõem-se as avaliações dos pais sobre o programa de prevenção ao uso de drogas e da oficina de pais.

5.1 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

O programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto estava sendo implantado com a pretensão de tornar-se uma política pública. Para isso, faz-se necessário percorrer um **processo de formulação** e diversas **pactuações** para ser implantado e efetivado. Neste capítulo apresenta-se e analisa-se o caminho percorrido para a construção de uma política pública de Prevenção às drogas a partir da escolha do programa de prevenção ao uso de drogas pelo MS que havia sido implantando em países como Áustria, Bélgica, Alemanha, Grécia, Itália, Espanha e Suécia e teve bons resultados.

Um estudo realizado nos anos de 2004 e 2005 em escolas da Europa (FAGGIANO et al., 2010) demonstrou uma pesquisa randomizada com 170 escolas, correspondendo a 7.079 alunos participantes no pré-teste e a 6.604 alunos no pós-teste após sete meses e com 5.812 alunos no pós-teste após 12 meses do primeiro pós-teste. O grau de implantação do programa foi alto, pois 79% das escolas implantaram todas as aulas, no entanto a oficina de pais teve pouca participação, cerca de 12 pais por oficina. Quinze meses após o fim do

programa, quando foi aplicado o segundo pós-teste, o uso de tabaco e *cannabis* e a frequência dos episódios de embriaguez diminuíram entre os estudantes expostos ao experimento comparando com os estudantes das escolas controle.

Contudo, a diminuição da prevalência do tabagismo não foi estatisticamente significativa. O mesmo não ocorreu com a incidência em relação ao uso de tabaco, uma vez que os alunos que sofreram as intervenções mostraram maior tendência ao não uso de tabaco quando comparado com os de controle (83,3% vs 81,4%, $p < 0,05$). A associação entre a intervenção e as mudanças de comportamento foi mais forte para a embriaguez quando comparado com os alunos controle. A porcentagem de estudantes que ficaram sem um episódio de embriaguez nos últimos 30 dias foi significativamente maior (87,3% vs 85,0%). Quanto à *cannabis*, a proporção de não usuários persistentes foi significativamente maior entre os estudantes que participaram do programa em relação aos de controle (94,4% vs 92,4%, $p < 0,05$), assim como a proporção de usuários esporádicos e frequentes, que diminuíram a sua utilização (48,0% vs 41,2%, ns, e 43,5% vs 29,8%, NS) (FAGGIANO et al., 2010).

A redução estimada foi de cerca de 38% para embriaguez e de 26% para o consumo de *cannabis*. Quanto ao uso do tabaco, não foram encontrados efeitos significativos, mas a intervenção foi considerada preventiva em não fumantes quanto a iniciar o uso de cigarro.

Um objetivo secundário do estudo foi detectar as principais contribuições do envolvimento dos pais para a eficácia do programa de prevenção ao uso de drogas, porém o baixo alcance dessa atividade devido ao pouco comparecimento dos pais nas oficinas pode explicar a ausência de efeitos detectáveis desse componente (FAGGIANO et al., 2010).

5.1.1 Processo de formulação do programa de prevenção às drogas

Para a construção da política pública sobre drogas identificou-se a **fragilidade do eixo prevenção do programa Crack é possível vencer** e percebeu-se a **importância de um programa para a prevenção do uso de drogas**, uma vez que a reflexão e a aplicação de projetos de prevenção aplicados até o momento possuíam uma lógica que estimula a proibição, utilizando pedagogia do medo, persuadindo as pessoas à abstinência.

Para o processo de formulação do programa verificou-se a necessidade de observar as **estratégias anteriores de prevenção** que

pudessem subsidiar uma nova proposta. Além disso, o programa foi desenvolvido a partir de **diretrizes** de políticas públicas do Governo Federal.

Fragilidade do eixo prevenção do programa Crack é possível vencer

O projeto de prevenção às drogas foi pensado a partir de dois centros, são eles: o Núcleo de Pesquisas em Psicologia Clínica (PsiClin) da UFSC e a Coordenação Nacional de Saúde Mental do MS em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A criação do projeto pela UFSC deu-se da seguinte maneira:

Esse programa, eu concebi ele [sic] no meu pós-doutorado quando eu estava na Espanha. Eu fiz o meu estágio pós-doutoral no Plano nacional de Drogodependência em Valencia com uma longa tradição em trabalhos em prevenção. E eu acompanhei uma parte deste trabalho. Acompanhei, fui nas [sic] escolas, acompanhei um pouco o que eles aplicavam, conheci os programas que eles utilizavam. E, bem na época, isso foi em 2011, final de 2011, quando eu estava na Espanha, ainda foi lançado no Brasil o Plano Crack é possível vencer do Governo Dilma, que tem 3 eixos: cuidado, segurança e prevenção, a educação. Nisso eu comecei a olhar, a analisar o que era aquilo que tinha sido lançado e vi a fragilidade no que tinha na prevenção. Na prevenção o que eles propunham era o PROERD e curso de capacitação de educadores e só. Não tinha nada, nenhuma diretriz, nem nada. Então foi aí que me deu a ideia de formular um projeto piloto que eu usaria de repente em Florianópolis como teste, como piloto realmente com a possibilidade de uma capacidade replicativa para outras cidades brasileiras (Coordenador regional da avaliação).

Paralelamente a essa iniciativa do setor da UFSC, a Coordenação de Saúde Mental do MS identificou a necessidade de avançar a prevenção de drogas nas escolas, uma vez que foi percebida a fragilidade desse tema no contexto escolar.

[...] eu trabalho para a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e o Coordenador Nacional ele [sic] assistiu uma [sic] apresentação de alguns representantes da UNODC que é o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes e eles têm é como se fosse um *menu* de opções assim, é um caderno que tem vários programas preventivos que foram validados pra [sic] diferentes culturas. Então, a saúde mental até então todo foco dela era voltado pra [sic] assistência e o tratamento. E um dos núcleos que tem na saúde mental é o núcleo de álcool e outras drogas. Então, quando o Coordenador de Saúde Mental conhece esse projeto, ele resolve trazer a prevenção como parte das propostas da saúde mental e nisso vai buscar programas que tenham evidências, que sejam eficazes e que sejam possíveis de serem adaptados à realidade brasileira (Gestor federal).

Percebe-se que ocorreu uma sincronia de interesses tanto da área técnica responsável pela política de saúde mental quanto pelo interesse acadêmico representado pela professora que traz a experiência espanhola e propõe a aplicação em Florianópolis de um programa de prevenção ao uso de drogas baseado em evidências. Também há uma ampliação da atuação da política pública, tendo em vista que o MS, até então, investiu mais no tratamento, ou seja, embora a política preconizasse a prevenção desde sua formulação em 2003 (BRASIL, 2003), os serviços e as intervenções foram organizadas para as pessoas que já faziam uso ou abuso de drogas.

Pensar em prevenção é uma forma de mudar o modelo de saúde hegemônico, visa a uma atitude ampliada e responsável com relação ao uso de drogas, de forma integral, seja ela lícita ou ilícita. No modelo de atenção que destaca a prevenção são consideradas as circunstâncias em que ocorre o uso, a finalidade e o tipo de relação que a pessoa mantém com a substância (OBID, 2014).

Notou-se em ambas as falas, tanto vindas da gestão da política pública quanto da academia, a necessidade de se ter uma política pública sobre prevenção de drogas para nortear as ações no país. Tal necessidade justifica-se, ainda mais, devido aos dados das pesquisas realizadas com estudantes brasileiros de Ensino Fundamental, que mostram o aumento do uso nessa faixa etária. Segundo o IBGE, em

2012, 19,6% dos estudantes haviam fumado cigarro; 70,5%, ingerido bebida alcoólica; 7,3% dos educandos já utilizaram drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida, sendo que o maior percentual entre as capitais foi em Florianópolis com 17,5% de uso de drogas ilícitas entre os estudantes de Ensino Fundamental e Médio (IBGE, 2013). Assim, esses dados justificam a **importância do programa de prevenção ao uso de drogas**.

Importância do programa para a prevenção ao uso de drogas

Uma série de fatores confirma a importância de um programa de Prevenção ao Uso de Drogas como prioritário para o Estado neste momento, alguns deles são: dados estatísticos (IBGE, 2013), mudança de modelo de saúde em curso, criação do Plano Crack é possível vencer em 2011, criação e ampliação do Programa Saúde do Escolar (PSE), Carta de Ottawa (1986), endossada pela OMS, que aborda a escola promotora de saúde. A Carta de Ottawa, que foi construída na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no ano de 1986, impulsionou o desenvolvimento da Escola Promotora de Saúde que implementa políticas que apoiam o bem-estar individual e coletivo, oferece múltiplas oportunidades de crescimento e desenvolvimento para crianças e adolescentes. Nela, já está prevista a intersetorialidade entre escola, saúde, família e comunidade, que possibilita oferecer treinamento em habilidades para a vida, reforçar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco. Talvez seja a partir da Escola Promotora de Saúde que se desenvolveu a política pública Saúde na Escola (WHO, 1997a).

Sobre a importância, um dos entrevistados diz:

Então, na verdade, quem está tocando o projeto é o Setor de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esta política acabou no final do primeiro semestre, foi em julho ou agosto, por aí, ela foi assumida pela Casa Civil como prioritária para o Plano Crack. E hoje ela está sendo avaliada pela Casa Civil e pela Presidência da República. Então, porque na verdade não se tem nada mais efetivo para as escolas, a não ser a formação a distância que capacita os professores, que eles têm que desenvolver um projeto nas escolas. Mas, não tem oferecimento de metodologias, técnicas ou de programas mais duradouros, sistemáticas

ofertadas e, por isso, que este virou um programa prioritário. Também pela SENAD. Então, hoje ele é um programa prioritário pela Casa Civil, pela Senad e pelo Ministério da Saúde (Coordenador regional da avaliação).

A fala do entrevistado deixa clara a importância desse programa para o Governo Federal, o qual aponta um novo modelo de atenção à saúde para o campo das drogas. Este é definido a partir de saberes da área e da construção de ações específicas, organizando-se conforme a tecnologia utilizada na assistência, prevenção, contexto social, econômico, político, entre outros (FRANCO; MERHY, 2004).

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos ou grupos (MERHY, 2000, p. 1).

O modelo de saúde está diretamente relacionado às contratualizações entre os usuários, profissionais e gestores, uma vez que cada um possui intenções, necessidades específicas, envolve correlações de forças de modo que a diversidade de interesses encontre objetivos e pactuações comuns. Então, uma ação do governo como uma política pública será tecnológica, mas anterior a isso, política. “São expressões das muitas possibilidades que os projetos em jogo podem adquirir e das capacidades dos atores em cena construir acordos e controles na situação em foco”. Ter um processo de negociação entre esses três atores é fundamental para possibilitar a mudança de modelo (MERHY, 2000, p. 2).

Essas são algumas diretrizes teóricas e políticas que dão suporte ao processo de formulação de um programa de prevenção às drogas.

Estratégias anteriores de prevenção

Para se planejar uma política pública, além das diretrizes políticas, é importante conhecer as estratégias anteriores de prevenção, identificar as fragilidades e potencialidades dessas estratégias e, a partir dessas experiências, propor algo novo e melhor ou, até mesmo, que agregue algumas dessas experiências.

A partir dos relatos dos entrevistados, identificou-se que as estratégias anteriores de prevenção estavam relacionadas basicamente ao PROERD, existindo também grupos de escuta intersetorial e o PSE. No âmbito legal, constatou-se a existência da Lei Municipal nº 7.717, de 2008 (FLORIANÓPOLIS, 2008), que institui a inclusão dos estudos de prevenção e combate ao uso de drogas psicoativas lícitas e ilícitas nos currículos das escolas municipais de Florianópolis, e deverão ser ministrados nas disciplinas de educação física e ciências os seguintes conteúdos: farmacológicos, psicológicos, antropológicos, epidemiológicos das substâncias psicoativas; efeitos e consequências físicas, psicológicas, familiares e sociais; tipos de consumo (uso, abuso e dependência); legislação, repressão e prevenção; motivações para o consumo de drogas e condutas de risco; e drogas lícitas e ilícitas (incluindo o uso de álcool e a automedicação).

O PROERD é um programa desenvolvido pela Polícia Militar nas escolas para os alunos do Ensino Fundamental. Alguns dos objetivos são: fortalecer a autoestima das crianças e adolescentes a valorizarem a vida, mostrando opções saudáveis de comportamento, longe das drogas e da violência; aproximar a Polícia Militar da comunidade escolar e, por consequência, da comunidade em geral, proporcionando um clima de parceria e confiança, gerando informações, tornando possível um melhor atendimento aos anseios sociais, bem como mostrar a importância do papel social da corporação.

Os grupos de escuta intersetorial foram trazidos como uma estratégia que promove a prevenção e busca a intersetorialidade:

Especificamente, no município nós temos os grupos de escuta, que são os grupos que escutam os problemas, são grupos intersetoriais saúde e educação e aí entra também conselho tutelar, o CRAS, né [sic], os atores da área que fazem interface. Eles escutam os problemas das crianças das escolas, e aí aparece muito a questão de drogas e até a incapacidade dos

profissionais de trabalharem com o enfrentamento disso, ou trabalharem com prevenção, né [sic]. [...] Então se gasta uma energia imensa pra [sic] obviamente, é um importante, mas pra [sic] resolver especificamente um caso, né [sic]. E as pessoas têm essa tendência de esquecer todo o outro lado, de como é que previne isso, que é a grande tarefa do PSE, né [sic] (Gestor municipal da saúde).

Essa é outra ferramenta possível para a prevenção e para a intersetorialidade, mas, pelos relatos, ela muitas vezes limita-se a discutir alguns casos, em que os problemas já estão colocados e não se consegue chegar às ações comunitárias de prevenção. De qualquer forma aparece como uma estratégia importante, uma vez que possibilita que diversos setores comunitários conversem sobre os problemas existentes no território.

Há também a Lei municipal nº 7.717, de 2008 (FLORIANÓPOLIS, 2008), que insere o tema drogas nas disciplinas de ciências e educação física, em que o professor precisa trabalhar curricularmente sobre esse tema. Assim, “quando ia trabalhar a questão respiratória, a questão do cigarro, a questão do álcool no organismo, isso aparecia mais” (Gestor da educação).

Dessa forma, houve uma iniciativa em trabalhar a prevenção por parte da Secretaria Municipal de Educação. Porém, limitar a prevenção a algumas disciplinas ou professores pode desresponsabilizar os outros educadores e toda a escola de trabalhar de forma preventiva.

Pode-se completar essa lista com a Lei municipal de Florianópolis nº 8.128/2010, que institui o Dia Municipal de Prevenção ao Uso de Drogas, que ocorre todos os anos no dia 09 de junho (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Uma das entrevistadas informou que na gestão estadual havia o programa Saúde e Prevenção nas Escolas e, com a criação do PSE, esse programa tornou-se uma diretriz dentro desse programa, e que as construções que haviam sido feitas se diluíram:

E assim, em nível de estado, na época que tinha o Saúde e Prevenção nas escolas, me parece que eles trabalhavam com uma estratégia mais organizada, depois o SPE, que é Saúde e Prevenção na Escola, ficou dentro do PSE e um

pouco que [...] não que se perdeu, ele generalizou, né [sic], ele ficou sem uma estratégia, e agora eu percebo que as pessoas tinham uma estratégia organizada nos diversos municípios, já bem forte, assim, desse SPE, que é onde se tratava da temática de drogas (Gestor municipal da saúde).

ENT: e isso se perdeu agora com o PSE?

Gestor municipal da saúde: É, porque eu acho que misturou um monte [...] é, ficou dissolvido. E elas já tinham, assim, uma metodologia de grupo intersetorial de trabalho. Olhando, assim, os municípios do estado, e o contato que eu tenho, tinha isso organizado, assim, então eu acho que quando cria novas coisas a gente tem que aprender a reaproveitar a experiência que o programa deixou, né [sic]. Aprender que o que ficou pra [sic] trás, ele também é bom, né [sic].

Observa-se que o gestor da saúde aponta a existência de uma interposição de ações e programas na construção de novas políticas públicas, que acabam desvalorizando e desconsiderando as iniciativas anteriores. Os profissionais, dessa forma, podem sentir-se desvalorizados, pois não são consultados e recebem novas diretrizes de forma abrupta e não participativa. Então, pode ser que tenha ocorrido um empenho dos profissionais para a efetivação do programa Saúde e Prevenção nas Escolas. Tal programa está no Componente II do PSE e é justamente nele que este projeto de prevenção encontra-se. Percebe-se, então, uma falta de comunicação entre o que estava sendo realizado e a nova proposta de atuação.

Diretrizes políticas para a formulação e implantação do programa de prevenção ao uso de drogas

Na construção de Políticas Públicas, as diretrizes políticas são instruções, propostas ou recomendações que fundamentam a construção de leis e normativas das políticas públicas e dos programas sociais. São referências que norteiam a base instrutiva para os gestores. Política pública é um conjunto de decisões que pode ser de abordagem estatista ou multicêntrica. A primeira ocorre quando emanada de ator estatal – executivo, legislativo ou judiciário – devendo ser sancionada por eles. “A dimensão **pública** é dada pelo seu caráter jurídico **imperativo**, assim políticas públicas compreendem o conjunto das decisões e ações

relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos” (LIMA, 2012, s/p, grifos do autor). Na abordagem estatista, apesar de ser emanada por atores estatais, os não estatais têm influência no processo de elaboração das políticas públicas. Na segunda, intitulada de multicêntrica, ocorre o destaque não para quem formula a política pública, podendo ser qualquer ator, mas para a origem do problema enfrentado, logo, é uma política pública se o problema a ser enfrentado é público (LIMA, 2012). Esta política pública foi emanada tanto pelo Estado como pela UFSC, podendo, dessa forma, ser caracterizada como multicêntrica.

Destacou-se, na fala dos entrevistados, as seguintes diretrizes, são elas: intersectorialidade no território, estratégias de consolidação e pactuações entre saúde e educação:

1. Intersetorialidade no território

Fica claro, na fala do gestor federal da saúde, que o programa tem como base a relação saúde-educação no território.

[...] a gente percebeu que a oficina de pais poderia ser um espaço pra promover essa relação saúde educação. E aí a gente colocou isso como uma condição pro [sic] Programa ser implantado. Que não existia até então. [...]. E a gente tem garantido isso, por exemplo, a oficina de pais, ela tem que ter, pelo menos um profissional da saúde e um profissional da educação. Essa é uma condição pra [sic] acontecer (Gestor federal).

A oficina de pais, que faz parte do programa de prevenção ao uso de drogas analisado aqui, é utilizada como instrumento para fortalecer a relação entre saúde e escola. Tal relação ainda é precária, pois, por vezes, a escola e a UBS não conversam ou os profissionais da unidade de saúde promovem ações dentro da escola, sem que os dois setores planejem e executem em conjunto. Por exemplo: os profissionais da unidade de saúde vão à escola, no âmbito do PSE, para pesar e medir os alunos sem que isso seja uma ação compartilhada, não se efetivando uma relação intersectorial. Não se discute aqui a importância dessas ações, mas cabe refletir sobre como elas foram planejadas e executadas.

Para ser intersectorial uma ação deve envolver os diversos setores, no caso, os profissionais da educação e da saúde que, em todo o

processo, devem planejar e executar conjuntamente as ações. Na prática o que se pode constatar ainda são ações fragmentadas mesmo no âmbito de um programa intersetorial. Falas como “agora é a vez da saúde de medir e pesar, eu da educação posso me ausentar”, por exemplo, não correspondem a uma política intersetorial.

Com o objetivo de promover a intersetorialidade o MS utilizou, no contexto do programa de prevenção, a oficina de pais:

Porque o que a gente queria com a oficina de pais não era nem fazer a oficina de pais, foi uma grande desculpa pra [sic] promover essa reunião. Inicialmente quando a gente pensou como é que seria: o professor faz as doze aulas e o profissional de saúde faz as três oficinas de pais e a gente chamaria isso de uma relação intersetorial. E aí a gente viu que isso não ia fomentar nada porque iam ficar de novo usando os agentes separados. Então, a gente colocou como condição pra [sic] quem topa entrar no programa, que a gente faz uma pactuação, pra [sic] quem é convidado e aceita, que disponibilize, pelo menos, um ou dois profissionais da saúde, que uma vez por mês eles estão na escola planejando a oficina de pais e depois executando a oficina de pais. Então, durante um semestre esses profissionais se encontram, pelo menos, seis vezes, três vezes para planejar as oficinas, já que são três e três vezes pra [sic] executar as oficinas [...] Então, isso é uma coisa muito forte do projeto, muito, muito forte que é a saúde e educação do território trabalhando juntos (Gestor federal).

A intersetorialidade é fundamental para promover o diálogo no território, uma vez que os dois serviços, escola e UBS, atendem os moradores da comunidade que compartilham da cultura, da economia, das dificuldades e potencialidades locais. A relação entre estes serviços no território possibilita o fortalecimento das suas ações, a integralidade e o melhor desenvolvimento do território. Em geral, as demandas que a comunidade traz são intersetoriais, como, por exemplo, crianças usuárias de drogas, com problemas de aprendizagem ou adolescentes com dificuldade de criar vínculos, exigem o esforço conjunto. Nesse sentido, a implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas

nas escolas pode favorecer esse diálogo intersetorial e, nesse caso, busca ser um instrumento para isso.

2. Estratégias de consolidação

A última diretriz que embasa a construção dessa política pública são as estratégias de consolidação. Sabe-se que há uma precarização das condições de trabalho, de equipamentos, materiais, ambientes, entre outros, tanto na saúde como na educação e que muitos desses aspectos precisam de um maior incentivo do governo. No entanto, essa precarização não pode paralisar as ações de saúde ou educativas nos territórios. Então, por mais que haja inúmeras dificuldades de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, esse não é um impeditivo para a criação de ferramentas que possam melhorar, dentro do possível, as ações da saúde e da educação. Sobre isso, o gestor federal diz:

O MEC acredita que o fortalecimento do território de uma forma saudável, ele por si só já é preventivo. Então, pro [sic] MEC e isso é muito claro na fala do PSE dele, dos profissionais do PSE é: se eu tenho uma escola saudável e se eu tenho uma escola que dialoga com a saúde, automaticamente eu to [sic] fazendo prevenção desse território. O que faz algum sentido de fato. Eu não discordaria dele, porque realmente quero escolas e saúde fortalecidas e que conversem e que, obviamente, isso é fator de proteção também. Se eu tenho vínculos saudáveis, é fator de proteção. E que vai ser fator de proteção inclusive para o abuso de drogas. Então, essa é uma lógica que faz sentido (Gestor federal).

E aí nesse momento de fortalecimento desses atores, é uma mudança sistêmica gigantesca, é gigantesco assim. Se tá [sic] falando de melhorar salário de professor, melhorar formação desses profissionais, de ter uma estrutura física que suporte, não dá pra [sic] colocar quarenta e cinco alunos numa sala que cabe [sic] trinta, que não têm um local de esporte, que não têm um local de lazer, enfim. E eu acho que isso tem que mudar, eu acho que não é bom (Gestor federal).

Só que, na minha perspectiva, se eu tenho algo que eu posso oferecer que é simples e que pode começar, eu não vou esperar uma grande revolução da educação brasileira pra [sic] isso acontecer. É meio o meu princípio assim, eu acho que não é ético você ter algo pra [sic] oferecer, algo que já pode ajudar, que é simples, que é pequeno, que não é suficiente, não é uma panaceia que vai resolver todos os males (Gestor federal).

Percebe-se que há concepções diferentes entre o MS e o MEC sobre prevenção e o programa de prevenção às drogas. E tais concepções foram suficientes para ocorrer um afastamento entre esses setores na realização do programa. A análise desta será aprofundada na discussão sobre a relação **intra e interministerial** neste mesmo capítulo. Mas aqui se destaca que o que era para ser uma política Interministerial, desde o início e, portanto, intersetorial, acontece como uma política do MS, da área técnica de saúde mental, que propõe para o território a prática intersetorial.

3. Pactuações entre saúde e educação

Outra diretriz política para a implantação do programa de prevenção em análise ocorre nas pactuações, visto que se quer que ocorra uma relação intersetorial no território. Ela, portanto, deve ser desenvolvida e potencializada desde a esfera federal com os demais setores. Segue a fala do entrevistado:

Então, por exemplo, hoje a gente não tem o MEC como parceiro direto, ele apoia mais periféricamente, mas todos os territórios que a gente tocou o programa, todos eles a gente tem pactuado ou com o município ou com o Estado ou em algumas regiões são os dois: o município e o Estado. Então, por exemplo, aqui em Florianópolis a Secretaria Municipal de Educação e de Saúde são parceiras do projeto. Tanto que eu vim pra [sic] cá agora porque amanhã eu tenho uma reunião com a saúde e com a educação. E isso que a gente faz, toda a reunião, a gente não faz reunião com um ator só. Sempre as coisas são pactuadas em conjunto, forçando essa intersetorialidade (Gestor federal).

Para que uma política seja intersetorial, ela precisa ser pactuada em todas as esferas de governo. Como exemplo, tem-se o PSE, que é eminentemente intersetorial e interministerial, que existe em todos os níveis de gestão, tanto na saúde como na educação. Em nível ministerial espera-se que eles definam as diretrizes para o Estado e município conjuntamente e que seja um modelo inspirador aos demais níveis para efetivação da intersetorialidade.

Precisam contratualizar juntos as regras, as formas, o sistema e a própria rede, sendo uma característica da rede o compartilhamento do poder decisório, não havendo espaço para poderes centralizados, hierarquia e imposições. Na rede é preciso haver colaboração, todos trabalham para o mesmo fim, sendo uma característica a horizontalidade (SANTOS, 2011).

5.1.2 Pactuações para a implantação do programa de prevenção ao uso de drogas

A implantação de uma política pública como o programa de prevenção ao uso de drogas, que se encontra em fase de implantação, exige um amplo processo de pactuações com diversos setores para sua efetivação enquanto Política Pública.

As pactuações, para este programa, iniciaram **na esfera federal** e, neste momento, foi possível perceber diferenças ideológicas do MS e do MEC. As pactuações realizadas e identificadas nas entrevistas foram: **entre as esferas federal, estadual e municipal**, que correspondem a pactuações entre o MS e a UFSC, e do MS e UFSC com a Secretaria do Estado de Santa Catarina, do MS e UFSC com a Secretaria Municipal. E **pactuações territoriais** relacionadas à gestão municipal de educação e as escolas e entre os profissionais de saúde com a coordenação local.

Pactuações na esfera federal

Para o processo de implantação, o MS montou uma equipe responsável por pactuar e definir as diretrizes junto com os demais setores dos três níveis e território. Essas pactuações iniciaram em nível ministerial, seguiram para o estado de Santa Catarina, município de Florianópolis e três territórios: Coqueiros, Rio Tavares e Rio Vermelho. Dessa forma, realizaram-se inúmeras reuniões para apresentar e explicar o projeto, definir as obrigações de cada setor, esclarecer dúvidas, fazer as alterações necessárias, entre outros:

E aí a gente foi fazendo as pactuações dali pra [sic] baixo. Então, fazia uma visita no Estado com o secretário de saúde, secretário de educação pra [sic] fazer a pactuação. Ia pro [sic] município, secretário da saúde, secretário de educação fazia a pactuação. Entrava nas regionais de ensino e de saúde, algumas cidades elas existem e aí que a gente chegava na [sic] escola. Então, foi esse o processo (Gestor federal).

As pactuações feitas têm uma particularidade, elas sempre foram feitas em conjunto entre a saúde e a educação. Essa forma de pactuar amplia as possibilidades de atuação e corresponsabiliza ambos os atores. Por conseguinte, ela também força a relação entre as secretarias estaduais e municipais da saúde e educação. Ocorrem tanto pactuações entre mesmo nível de secretarias distintas e dos três níveis da mesma secretaria e secretarias distintas.

A pactuação, que acontece sempre entre duas ou mais pessoas ou representantes de entidades, possui como função definir acordos, firmar compromissos. Verifica-se, portanto, que há uma valorização e consideração dos saberes dos participantes, o que pode propiciar uma aproximação intersetorial, e a corresponsabilização pelo programa.

Foram apontadas, pelos entrevistados, como positivas, as inúmeras reuniões que se fez para realizar as pactuações. Essa etapa foi avaliada como fundamental para qualquer implantação de um novo programa dentro de uma política pública:

Então eu acho que é um ponto bastante positivo nessa trajetória toda, foram as inúmeras, os inúmeros encontros que a gente fez pra [sic] conversar, pra [sic] esclarecer as dúvidas [...] e acho que se não tivesse acontecido isso talvez a gente não tivesse chego [sic] nesse, nesse nível de, de [...] de compreensão que se tem hoje, né [sic]. E até de planejamento pra [sic] 2014 né [sic], porque já se tá [sic] pensando nisso (Gestor municipal da educação).

Essa fala deixa clara a necessidade de promover a participação dos atores envolvidos no processo de implantação do programa, em todos os momentos, mesmo que isso demande tempo, empenho e

dedicação. A realização das reuniões de pactuação empoderou os atores, faz com que eles se tornem protagonistas na tarefa de implantar um programa de tal magnitude.

A Coordenação de Saúde Mental do MS identificou e convidou outros departamentos em nível ministerial para pensar e planejar a implantação do programa, são eles: Programa de Saúde do Escolar do MS e Programa de Saúde do Escolar do Ministério da Educação e Cultura. Logo, foram pactuações inter e intraministeriais. A escolha pelo departamento do PSE Saúde e Educação deu-se por três motivos: nele já havia uma política intersetorial entre saúde e educação, então não seria criado algo novo, mas sim fortalecida a existência do eixo “Saúde e prevenção nas Escolas (SPE)”, pertencente ao Componente II do PSE. Além disso, por contingências, a coordenadora nacional do projeto de prevenção, da saúde mental do MS, foi coordenadora do PSE saúde anteriormente. Logo, ela já possuía um vínculo com esse setor.

Sobre isso o gestor federal diz:

Só que a gente estava na Saúde Mental, no Ministério da Saúde, então precisava de uma entrada na escola. E aí paralelo a isso, tem um outro programa, que é o Programa Saúde na Escola, que é um programa que já prevê uma parceria entre a saúde e a educação. Então, esses atores que são, [sic] que se chama PSE saúde e PSE educação, que aí é MEC e Ministério da Saúde na Atenção Básica, que é outro departamento e não é necessariamente departamento da Saúde Mental, que começasse a fazer a pactuação interfederativa. Então, chama o PSE da educação, chama o PSE da Saúde, chama-se o MEC e o Ministério da Saúde, eles sentam e conversam e decidem que vão ofertar esses programas pro [sic] Eixo 2 do PSE. Porque ele tem vários Eixos de atuação. E um dos Eixos é a prevenção do uso de álcool e outras drogas. Então, essa foi a primeira pactuação interfederativa feita (Gestor federal).

Outra pactuação foi feita com o departamento de DST/AIDS, pois eles têm uma longa história de implantação de programas voltados para sexualidade, gênero e prevenção de doenças sexualmente

transmitidas no Brasil. Outro parceiro do MS para este programa é o Ministério da Justiça, representado no programa pela SENAD.

O MEC iniciou como parceiro do MS e protagonista da implantação do programa, mas durante o processo político de pactuação o MEC se retirou do processo. Isso ocorreu por alguns motivos, são eles: esvaziamento do PSE Educação e diferenças ideológicas. O esvaziamento ocorreu a partir de questões políticas, os entrevistados não souberam informar os motivos, mas conclui-se que divergências políticas podem enfraquecer o desenvolvimento de projetos e de construção de políticas públicas. Segue o relato do gestor federal:

A equipe do PSE Educação foi esvaziada por uma questão política, então tinha uma equipe, sei lá de cinco, dez pessoas, todos foram demitidos e ficou uma pessoa só. Nisso, quem ficou teve que escolher quais eram os Eixos prioritários, e o Eixo da prevenção não foi um Eixo prioritário (Gestor federal).

Inicia-se aí a diferença ideológica, pois para o MS a prevenção é um Eixo prioritário conforme visto na **Importância do programa para prevenção do uso de drogas**.

O outro motivo que justificou a saída do MEC do programa foi a não aceitação da aplicação e avaliação de programas de outros países com propostas pedagógicas diferentes da visão da Política Nacional de Educação e da proposta metodológica dele. Para o MEC, segundo as entrevistas feitas, as “metodologias do programa não estavam de acordo com os discursos das Escolas, com os projetos pedagógicos das escolas, que eram metodologias para adestrar, que eram metodologias que tolhiam a liberdade” (Coordenador regional da avaliação). O MEC tem um histórico de lutas contra a inserção de métodos comportamentais dentro das escolas. Algo que chama atenção é que, mesmo o MEC não aceitando a metodologia e implantar um programa que não tenha origens nacionais, o MS continua com o projeto. Portanto, criar algo novo em parceria não pareceu como algo possível.

Ministério da Educação questionou muito o fato de importar tecnologias, ainda que fosse explicado que a gente faria toda a validação transcultural, toda adaptação transcultural, todo processo que a gente tava [sic] numa etapa de avaliação de efetividade, que não necessariamente ia ser

implantado. Que a gente estava vendo se os programas se adaptariam à realidade ou não. Mas, o Ministério da Educação ele [sic] sempre foi muito resistente à importação da metodologia. Eu participei de várias reuniões, foram muitos os questionamentos de vários aspectos. Que não estão errados, mas, assim, não estavam querendo testar, a não ser que tivesse algo totalmente de acordo com o Projeto Pedagógico (Coordenador regional da avaliação).

A grande perda é porque é ruim não ter o MEC. Se tá [sic] falando que quem toma decisões federais da educação brasileira não concorda com esse projeto. Isso politicamente é muito sério. Agora isso tem atingido menos, mas no começo o que atingia era: ‘por que que [sic] a saúde está escolhendo o programa que entra na escola?’ ‘Ah, mas teve uma revisão didática desse material?’ ‘Ah, mas esse material ele [sic] é coerente com a nossa política pedagógica brasileira?’ E são perguntas que de fato são perguntas do MEC. Não são perguntas que a saúde vai responder (Gestor federal).

Parece que a saída do MEC enfraqueceu o programa, uma vez que o MS teve que pactuar diretamente com os setores estaduais, municipais e territoriais da educação sem a mediação do MEC. Desse modo, o MS teve que tomar uma decisão: ou iniciar uma política intersetorial com a educação sem o MEC enquanto colaborador ou pensar e planejar o programa de uma outra forma ou ainda cancelar o programa. Como já haviam iniciado as primeiras pactuações com o Estado de Santa Catarina e município de Florianópolis, assim como em São Paulo e São Bernardo do Campo, o MS decidiu continuar a implantação do programa sem o MEC. Uma estratégia utilizada para conseguir conversar e pactuar com a educação é solicitar que a saúde, em âmbitos estadual e municipal, convoque a educação de seu mesmo nível.

Pactuações entre as esferas federal, estadual e municipal

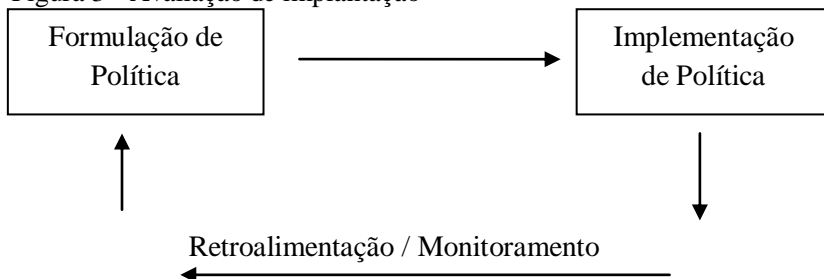
A UFSC iniciou a implantação de um programa de prevenção às drogas, já que o coordenador do PsiClin, entidade da UFSC, havia

pensado em implantar um programa semelhante ao do MS nas escolas de Florianópolis. O coordenador da Saúde Mental do MS o convidou para participar de seu projeto. Para realizar as pactuações, ele e a Coordenadora do PSE Saúde, do MS, vieram a Florianópolis, ficando definido entre as duas instituições que a UFSC teria o papel de avaliação da implantação do programa, juntamente com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e UNIFESP em São Paulo. A respeito disso o Coordenador regional da avaliação diz:

Mas, agora o nosso papel da Universidade é o papel de avaliação. Nós estamos responsáveis pela avaliação do processo de implantação dos programas e da avaliação de resultados. Se aquilo ali tá [sic] produzindo resultados que se quer. Então, a gente está fazendo essas duas coisas (Coordenador regional da avaliação).

Em uma perspectiva complexa, a implementação de uma política é vista como um processo que propõe o monitoramento e avaliação. Então, durante a implantação a política pode ser reconstruída, readaptada conforme a ideologia, diretrizes e objetivos já estabelecidos (SILVA; MELO, 2000). Na figura 3 apresenta-se um modelo de avaliação de implant

Figura 3 - Avaliação de implantação



Fonte: Silva e Melo (2000, p. 5).

Para a avaliação da implantação do programa de prevenção *Unplugged* / #Tamojunto realizada em Florianópolis pela UFSC, em parceria com a UNIFESP em São Paulo e São Bernardo do Campo, foi adotada como metodologia a triangulação, que é a combinação de

estratégias ou métodos de pesquisa capaz de apreender as várias dimensões do objeto. Ela é utilizada com a finalidade de garantir a confiabilidade a dados coletados, buscando maior precisão nos julgamentos e análises (LEOPARDI, 2001). Portanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os multiplicadores, grupos focais com os professores, pais e educandos e análise documental a partir do registro de aula dos professores.

Após as pactuações entre os Ministérios e a UFSC, o caminho seguinte foi conversar com a Secretaria Estadual de Saúde, Educação e Assistência Social. Neste momento foi fundamental a presença da assistência social, uma vez que o Plano Crack é coordenado em Santa Catarina por essa secretaria. Tal reunião teve como objetivo a contratação do apoio estadual para o projeto de prevenção e a abertura da implantação do projeto nas escolas estaduais, o que ocorreria somente no ano seguinte, em um segundo momento do programa.

No entanto, percebe-se que ainda é necessário realizar novas reuniões para firmar e decidir qual o papel e função do Estado na implantação, necessidade que fica clara na fala a seguir:

O Estado ainda [...] tem que se estudar o papel do Estado, eu fico me perguntando qual é o papel do Estado, acho que o papel do estado é mobilizar, né [sic], as regiões, enfim, né [sic]. Sensibilizar, mobilizar, propor a entrada dos municípios, das regiões, para que as pessoas entendam (Gestor municipal de saúde).

Caso um dos setores não reconheça sua função no projeto, pode ocorrer um comprometimento da implantação e até mesmo a impossibilidade de continuar com o projeto. É fundamental que todos participem já que é construído coletivamente. A parceria com o Estado de Santa Catarina está dentro da proposta do programa para implantar o programa de prevenção ao uso de drogas nas escolas estaduais, porém essa é uma etapa posterior.

No momento de pactuação entre o MS e as secretarias municipais de Florianópolis, o MEC ainda não havia se retirado do processo. Então, a pactuação ocorreu entre os Ministérios e as secretarias municipais de saúde e educação. Para sua efetivação, os representantes do projeto do MS e MEC vieram até a cidade de Florianópolis e foi acordado com o secretário de educação a implantação do programa, portanto, foi institucionalizado e assumido pelas secretarias. Entretanto, por

divergências políticas houve dificuldade em negociar com a Secretaria Municipal de Saúde, pois essa secretaria desmarcou duas vezes a reunião de pactuação. Segue o relato do coordenador regional da avaliação:

E aí o Ministério tenta negociar com a saúde e foi uma negociação bem difícil. Com a educação foi muito fácil e com a saúde foi bem difícil, foi uma longa negociação. Inclusive o Coordenador Nacional da Saúde Mental teve que vir aqui juntamente com a Coordenadora Nacional do PSE Saúde. E eles vieram fazer uma reunião específica com o secretário de saúde municipal para fazer o acordo da implantação do projeto. Foi bem truncado. Eles diziam que tavam [sic] impondo, que eles não sabiam e, inclusive desmarcaram duas vezes e o coordenador nacional de saúde mental estava com a passagem comprada. Então, foi uma situação bem tensa. E uma das tensões é porque a Atenção Básica não cobre todas as escolas. [...] E aí isso era uma das coisas que era complicada [sic], porque nós tínhamos escolhido as escolas antes de falar com a saúde e uma das escolas não era coberta pela saúde. Isso foi bem confuso, daí tinha a reclamação de um lado e reclamação do outro (Coordenador regional da avaliação).

O MS e o MEC trazem, junto com a proposta, certas determinações, inclusive de cunho municipal. Há algumas diretrizes que precisam ser decididas pelos coordenadores do projeto e outras definidas conjuntamente com os demais setores colaboradores. Parece que ter pré-escolhido as escolas junto com a Secretaria Municipal de Educação e não ter possibilitado e respeitado a autonomia da Secretaria de Saúde gerou uma dificuldade de implantação do programa, por mais que se entenda que tais escolhas foram realizadas antes da pactuação UFSC – MS. Todavia, enfatiza-se a necessidade de pactuar conjuntamente com os setores. Um dos gestores municipais relata:

E aí eu acho que a gente teve, assim, um cuidado, nós sempre conversamos que ao entrar essas propostas, que fosse discutido com todos os gestores que fazem interface no começo, né [sic].

Para que a importância não fosse contaminada por essas questões de autossuficiência (Gestor municipal de saúde).

Algo que precisa ser estudado é a política de saúde do município, identificar o histórico político da relação da Secretaria de Saúde com a Educação e com os Ministérios, assim como o interesse de implantar um programa de prevenção às drogas. Esses são alguns indicadores que podem ter influenciado na relação município – Ministério.

A dificuldade de relação entre essas duas instituições teve consequências na implantação do programa, pois o programa de prevenção possui doze aulas para serem ministradas em um semestre. As aulas curriculares já haviam começado e, se o programa não fosse implantado no início do semestre, não seria possível que todas as aulas acontecessem. Antes de iniciar essas aulas do projeto de prevenção, ocorreu a capacitação com os profissionais da escola, como diretores, coordenação pedagógica, professores e profissionais da UBS. No entanto, a maior parte dos profissionais de saúde não conseguiu participar, visto que a reunião de pactuação entre MS e Secretaria Municipal de Saúde ocorreu um dia antes da capacitação dos profissionais. Assim, houve uma capacitação intersetorial com poucos profissionais da saúde. A ausência dos profissionais de saúde na capacitação, ou seja, no momento em que eles iriam receber informações sobre o projeto, entender como o mesmo funciona, conhecer os profissionais de outro setor que compartilham o mesmo território, realizar trocas, iniciar o planejamento, provocou uma ruptura do início da articulação. Sobre isso, o multiplicador diz:

[...] o que teve foi uma dificuldade institucional da gestão federal com a gestão municipal, uma dificuldade de acesso, de reuniões. Provavelmente alguma decisão política, enfim, não sei se político partidário ou não, mas alguma questão que dificultou. O que foi feito é que a educação conseguiu entrar antes, ter um tempo hábil para minimamente, minimamente mesmo, encaminhar algumas coisas, com a saúde não teve. Tanto que nós tivemos duas formações, foi segunda/terça e quinta/sexta. Essa reunião com a saúde aconteceu só na quarta. Então na primeira formação não teve nenhum profissional da saúde, na segunda a gente garantiu a presença de um turno da articuladora

PSE Saúde Rio Vermelho, ela foi avisada na quarta da formação e, se eu não me engano, ela foi na quinta de amanhã. Não me lembro agora, teria que ver no meu material se foi algum outro profissional de saúde de algum outro centro. Teve sim do Rio Tavares, foram na segunda formação, uma em cada turno também. Também foram avisadas na quarta-feira. Na quarta-feira a gente fez uma visita ao território, eu, a representante do Ministério da Saúde e a representante da Secretaria de Saúde. A gente fez uma visita aos territórios enquanto o gestor do programa, o gestor nacional, tava [sic] fazendo a reunião com o secretário de saúde. Então, isso aconteceu quase que concomitantemente. E aí nessa visita ao território na quarta-feira nós convidamos para que elas participassem da oficina na quinta e na sexta da formação. E aí não teve tempo hábil para que participassem, enfim, aí foi como deu mesmo (Multiplicador).

Pactuações territoriais

Para receber um programa de prevenção às drogas, a gestão municipal de educação precisa ser apoiadora da escola, ou seja, colaborar para que as ações do projeto de prevenção possam ser executadas com eficiência e sem prejudicar o andamento da escola e dos profissionais. Contudo, essa não foi a percepção de parte dos diretores das escolas, conforme os relatos:

Não existe essa tranquilidade, a gente, na verdade, tá [sic] jogando no verde, tá [sic] esperando que eles [Secretaria Municipal de Educação] falem pra [sic] gente antes porque a gente fica meio preocupado de perguntar, mas assim o que eu coloco que existe um investimento que pra tu conseguir [sic] participar efetivamente do projeto tem que investir, a escola tem que investir o tempo, investir com os profissionais nessa questão (Profissional da educação).

Quanto à questão municipal eu acho que existe uma boa vontade, mas não uma real articulação até porque eu até agora permaneço um pouco

preocupado, pois a gente teve dois dias de aula voltada para a formação e não se tem uma resposta concreta da prefeitura de como se procede com esse período, sendo que a nossa escola resolveu investir de [sic] levar todos os profissionais da escola pra [sic] participar dessa formação e a gente não tem o posicionamento da prefeitura se esse dia é contado como dia letivo, é contado como dia de trabalho (Profissional da educação).

Nesta capacitação dois diretores optaram por fechar a escola e levar todos os profissionais. Essa decisão foi baseada na perspectiva de o projeto de prevenção ser institucionalizado, portanto uma estratégia da escola e não pessoal. A institucionalização propicia que todos os profissionais da escola sejam responsáveis pelo programa e possibilita um processo de trabalho não alienado, pois alguns professores poderiam optar por não participar do programa, mas eles estariam cientes do que está acontecendo na escola e as atividades que seus colegas estão realizando.

Porém, a escola precisa estar ancorada pela Secretaria Municipal de Educação, isso significa que ambas devem trabalhar em rede, tomar decisões conjuntamente e serem responsáveis por essas decisões. No momento em que a Secretaria aceita participar do programa, ela precisa dar condições aos profissionais para realizarem as atividades, que são:

- a) participar em dois dias de capacitação, ou seja, não ministrar aula durante dois dias;
- b) retirar doze aulas do currículo durante o semestre para implantar as aulas do programa e reorganizar o conteúdo pedagógico dessas aulas;
- c) possibilitar que os profissionais da saúde e da educação se encontrem para planejar a oficina de pais;
- d) validar o horário em que o profissional esteja trabalhando, mesmo não sendo o seu turno.

Essas são algumas ações realizadas pelos profissionais da educação e que precisam de respaldo da Secretaria Municipal de Educação. Sem uma pactuação e colaboração entre ambos os setores, dificilmente o programa conseguiria ser implantado.

A relação inicial entre os profissionais da escola e o MS também foi tensa, pois, quando esse Ministério apresenta o projeto, ocorre resistência desses, representada principalmente pela desistência. Alguns dos argumentos utilizados são: o Governo Federal impõe regras, não dão

subsídios, não são claros com o que querem propor. Nota-se que houve uma descrença nos projetos que vêm do Governo Federal.

Dos seis profissionais de saúde entrevistados, três referiram ter problemas com a coordenação local do centro de saúde. Essas dificuldades eram permeadas pelo desconhecimento do gestor local e de outros profissionais sobre o programa de prevenção às drogas.

Essas descrições do processo de implantação e as necessárias pactuações entre os diversos setores envolvidos demonstram as dificuldades de institucionalização de um programa como este ou mais das barreiras institucionais para a criação de uma política pública intersetorial como neste caso.

Observou-se um processo personificado e com muitas dificuldades de comunicação, onde uma ou mais pessoas eram responsáveis e as demais alienadas ao que estava acontecendo. Sobre isso o profissional da saúde explica:

Foi tudo do macro, né [sic]. O convite veio pra [sic] mim e aí eu me inteirei com a responsável na Secretaria de Saúde e fomos falando assim, mas o coordenador não tomou conhecimento. Daí fica uma questão assim: ‘Mas, será que não está indo lá só pra [sic] ganhar a folga?’ Não, não é isso. Eu tive que deixar os filhos em casa com outra pessoa cuidando, chegar mais de dez [22h] horas em casa, é uma coisa que talvez eu não precisasse fazer se eu não quisesse. E eu quis e mesmo se eu não tivesse folga eu faria porque é o meu perfil fazer aquilo a que eu me proponho a fazer. Então, é uma coisa que ficou meio truncada assim. Essa falta de informação dificulta (Profissional da saúde).

O não reconhecimento e validação do trabalho do profissional pela gestão podem acarretar estressores como o desgaste emocional e conflitos entre os profissionais e, mais ainda, a não implicação com o trabalho, principalmente quando se trata de um novo projeto. Foram verificados também os obstáculos para que a relação intersetorial aconteça, pois não é vista como importante e necessária tanto na UBS como nas escolas, já que uma crença apresentada foi: o profissional está indo até a escola fora de seu horário de trabalho para conseguir folga.

Assim, há uma desvalorização do profissional que se dispõe a efetivar a intersetorialidade. Algo parecido ocorreu com os profissionais

do NASF de outra unidade de saúde, onde o coordenador da unidade apoiou, mas o coordenador do distrito não. Segue a fala do profissional de saúde:

A coordenadora do posto apoiou, mas ela não é a coordenadora que coordena o NASF, né [sic], ela coordena o centro de saúde, né [sic], e quando a gente levou isso pro [sic] NASF, o distrito norte ficou meio assim, não acho [...] a primeira coisa que eles falaram foi assim: não é interessante vocês fazerem trabalho fora do horário de vocês, que a gente não é pago, né [sic], que a gente não pode tá [sic] acumulando banco de horas porque a gente ia ter que tá pegando [sic] folga, né [sic], então [...] mas daí a gente argumentou, explicou o trabalho direitinho, daí eles cederam, disseram que dessa vez não ia ter problema, mas que a gente tinha que conversar isso, programar isso com mais antecedência e tal e que a folga ia ter que ser tirada na unidade em que a gente tava [sic] prestando esse serviço, então assim eu trabalhei fora do horário mas eu tinha que tirar folga no dia em que eu estivesse nessa unidade (Profissional de saúde).

Constatarem-se, além do desinteresse e desinformação da coordenação do NASF sobre o projeto de prevenção, as barreiras administrativas para a efetivação de um projeto que implica em uma flexibilidade de horários e rotinas. Assim, pode-se questionar: como foram as pactuações e reuniões realizadas com esses gestores? Como essas pactuações foram entendidas e repassadas às Unidades? De quem era essa função? Quais foram as variáveis que dificultaram a relação entre Secretaria de Saúde e coordenação local da UBS? Enfim, esses conflitos podem desestimular os profissionais e comprometer a implantação de um programa intersetorial.

Os outros três profissionais da Estratégia de Saúde da Família relataram que receberam apoio da coordenação da unidade e puderam se deslocar até a escola para implantar o programa e materializar a relação intersetorial:

Foi tranquilo, pelo menos aqui do centro de saúde a coordenação me liberou pra [sic] tudo, não teve nenhum problema. Só quando eles ligam de um

dia pro [sic] outro, tem agenda, é meio difícil de conseguir, né [sic], que fica mais complicado. Mas, se for uma coisa mais organizada assim [...] Tiveram os grupos com os pais à noite, as reuniões, e daí participei. Teve problema nenhum com a coordenação. Da gestão também acho que não tive nenhum problema. Foi tranquilo (Profissional da saúde).

Identifica-se, nessa postura da gestão, um elemento facilitador que possibilita a realização de um programa intersetorial e comunitário, como este, já que é dado ao profissional autonomia para participar das atividades necessárias.

5.2 PERCEPÇÕES SOBRE O PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS

Neste subcapítulo serão apresentadas as percepções dos profissionais da educação e saúde, gestores e multiplicadores sobre o programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged / #Tamojunto*. Nele será analisada a **inclusão dos profissionais no programa de prevenção**. Será também apresentada a percepção dos profissionais da saúde e educação, gestores e multiplicadores sobre a **implementação do programa de prevenção**. Por fim, será exposta a **avaliação do programa de prevenção**.

5.2.1 Inclusão dos profissionais no programa de prevenção

Para este aspecto da pesquisa, conforme explicitado na metodologia, foram entrevistados sete profissionais da educação, sendo três articuladores do PSE, três diretores e um coordenador pedagógico.

A inserção dos profissionais de educação no programa ocorreu, principalmente, por dois motivos: estarem participando do PSE e por interesse pessoal.

O PSE propõe a integração entre a Educação Básica e a Estratégia de Saúde da Família, possui como estratégia principal a integração e articulação entre as políticas de saúde e educação. Alguns dos objetivos são: avaliação clínica, avaliação psicossocial, prevenção e redução do consumo de álcool, prevenção do uso de drogas, controle do tabagismo, educação permanente em saúde, entre outros (BRASIL, 2007). Sobre sua inclusão, segue o relato do profissional da educação:

No ano passado eu assumi a coordenação dos projetos da escola, e dentro desses projetos estava o PSE. Então, como faz [sic] parte do PSE todos os projetos que envolve [sic] a questão de saúde do escolar, então eu acabei assumindo a coordenação do projeto das drogas. Tudo o que envolve o PSE, né [sic], porque esse acaba estando dentro do PSE também (Profissional da educação).

Identifica-se que na organização institucional do PSE há uma pessoa, determinada pela instituição, para organizar e implantar os assuntos e objetivos do PSE. Essa estratégia aparece como positiva, pois haveria, assim, uma pessoa conhecendo sua função e representando a educação na relação com a saúde. Mas ela também pode ser negativa, pois os demais profissionais ficam alheios aos acontecimentos intersetoriais. Algo que foi detectado, na implantação deste programa, é que, se o profissional articulador se ausenta da escola por licença, férias ou mesmo deslocado para outra instituição, a escola pode perder aquilo que havia sido realizado ou pode não saber o que fazer. Dessa forma, é importante que outros profissionais da escola conheçam e participem dos projetos e das atividades que estão sendo realizadas e que envolvem a relação intersetorial.

Outra forma de inserção no programa pelos profissionais da educação foi através do interesse do profissional. Sobre isso, o entrevistado diz:

[...] a partir do momento que foi necessário fazer, organizar a reunião de pais e a diretora estava muito sozinha. Eu mesma me interessei, mesmo não conhecendo o projeto todo, o programa todo. Mas, como a gente conhecia os professores todos que estavam fazendo parte, eu me interessei em chamar os pais pra [sic] essa reunião. E aí eu comecei a me inteirar por mim mesma. Eu não tive muita leitura sobre isso. Embora eu não tenha participado, mais por interesse mesmo. Como eu sou articuladora e precisava trazer a articuladora do posto de saúde e eu sou a articuladora do PSE da escola. Eu acho que foi feita essa ligação (Profissional da educação).

Um aspecto, ou variável fundamental para a implantação intersetorial do programa, foi o interesse dos profissionais em participar; quando há interesse significa que a implantação do programa passa a fazer sentido. Quando os profissionais envolvidos percebem o programa como algo necessário a ser implantado na escola e esse interesse é mobilizado pelo reconhecimento, autonomia, valorização e pelas responsabilidades que assume, ocorre a efetiva implicação com o programa.

O interesse pelo programa também pode estar ligado ao formato do projeto de prevenção, que engloba diversos atores, é intersetorial, tem pretensões de tornar-se uma política pública, também há a percepção do profissional sobre o uso de drogas, ou seja, a identificação de que há educandos utilizando a substância, de que eles podem estar em uma área de risco e que alguns educandos estão vulneráveis a esse contato com as drogas.

Foram entrevistados seis profissionais de saúde que participaram do projeto de prevenção às drogas, são eles: uma odontóloga, uma psicóloga, uma educadora física, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem. A inclusão dos profissionais da saúde ocorreu principalmente de três formas: a partir do convite da Secretaria Municipal de Saúde, por estar participando do PSE Saúde, a partir do convite de outros profissionais de saúde que haviam aderido ao programa e por interesse do profissional.

Ressalta-se, na fala de três profissionais, dentre os seis entrevistados, que eles foram convidados a participar e que isso não foi uma determinação ou convocação do município. Em suas falas isso demonstrou que o município respeitou sua autonomia. A esse respeito, o profissional da saúde relata:

Pra [sic] mim chegou como articuladora, você foi convidada a participar do programa, convidada, não fui convocada. Não foi uma determinação, você vai e ponto final. Não, eu tive o convite de ida e eu aceitei (Profissional da saúde).

Cinco profissionais receberam o convite da Secretaria Municipal de Saúde pelo representante do PSE da Secretaria Municipal, juntamente com os multiplicadores que se deslocaram até as UBS e apresentaram a proposta aos profissionais. A partir disso, eles podiam escolher se iriam participar ou não do projeto de prevenção.

Entretanto, um profissional, dentre os seis entrevistados, informou que como ele era responsável pelo PSE Saúde, essa atribuição era automaticamente sua, não havendo possibilidade de escolha. Segue o relato:

Então, a minha inclusão na verdade foi meio que [...] eu gosto de trabalhar com alunos, com escolas, mas a enfermeira daqui, ela saiu, pediu transferência e ela que era responsável pelo PSE. Eu entrei no lugar dela e eu fiquei responsável pelo PSE por isso. Sem muita escolha. Foi direto (Profissional da saúde).

O profissional, quando adere a um programa por determinação da gestão ou de seu cargo, pode não considerar isso uma escolha e, assim, pode não demonstrar interesse em participar dele. Esse desinteresse pode provocar no profissional a atuação mecanizada, podendo não corresponder às expectativas que o projeto tinha, tais como: participar das reuniões de capacitação, reuniões de planejamento da oficina de pais, da oficina de pais, entre outros.

Alguns profissionais relataram que participaram do projeto de prevenção por estar participando do PSE Saúde, mas não deixaram claro se foram convidados ou convocados. Como a Secretaria Municipal de Saúde entra no projeto a partir do PSE Saúde municipal, e o profissional que se deslocou até as Unidades de Saúde era do PSE, logo sua aproximação primeira foi com os profissionais do PSE. Sendo que o programa no Ministério inicia-se, além da Saúde Mental, pelo PSE, pois é uma ferramenta e política pública intersetorial já implantada.

Quando a Secretaria de Saúde foi até a unidade de saúde fazer o convite, alguns profissionais não estavam presentes, pois seu horário de expediente tinha finalizado ou por estarem trabalhando em outra unidade de saúde, ou por outros motivos. Dessa forma, os profissionais que estavam nessa reunião de convite e que se interessaram em participar do programa convidaram outros profissionais que não estavam na reunião de convite, como mostra o relato a seguir:

É, eu fiquei sabendo mais ou menos, a enfermeira, ela [sic] comentou um pouco sobre esse projeto que ela foi em uma capacitação e eu me interessei, né [sic]. Achei que podia colaborar de alguma forma e na próxima reunião de PSE, se eu não me engano foi assim, aí a gente começou a falar um

pouco mais sobre o programa, onde veio a multiplicadora. Daí eu chamei a educadora física, também ela é uma pessoa que gosta de trabalhar em rede, né [sic], pra [sic] ver se ela também se interessava, ela é educadora física e a gente começou a planejar nesse dia mesmo (Profissional da saúde).

O convite da enfermeira estendeu-se aos demais profissionais que também participavam do PSE Saúde. Esse convite foi interessante, já que mais de uma pessoa na Unidade fica responsável pela implantação do projeto, há uma ampliação do programa na unidade de saúde, melhorando a comunicação interna e a relação intersetorial. Identificasse, nessa fala, o interesse dos participantes pelo programa e em trabalhar em rede. Quanto a isso, o profissional da saúde refere:

Quando eu vim pro [sic] NASF, a minha ideia era participar do programa Saúde na Escola e acho que na segunda reunião que eu participei do PSE, eles comentaram sobre esse projeto, daí eu me interessei bastante porque a gente tem pouca, poucos programas, o NASF ainda ele [sic] fica muita na assistência. Os profissionais querem que a gente faça grupo, atendimentos individuais e a gente tem poucas atuações intersetoriais, a gente achou que esse era bem, tinha essa promessa de ser bem articulado com a educação (Profissional da saúde).

A entrevistada deixa claro em sua fala o modelo de saúde que adotou, aquele em que o profissional não fica somente no consultório individualmente, mas que possui uma visão holística, ampliada, relacional, contextual e que identifica a necessidade de conversar com demais setores territoriais para pensar e planejar a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos.

O programa de prevenção às drogas *Unplugged* / #Tamojunto em Florianópolis contou com dois multiplicadores. A função dos multiplicadores é formar os profissionais da saúde e educação para serem protagonistas do projeto e eles, mesmo junto com a gestão, continuaram o programa. As atividades realizadas pelo multiplicador são: acompanhamento sistemático das escolas, formação dos professores e profissionais da saúde, reunião com a gestão e reunião com os

multiplicadores de outras cidades brasileiras em que o programa está sendo implantado. Sobre isso, o multiplicador diz:

Dentro do *Unplugged* a gente tem uma função [...] o contrato é como consultor. A gente se apresenta dentro das escolas, com os professores e posto de saúde com o nome de multiplicadora. Dentro de uma ideia de treinamento e formação, de multiplicação mesmo, de extensão do programa para que ele possa se multiplicar. Uma ideia ampliada, não só de treinamento, de formação, mas de multiplicar mesmo (Multiplicador do programa).

Então, como multiplicadora eu sou responsável por formar a equipe para que eles fiquem habilitados em implementar o programa e sou responsável também pelo acompanhamento dessas equipes durante o trabalho de implementação (Multiplicador do programa).

A inserção dos multiplicadores no programa deu-se a partir de uma seleção realizada pelo MS, definindo-se, pelo número de escolas, dois multiplicadores.

5.2.2 Implantação do programa de prevenção

Houve diversos atores para a implantação do programa de Prevenção às Drogas no território, sendo eles participantes de um projeto piloto que possui como objetivo a replicabilidade para outras cidades brasileiras. Desse modo, a avaliação desses atores e o conhecimento sobre como foi implantado o programa é de fundamental importância. A partir desses relatos é possível identificar as **facilidades e dificuldades que ocorreram no processo de implantação do programa de prevenção**. Tal relato possibilita a adequação, reformulação e adaptação de partes do programa.

Para finalizar a categoria serão descritas algumas **estratégias para a implantação do programa** realizadas pelos profissionais, gestores e multiplicadores, ou seja, quando os profissionais encontraram dificuldades, eles criaram alternativas para efetivar a implantação. É importante que essas estratégias sejam compartilhadas, uma vez que

podem ser acrescentadas no projeto e/ou ajudar outras escolas que passaram por dificuldades parecidas.

Facilidades e dificuldades no processo de implantação do programa de prevenção

Os entrevistados identificaram que uma das facilidades da implantação é quando no território já há uma relação intersetorial entre saúde e educação. Conforme a fala da entrevistada:

Assim, a facilidade [...] o que a gente está vendo onde no território tem já uma certa articulação fica mais fácil implantar. Então, por exemplo, a metodologia *Unplugged* tem as oficinas para pais. Bem, essas oficinas para pais foi acordado [sic] que seriam realizadas pelos profissionais de saúde do território da Atenção Básica com os profissionais da escola. Então, elas seriam uma ação intersetorial e onde existe articulação já prévia, as oficinas parecem, a gente ainda tá [sic] analisando esses dados, mas tem o indicativo de que as oficinas acontecem de forma mais fluida, mas contínua. Onde não tem articulação, onde não há diálogo no território, as oficinas acontecem de forma mais segmentarizada. Ou só feita pela educação. Então, elas acontecem, mas não é com a riqueza da intersetorialidade (Coordenador regional da avaliação).

A relação intersetorial faz com que profissionais de um determinado setor dialoguem e se articulem com outro setor. Ter uma relação intersetorial implantada significa que as pessoas já se conhecem, bem como a forma que o outro setor realiza suas atividades, quais as dificuldades do outro, tem-se uma relação pré-definida, onde estão pactuados quais os deveres de cada setor. Quando o projeto, que precisa da articulação intersetorial para ser implantado, entra em território que já possui tal relação, isso pode facilitar bastante, uma vez que já se tem algo iniciado, formado e concretizado.

Uma outra facilidade apresentada pelos entrevistados é a implantação do projeto a partir do PSE, assim já se tinha clareza quanto aos profissionais que deveriam realizar a implantação do programa no território e tais profissionais já tinham uma relação com o território.

Dessa forma, quando se chega à escola ou à UBS, sabe-se que tem, pelo menos, uma pessoa responsável pelo PSE e que já faz a articulação intersetorial, portanto, sabe-se com quem tem que falar.

Foram apresentadas nove dificuldades pelos gestores, multiplicadores e profissionais da saúde e educação para a implantação do programa. Conhecer essas dificuldades é importante para poder aprimorar o projeto. São elas:

1) faz parte da implantação a capacitação dos profissionais, no entanto os da saúde foram convidados um dia antes da capacitação dos profissionais, o que impossibilitou a participação de alguns em toda a capacitação ou em parte dela. Esse convite foi feito próximo à capacitação, devido à dificuldade de pactuação entre o MS e a Secretaria Municipal de Saúde, conforme o subcapítulo 1, categoria Pactuações. Sobre essa dificuldade, o profissional da saúde explica:

A gente teve problemas nesse sentido porque como a gente trabalha com agenda em grupos, foi acho que numa quarta ou quinta o convite, só que veio, acredito que a gente teve menos de uma semana pra [sic] gente se planejar e como eram dois dias, daí não deu. Daí não deu porque, principalmente grupo não tem como avisar todos, a gente nem sabe quais são as pessoas que vêm ao grupo, então ficou complicado porque tudo na saúde parece que precisa de um planejamento mínimo de umas três semanas pra [sic] que dê certo, porque daí a gente avisa com bastante antecedência, né [sic] porque agenda, ela não é assim: às segundas eu faço isso, às terças eu faço isso, ela é: a primeira segunda do mês eu faço isso, a segunda eu faço isso. Então, se você furar uma semana você só vai ter, né [sic], no outro mês a mesma atividade. Então é bem difícil isso. Entendo que faltou. Pra [sic] me envolver mesmo mais, apesar de ter lido o material e ter achado interessante (Profissional da saúde).

A não formação do profissional pode acarretar alguns comprometimentos na implantação como: desconhecimento do que precisa ser realizado e de suas funções, demanda do profissional uma organização para se apropriar do que perdeu, não entender a lógica/filosofia do projeto, entre outros. Assim, as multiplicadoras foram essenciais para potencializar esses profissionais em outros momentos.

2) A escola e UBS realizam inúmeras funções e atividades, a primeira organizando o processo de trabalho dos profissionais, responsabilizando-se pela educação dos alunos a partir dos conteúdos já estabelecidos pelo MEC, entre outras. A UBS realiza promoção, prevenção de doenças, territorialização, consultas agendadas, atende demanda espontânea, levantamento de indicadores, matriciamento, grupos, etc. Assim, uma dificuldade identificada foi acrescentar uma demanda no processo de trabalho dessas instituições. Conforme fala do coordenador regional da avaliação:

A dificuldade que eu acho que tem é o excesso de demanda que cada um desses setores tem. E aí eles não conseguem sentar juntos e pensar no projeto (Coordenador regional da avaliação).

A partir do momento que esse programa seja uma demanda prioritária para os setores, a dificuldade que ora se apresenta, pelo excesso de demanda por cada um desses setores, pode ser relativizada ou melhor organizada. Outro aspecto a ser considerado é como cada setor planeja e organiza suas ações para que a execução das demandas seja efetivada.

3) Durante um semestre os professores ministram, aproximadamente, dezoito aulas de uma determinada matéria como Ciências, História e Matemática. O programa de prevenção possui doze aulas que devem ser ministradas em um semestre. Logo, o conteúdo pode ficar comprometido, e há necessidade de estratégias da escola para reposição ou condensação do conteúdo.

4) Foi identificada uma dificuldade devido à característica política do município de Florianópolis. Sobre isso, o gestor municipal da saúde afirma:

E o município ainda tem [...] não como que é [...] uma coisa muito fechadinha, o município de Florianópolis, né [sic]. Até pela característica de gestão da capital. Aí acabam que as coisas têm que vir de dentro dos gestores, propostas às vezes dentro daquela gestão, às vezes as propostas não são bem aceitas, tem algum preconceito, eu acho que isso é uma coisa de município grande. [...] E às vezes eles têm resistência a coisas novas que vêm do Ministério, que eles já têm a organização

deles e eles se acham onipotentes [...] (Gestor municipal de saúde).

Há uma resistência da gestão municipal quando esta não participa desde a formulação e planejamento do programa. Isso pode estar relacionado à incompatibilidade ideológica, teórico/metodológica, aspectos político-partidários e desinteresse institucional.

5) A implantação de algo novo foi identificado pelos entrevistados como uma dificuldade. Segue:

Eu acho que toda questão nova, ela [sic] causa um estremecimento inicial, que não [...] nem sempre é ruim isso. Acho que é mais difícil, mas à medida que você faz as pessoas refletirem, acho que depois quando consegue vingar, né [sic] [...] vem bem. São processos naturais, talvez a gente tenha que ver essas situações com mais naturalidade, porque estremece [...] (Gestor municipal da saúde).

Implantar e iniciar um programa de prevenção anteriormente desconhecido pode causar desconforto e ansiedade em alguns participantes, uma vez que é necessária uma reorganização das atividades, de tempo, de se apropriar de algo novo, de sentir segurança em realizar as novas atividades, entre outros.

6) Os profissionais da educação e saúde desconheciam inicialmente os desdobramentos da implantação e se ela continuará ou não no território, isso pode causar desmotivação e insegurança. Podem surgir perguntas como: “Será que vai servir para algo o que estou fazendo?” “Será que estou fazendo esse trabalho e não terá continuidade?” “Será que isso que estou fazendo será em vão?” Portanto, faz-se necessário, desde o início da implantação, que os atores saibam de todo o processo de execução e que, enquanto projeto-piloto, possam avaliá-lo.

7) Este programa de prevenção ao uso de drogas é um projeto-piloto e, para avaliar sua eficácia e eficiência para replicabilidade em outras escolas do Brasil, utilizou-se como metodologia o grupo controle, ou seja, há dois ou mais grupos com características comuns, em um é feita a aplicação do programa e no outro não. Após, avalia-se comparando os dois grupos, o que sofreu a aplicação e o que não sofreu. A partir disso, pode-se avaliar se o programa provocou alterações ou não no grupo que sofreu a aplicação. Este programa, em Florianópolis, foi

implantado em oito territórios, sendo quatro de aplicação e quatro de grupo controle. Algumas escolas do grupo controle aceitaram participar, mas solicitaram que no ano seguinte fosse feita a aplicação do programa nelas. Assim, uma dificuldade foi a escola aceitar participar como controle, sabendo que outras escolas poderiam estar tendo benefícios e elas não.

8) A mudança do modelo de saúde hospitalocêntrico, pautado no modelo Flexneriano para o psicossocial ainda está em processo. Desse modo, por vezes a prevenção não é vista como algo importante e determinante na saúde, conforme a fala de gestor municipal da saúde:

[...] todo mundo se preocupa com hospital, com o problema instalado, com cirurgia não sei do que, quando entra na prevenção, na promoção, as pessoas nem [...] 'ah, mas isso não é um problema, né [sic]' [...] justamente, é a prevenção, que evita o problema! Então parece que seduz muito tu conversar [sic] do problema, né [sic]. Aí vem com as coisas assim, falar do aumento da polícia, né [sic], que bacana. Conseguir aumentar o policiamento, a vigilância, não sei o que, mas [...] (Gestor municipal da saúde).

Prevenção são intervenções antecipadas com o objetivo de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e a prevalência nas pessoas e populações (CZERESNIA, 2003). A prevenção cuida das pessoas antes da possibilidade de desenvolver sofrimento ou doença.

9) Durante a implantação do programa, os multiplicadores, profissionais do MS e da Secretaria Municipal de Saúde deslocaram-se até a unidade de saúde para convidar os profissionais a participar do programa e da capacitação que ocorreria no dia seguinte, mas infelizmente muitos profissionais não foram encontrados, pois estava acontecendo naquele dia uma greve de ônibus, o que impossibilitou o traslado de alguns profissionais à unidade de saúde. Verificou-se que é necessário estar preparado para os imprevistos e criar estratégias para se reorganizar.

Estratégias para a implantação do programa

Diversas estratégias foram desenvolvidas na implantação do programa a partir das dificuldades vivenciadas pelos profissionais da

educação, saúde, gestores e multiplicadores. Algumas estratégias identificadas foram:

1) O MS devem sempre visitar as escolas acompanhado de um profissional da Secretaria de Educação, e as UBS com um profissional da Secretaria Municipal de Saúde, pois isso gerava credibilidade e oficialidade ao programa.

2) O MS deve realizar uma apresentação a todos os profissionais das escolas e UBS participantes com o objetivo de institucionalizar o programa, conhecimento por todos os profissionais da inclusão de uma nova atribuição ao setor e compreensão de todos os profissionais sobre a importância, objetivos e metodologia do programa. Esse tipo de comunicação possibilita que mesmo os profissionais que não aderiram ao programa conheçam o que seus pares estão realizando.

3) Um meio de comunicação entre os multiplicadores e profissionais da educação e saúde foi o correio eletrônico (*e-mail*). Os multiplicadores cuidavam para que o conteúdo fosse claro a todos, para isso redigiam *e-mails* objetivos e divididos por assunto. Como conta o multiplicador:

Então, assim num *e-mail* tratar de um assunto, se eu tivesse que ter dois assuntos diferentes eu evitava colocar no mesmo *e-mail* com medo disso se [sic] diluir mais ainda a mensagem. Evitar texto longo, sabe, grifar, coisas bem didáticas. Grifar os pontos principais, separar por itens ou tópicos, numerar, coisas bem assim de editar textos. Pra [sic] tentar permitir uma visualização mesmo da mensagem que muitas vezes eu tive a impressão que nem sempre as pessoas estavam lendo o conteúdo (Multiplicador do programa).

Outro cuidado que também se observou é a confirmação de que o *e-mail* foi lido, uma vez que alguns profissionais informavam que haviam recebido o *e-mail*, mas isso não garantia que eles o tinham lido.

4) Em relação ao encontro presencial com os profissionais da educação e/ou saúde, o multiplicador teve alguns cuidados: identificou a rotina dos profissionais e a partir disso criou estratégias de contato:

Se eu sei que a articuladora da saúde tem uma rotina de estar segunda-feira na escola, então eu busquei, eu também, ter os meus encontros com eles na segunda, pra [sic] já facilitar essa logística.

Se eu sei que os professores têm horários que são chamados hora-atividade, que é quando o professor está na escola, mas não na sala de aula. Eu busquei marcar encontros nesses horários e não em outros em que o professor teria aula e num horário em que ele não tá [sic] na escola (Multiplicador do programa).

Eles também sempre buscavam interferir o mínimo possível na rotina de trabalho dos profissionais e agendavam as visitas para que eles pudessem se organizar.

Então, em todo o processo de acompanhamento eu tentei o máximo possível fazer dessa forma: agendar, cumprir agenda, se tive um imprevisto, teve uma vez que eu tive um imprevisto na escola, eu não consegui, não consegui chegar no [sic] compromisso da hora marcada. E, tão logo quanto foi possível, eu entrei em contato com eles, me expliquei. Foi um dia que eu tive problema de deslocamento e não consegui chegar. Mas, assim de ligar: ‘olha eu estou ciente do nosso combinado, e estou honrando esse combinado com vocês’. O que eu percebi ao longo do processo assim, que isso vai dando credibilidade ao programa (Multiplicador do programa).

5) Alguns dos profissionais iniciaram o programa, mas desistiram. A postura do multiplicador foi de continuar enviando os *e-mails*, portanto, eles continuaram acompanhando o programa e não colocados à margem. Essa é uma postura de respeito e inclusive de aceitação de que o profissional escolheu não continuar. Em uma outra pesquisa seria interessante investigar o motivo da desistência.

5.2.3 Avaliação do programa de prevenção

O programa de prevenção às drogas *Unplugged / #Tamojunto* foi avaliado nesta pesquisa, através das entrevistas com os gestores, multiplicadores e profissionais da saúde e educação. A partir da análise de conteúdo, identificaram-se 32 falas que avaliavam o programa como positivo e 5 falas como negativo, as quais serão apresentadas a seguir.

Os profissionais que avaliaram o programa como positivo foram: representante da coordenação nacional do programa de prevenção,

gestor regional do programa de prevenção, coordenação do PSE da Secretaria Municipal de Saúde, coordenação da Secretaria Municipal de Educação, três profissionais de educação, três profissionais da saúde e dois multiplicadores. Não foi contabilizada a percepção dos pais, as quais serão analisadas adiante em um subcapítulo específico.

Das 32 falas que avaliaram positivamente o programa, 11 estavam relacionadas à metodologia, conteúdo e didática.

Então, ele é um programa que contém informações, mas habilidades de vida. Então, o forte são as habilidades de vida: empatia, capacidade de comunicação, capacidade de interação grupal, capacidade de lidar com as próprias emoções, pensamento crítico, pensamento reativo, tudo isso são habilidades de vida (Coordenador regional da avaliação).

Que a gente sabe que é o grande ponto de vulnerabilidade para a entrada para a droga, porque a droga acaba sendo como uma bengala química. Então, você [sic] quanto mais vulnerável mais facilidade do sujeito entrar no uso. Se você dá ao sujeito condição de ele lidar com o mundo, você é um fator de proteção, e diminui os fatores de risco dele. Esse programa é um programa bastante voltado para as habilidades de vida (Coordenador regional da avaliação).

Segundo Pechanskyl, Szoboti e Scivoletto (2004), um conjunto de fatores favorece o uso de drogas entre adolescentes, como a falta de vínculos, de relações empáticas, de apoio familiar, violência doméstica, pressão de um determinado grupo e baixa autoestima. Assim, promover a reflexão e dar ferramentas aos adolescentes para que eles consigam desenvolver um adolescer saudável são fatores de proteção. Conforme a OPAS, a escola constitui o local mais adequado para o desenvolvimento de ações preventivas, sendo ela um agente transformador (OPAS, 2001). É importante que a escola tenha aulas com a intenção de desenvolver nos educandos habilidades de vida, sociais, acadêmicas, de autocontrole e manejo de estresse (NIDA, 2004).

Foi avaliada como positiva a metodologia, pois neste programa não são feitas palestras, mas atividades baseadas na interação entre professor e alunos, cada aluno recebeu seu próprio caderno e

possibilitou ao professor desenvolver algumas habilidades. As aulas foram realizadas pelo professor de alguma disciplina que eles já conheciam, como Ciências e Português, que possuem uma relação e vínculo. Essas aulas inclusive podem aproximar a relação educando-professor. Sobre a didática das aulas do projeto, os entrevistados dizem:

Eu dei uma passada em todo o material, eu dei uma olhada, era uma aula por semana e tinha toda uma programação, de como é que era o funcionamento né [sic], quando que começava a oficina e tal, né [sic], eu achei bem interessante assim (Profissional da saúde).

Não adianta, que nem eles passaram aqui daquela vez na sala fazendo palestra. Parece que estava falando uma pessoa de outro mundo, eu nunca concordei com isso muito mesmo (Profissional da saúde).

É, pra [sic] mim, ponto forte foi o envolvimento dos profissionais, dos professores, em relação a uma metodologia específica, que às vezes causava estranhamento, mas que acho que eles apostaram, né [sic], acho que isso é bem bacana. O professor se envolver e ele ser o agente de intervenção, com o aluno, que ele já tá [sic] ali todo dia com esse aluno, né [sic], isso eu achei muito bacana, dessa vontade deles de tá [sic] participando disso [...] (Gestor municipal da educação).

O programa também foi avaliado como positivo, pois possibilitou o empoderamento dos profissionais da saúde e educação sobre o tema das drogas. Assim, para que se efetive um programa de prevenção às drogas é necessário capacitar os profissionais, fornecer as ferramentas para que eles possam concretizar a proposta. E isso demanda um planejamento anterior. Assim, a formação foi vista como positiva, uma vez que instruiu os professores a falar de um tema sobre o qual não possuíam treinamento. Com relação a isso, os entrevistados dizem:

A facilidade foi a formação porque, apesar de que a gente tem uma lei municipal, que diz principalmente que Ciências e Educação Física tem que trabalhar essa questão da droga. Eu

mesma como professora de Ciências sempre penso ‘como chegar na [sic] sala e sair falando de droga?’ Porque a gente não pode falar, falar, falar sem ter o interesse do aluno, porque senão a gente pode, ao invés de fazer uma prevenção, a gente faz uma apologia. Então, eu achei legal ter acesso à formação pra [sic] todos e as oficinas, as dinâmicas propostas de se trabalhar o assunto superinteressante assim. Bem legal, faz o aluno também ser mais ativo, ele participa mais, tem que colocar a opinião dele. Não fica só ouvindo uma coisa assim, né [sic]. Ele acaba refletindo mais sobre o tema (Profissional da educação).

A formação, além de capacitar os profissionais, também os empoderou, ou seja, capacitou-os a serem resolutivos e serem corresponsáveis pela educação e saúde do aluno, como consequência, diminuindo a lógica do encaminhamento. Fazer com que os profissionais se empoderem sobre o tema das drogas é possibilitar que eles consigam pensar em estratégias de intervenção e conversar com outros profissionais e outros setores, é contribuir com a intersetorialidade e clínica ampliada. De acordo com Horochovski e Meirelles (2007, p. 846), o conceito de empoderamento é próximo da noção de autonomia, “pois se refere à capacidade de indivíduos e grupos poderem decidir sobre as questões que lhes dizem respeito”. Nesse sentido, empoderar-se é passar por um processo político, onde as pessoas desenvolvem recursos para ter voz e influência nas ações decisórias, e que para tal são necessárias ações estratégicas para sua obtenção.

Eu acho que deu uma mexida nas pessoas, até que existe a possibilidade de você ter respostas, que todo mundo que trata dessa temática se sente impotente, então ‘não é comigo porque eu não sei resolver’, as pessoas sempre acham que é do outro, né [sic], do conselho tutelar, né [sic], do CRAS, mas não é meu, né [sic], porque eu não sei lidar com isso. Eu acho que o grande ponto é essa questão das pessoas até se sentirem felizes, se sentir bem, ‘porque eu posso me empoderar e conseguir’ [...] e aí é em todos os graus, desde o aluno, a família, os profissionais, acho que é isso, assim. E aquela questão, sempre o novo traz

polêmica, traz uma resistência inicial, as pessoas discutem e depois de surpreendem, então achei muito bacana isso, de ver comentários bons das pessoas (Gestor municipal da saúde).

A partir das entrevistas constatou-se que a formação e capacitação dos professores, além de dar-lhes subsídios e empoderamento sobre o tema, permitiram que eles aprimorassem sua didática, manejo em sala e transpuseram isso para as demais disciplinas. Dessa maneira, o projeto de prevenção, além de contribuir com o desenvolvimento de habilidades nos adolescentes, capacitou os professores em sua didática e na sua relação com o aluno.

Outro ponto positivo foi que os profissionais foram colocados em um papel de coautores, ou seja, de construção e avaliação do que estavam fazendo, sabendo que os *feedbacks* deles eram importantes e poderiam modificar aspectos do programa. Quando o profissional percebe que sua ação tem importância e sentido, e não somente a aplicação de uma metodologia, a maneira com que ele se empenha é diferente. Algo que pode ter intensificado essa construção é participar do desenvolvimento de uma política pública. Sobre isso o gestor municipal da educação diz:

[...] no momento de [sic] que eles estão acreditando, apostando, alguns param pra [sic] ver, sim, alguns acreditam desacreditando, 'ah normal', ô, é ser humano, né [sic] gente [...] eles estão no processo de formação. Então eles [...] e eles se sentirem coautores, o que é uma coisa que fez também uma grande diferença. No *Unplugged* eles tinham mais ciência de que eles eram coautores desse processo. De que eles poderiam dizer 'não, acho que isso aqui não tá [sic] bom, isso aqui pode ser melhorado, essa aula não tô [sic] dando conta em 45 minutos, vou ter que fazer em 90, e isso ser um acordo, isso ser construído também, um pouco por eles (Gestor municipal da educação).

O projeto de prevenção ao uso de drogas, assim como seu conteúdo, didática, metodologia foi pré-definido pelo MS. A coautoria que os profissionais da saúde e educação estavam propondo ao programa era de adaptação transcultural, ou seja, apropriar o programa

às condições sociais, culturais e escolares do território e assim identificar a possibilidade de replicabilidade. Essa pré-definição do programa pelo MS foi percebida pelos entrevistados como positiva, pois norteava e embasava os profissionais em suas ações, assim eles não precisavam construir uma política, mas sim aplicá-la, avaliá-la e aprimorá-la. A esse respeito, o entrevistado relata:

Eu acho que a metodologia é uma coisa importante, mesmo que ela não tenha sido construída em conjunto, né [sic], que é uma coisa que a gente sempre pensa que tem que ser, né [sic], protagonismo, essa questão, mas me surpreendeu nesse ponto, assim, embora tenha vindo a proposta metodológica pronta, as pessoas conseguiram aceitar talvez pela gravidade e pela incapacidade de soluções, né [sic] (Gestor da educação).

Foi avaliada positivamente pelos entrevistados a questão do projeto ser de prevenção ao uso de drogas, uma vez que foi identificada, pelos profissionais, tal necessidade nos territórios e por não ser prioritária a realização de prevenção no território em detrimento aos atendimentos. Segundo o MS (BRASIL, 2003, p. 31), prevenção ao uso de drogas é definida como um “processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade” e de fortalecimento de fatores de proteção. A prevenção deve ser aplicada em toda população, principalmente entre as crianças e adolescentes, visto que a maior parte dela ainda não foi atendida.

Eu acho que particularmente aqui no Rio Vermelho, a escola tem uma relação legal com o Centro de Saúde. Acho que as meninas do NASF ali, elas sustentam uma coisa bacana. Elas ficaram muito felizes com a ideia do programa de prevenção. Muito felizes de saírem dessa coisa do atendimento e trabalharem anterior a isso, trabalhar na ideia *a priori*. Até porque elas não dão conta da demanda de atendimento, do que aparece. Elas se sentiram muito privilegiadas (Multiplicador do programa).

A intersetorialidade é uma “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações entre dois ou mais setores que visa ao desenvolvimento social” (JUNQUEIRA, 1997, p. 26). A escola e a unidade de saúde compartilham o mesmo território, ou seja, as mesmas características geográficas, culturais, sociais. Assim, pensar no território é fortalecer os vínculos entre os seus setores para que eles consigam diagnosticar, planejar e desenvolver conjuntamente ações. Conforme dois entrevistados, o programa contribui para a intersetorialidade:

E talvez entender essa questão do território um pouco, né [sic]. Se eu tenho que enfrentar problemas difíceis, que é a proposta da intersetorialidade, onde é esse território compartilhado, né [sic], o que nós estamos compartilhando aqui? Eu acho que é um exercício que fortalece a intersetorialidade. É uma área temática, mas é um exercício necessário de intersetorialidade. [...] (Gestor da educação).

A partir das entrevistas, percebeu-se que o projeto de prevenção às drogas fortaleceu a relação entre os pais e a escola. Para Bhering e Siraj-Blatchford (1999), o envolvimento dos pais na escola contribui com todo o processo escolar, ou seja, as normativas, determinações, fluxos e possibilita maior compreensão deles no processo de crescimento e aprendizagem da criança. Logo, levar os pais para a escola é criar vínculos saudáveis que interferirão nas diversas dimensões da criança. Adaptando a teoria de Bronfenbrenner (1996) para esse contexto, pode-se identificar que os pais e a escola estão no sistema meso e os educandos no micro. Assim, a relação entre esses dois sistemas interfere diretamente no educando, seja no desenvolvimento intelectual, cognitivo, afetivo, emocional, entre outros. No entanto, a partir das entrevistas coletadas, identificou-se que não são todos os pais que costumam frequentar a escola de seus filhos e parece haver um perfil dos pais que participam. Sugere-se uma pesquisa para determinar esse perfil e a relação entre escola e pais. Foi observado, pelos profissionais, que a presença de alguns pais na escola se deu por seus filhos estarem motivados com o programa.

Eu achei, assim, que os pais se expressaram bem e que eles estavam sabendo [...] geralmente, assim [...] geralmente quem vem nessas reuniões são

pais que querem, que escutam os filhos. Eu achei o conteúdo que eles trouxeram era o que estava acontecendo no projeto. Eu achei bem legal assim, gostei, fiquei muito feliz de ver aqueles pais. Até a mãe de um aluno sempre entra em contato comigo. ‘Oi, profissional da escola’. Porque assim, nós temos seiscentos alunos, eu tô [sic] fora de sala, fui readaptada, então eu não tenho mais contato com os pais, com os alunos e ali já conheci as mães, já tive contato, é elo que você estabelece. Então, hoje ela ligou ‘oi, profissional da escola, como o aluno tá [sic]?’ Bem legal assim (Profissional da escola).

Essa receptividade estimula a participação dos pais na escola e o projeto demonstrou a esses pais que a escola está preocupada e cuidando dos educandos, filhos deles. Dessa forma, cria-se um novo olhar dos pais para a escola, não somente como aquela que ensina conteúdo, mas que também é agente de transformação.

Em relação à percepção dos profissionais entrevistados sobre a avaliação dos alunos quanto ao programa de prevenção, todos informaram que foi positiva. Seguem dois relatos:

O conteúdo eu achei bem bom, bem interessante. Eu achei bem interessante o que foi feito com os alunos. Os alunos ficaram bem engajados no programa. Eu acho que isso até estimulou alguns pais. Os que estavam ali vieram porque os alunos estavam bem motivados. Pelo que a gente vê eles [alunos] [sic] falarem, o que acontecia durante essas aulas. Acho que a parte deles foi bem interessante. A nossa parte o que tinha pra [sic] abordar com os pais eu acho que era bem completo (Profissional da saúde).

E tu tinha [sic] perguntado como avaliar a implantação: eu estava um pouco receosa no início, mas agora tô [sic] bem mais animada, porque os alunos têm gostado do programa, têm participado com vontade do programa, os professores também (Coordenador regional da avaliação).

Um relato de uma aluna, né [sic], que colocou que quando chega com o material em casa, a mãe perguntou o que que [sic] era, porque era um caderno diferente, bonito, colorido, né [sic], e ela teve um pouco [...] porque achava que era uma coisa mais lúdica, uma atividade que ela ia ter que fazer. E quando ela soube que era alguma coisa que trabalhava o tema de prevenção, aí primeiro ela foi, ela perguntou pra [sic] mãe se ela sabia o que era prevenção. Aí a mãe disse que só sabia o que era prevenção de alguma coisa de saúde e ela disse não, que ela explicou, a criança em casa, a menina de 13 anos explicou em casa o que que tava [sic] acontecendo. Aí depois ela me contou. Ela falou: ‘olha, mãe, é um programa de prevenção, mas a gente não fala de droga, não. É de droga, mas a gente não fala de droga’. Foi bem bacana que eles não tinham nem chego [sic] acho que na aula 9, que é a aula que é específica, né [sic]. Aí ela falou: ‘ah a gente trabalha com muita coisa bacana, a gente se organiza diferente na sala’, que eu acho que é o que tem energizado também os professores, é isso, o fato de ter metodologias em que eles têm que reorganizar a sala, e que motiva os alunos de uma forma positiva, sabe, pra [sic] organizar, pra [sic] fazer uma tarefa, um trabalho, né [sic], reorganizar pra [sic] se olhar diferente, isso é que eles colocam, assim (Gestor municipal da educação).

A partir dessa subcategoria pode-se concluir que, de maneira geral, o programa de prevenção foi avaliado positivamente pelos profissionais da saúde e educação, gestores e multiplicadores, sendo que sua inserção na escola provocou diversas mudanças de cunho teórico, metodológico, didático, organizacional, relacionamento, de convivência e vivencial. Essas mudanças podem ser consideradas fatores de proteção ao uso de drogas para as crianças.

Em relação ao programa de prevenção às drogas, não ocorreram avaliações negativas ou que identificassem a inviabilidade da implantação. Mas foram apresentados três pontos negativos, os quais são importantes para a adaptação do projeto. O primeiro ponto está relacionado à compreensão do projeto, pois ele envolve uma outra forma de o professor se colocar na sala de aula, está pautado em um modelo de

saúde holístico, altera o cronograma escolar, cria novas relações, potencializa os professores, entre outros aspectos. Assim, acredita-se que essa adaptação proporcione uma certa desestabilidade e estranhamento na unidade escolar e isso ocorrerá até que o novo programa se incorpore.

Portanto, pode-se caracterizar esse programa como complexo, uma vez que envolve infinitas unidades e variáveis. Sobre a complexidade, Morin (2007) diz que ela é um fenômeno com uma extrema quantidade de interações e de interferências entre um número muito grande de unidades. Assim, ela causa incertezas e é um sistema caótico. “Mas, a complexidade não se reduz à incerteza, *é a incerteza no seio de sistemas ricamente organizados*” (MORIN, 2007, p. 35, grifo do autor). Os sistemas organizados que se tem são a escola, Secretaria de Educação, UBS, Secretaria Municipal de Saúde, país, MS, o programa de prevenção, todos são organizados e possuem suas próprias legislações. Assim sendo, a implantação e os movimentos necessários para realizá-la podem e inclusive espera-se que tragam certos medos e incertezas.

Um outro ponto negativo diz respeito ao tempo, tanto quanto a ser realizado em somente um semestre como o tempo de um encontro, em que ficou evidente, a partir da fala dos entrevistados, a impossibilidade de aplicar o programa em somente uma aula. Então, eles faziam a seguinte escolha: ou utilizavam o tempo de duas aulas seguidas ou faziam em uma aula, mas não abordavam todos os temas que a programação do programa de prevenção trazia.

Por último, foi avaliado como negativo o número de oficinas de país. Sobre isso, o profissional da escola diz:

Eu acho que foi pouco, na minha opinião acho que foi pouco. Se você for pensar um projeto de prevenção, a gente tá [sic] aqui quase dez meses, acho que teria que ter mais encontros. Mas, isso dá até pra [sic] tirar com os pais na primeira reunião, se tiver, se continuar, eu acho importante. Porque é muito difícil ter pai na escola, até na reunião de pais, vem pouquíssimo. Então, se você faz assim e conseguir, pelo menos, 1/3 já está bom. Eu acredito que tem que ter mais [oficinas]. Prevenção a gente tem que ter (Profissional da escola).

Nessa categoria fica evidente que certas adaptações são necessárias ao programa de prevenção. No entanto, não ocorreu nenhuma fala contrária à sua implantação.

Neste subcapítulo conclui-se que a inclusão dos profissionais, em sua maioria, deu-se pelo convite dos gestores, dessa forma, eles poderiam escolher participar ou não do programa de prevenção. A permissão da escolha é fundamental, uma vez que respeita os desejos dos profissionais. Compreende-se, neste estudo, que impor atividades aos profissionais pode contribuir com a precarização dos serviços públicos, comprometer o processo de trabalho dos mesmos, seu interesse em desenvolvê-lo e, ao invés de potencializá-los, desmotivá-los.

No processo de implantação identificou-se que uma facilidade de consolidar o programa de prevenção é quando já ocorre uma relação intersetorial entre saúde e educação no território. Algumas dificuldades para a implantação foram identificadas, são elas: dificuldade dos profissionais da saúde participarem da capacitação, excesso de demanda na escola e UBS, incorporação das dez aulas do programa no currículo disciplinar, ser um programa desconhecido para os profissionais, o que pode gerar insegurança, desconhecer os desdobramentos da implantação, ou seja, se ele irá continuar ou não, a não aplicação nos grupos controle e desconhecimento pelos profissionais e gestores sobre a importância da prevenção.

O programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged / #Tamojunto* foi avaliado como positivo pelos entrevistados gestores, coordenador, multiplicadores e profissionais da saúde e educação. Essa avaliação positiva estava principalmente vinculada à metodologia, conteúdo, didática, empoderamento e capacitação dos profissionais, fortalecimento da intersetorialidade e de vínculos saudáveis entre os profissionais da saúde e educação, pais e os profissionais, alunos e profissionais, entre os próprios alunos e entre os pais e filhos.

5.3 PERCEPÇÕES SOBRE A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA O PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS

O programa de prevenção às drogas *Unplugged / #Tamojunto*, que vem sendo apresentado nesta dissertação, possui como elemento fundamental a intersetorialidade. Tal programa nasce na esfera da saúde, mais especificamente na Coordenação Nacional de Saúde Mental, mas se concretiza intersetorialmente a partir das relações interministeriais entre a saúde e a educação com a UFSC e a UNIFESP.

A materialização deste programa só foi possível em função das relações e pactuações entre diversos setores da gestão das políticas de saúde e educação com seus respectivos programas e serviços, como:

- 1) Setor saúde:
 - * UBS;
 - * Secretaria Municipal de Saúde: PSE, a coordenação de Saúde Mental e o Gabinete do Secretário;
 - * Secretaria Estadual de Saúde: PSE;
 - * MS: Coordenação de Saúde Mental, Coordenação do PSE.
- 2) Setor educação:
 - * Escolas municipais;
 - * Secretaria Municipal de Educação: PSE, Ensino Fundamental, Gerência de Formação Permanente e Gabinete do Secretário;
 - * Ministério da Educação e Cultura: Coordenação do PSE.
- 3) Universidades:
 - * UFSC: PsiClin;
 - * Complexo de Ensino Superior de Santa Catarina (CESUSC) - Curso de Psicologia;
 - * UNIFESP.
- 4) Apoiadores:
 - * SENAD;
 - * DST/Aids

A intersectorialidade é complexa, uma vez que cada um desses setores possui a sua especificidade, cultura, responsabilidades, políticas, burocracias, fluxos, portanto, a relação entre cada um deles é complexa e singular e, como tal, deve ser pensada. Desde o momento em que cada setor conversa e interage com o outro algo novo é construído nesta relação, e essa construção produz mudanças na própria instituição e nas demais em que se relacionam (McNAMEE, 2010).

Neste subcapítulo identificou-se que o **território é protagonista da intersectorialidade** e com base nela pode ocorrer a **ampliação do cuidado** entre a escola com a UBS. Nele também serão apresentadas as **facilidades e dificuldades de realização da articulação** entre saúde e educação no território. Com o intuito de contribuir com o desenvolvimento da intersectorialidade, serão descritos **instrumentos para promover e fortalecer a intersectorialidade**. Por fim, serão apresentados os **resultados encontrados a partir da articulação intersectorial**.

5.3.1 Território enquanto protagonista da intersetorialidade: percepções dos gestores, coordenador regional de avaliação, multiplicadores e articuladores do PSE

Para que os diversos setores se articulem, pactuem e sejam corresponsáveis faz-se necessário pensar no território, pois é a partir dele que as ações em saúde devem ser planejadas.

O território é o organizador da rede de atenção à saúde e que deve orientar as ações dos serviços públicos. (BRASIL, 2004).

Pensar o território é pensar em complexidade, pois, segundo Santos (2007), território envolve normas, crenças, culturas das pessoas que nele habitam. Os espaços físicos, as dimensões sociais, políticas, e econômicas possuem heranças históricas e todas essas dimensões se articulam e conversam produzindo novos saberes e formas de ser e constituir-se. Desse modo, todo projeto de intervenção deve ser pensado a partir do território.

Conforme o Decreto nº 7.508, de 2011 (BRASIL, 2011c), o “processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvindo os respectivos Conselhos de Saúde”. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental e a primeira intersetorial em Saúde Mental enfatizou a necessidade de implantação de ações de prevenção ao uso de drogas no âmbito territorial. Assim, esses marcos normativos e políticos, que representam o interesse popular e intersetorial, dão sustentação para que o MS invista em um programa de prevenção ao uso das drogas com base territorial e comunitário.

O protagonismo do território fica claro na fala de um dos entrevistados:

Primeiro a importância eu acho que é ter claro que a gente tá [sic] falando de território. Que é a palavra que mais se fala assim. Então, você não tá [sic] fazendo um trabalho pra [sic] escola ou um trabalho pra [sic] Unidade Básica de Saúde, você está fazendo um trabalho pro [sic] território. Acho que essa é a primeira importância. E depois pensar numa estratégia que realmente induzisse essa relação. Acho que resumidamente seria [sic] essas duas coisas assim. Pensar no território, não pensar no ente separado e pensar na estratégia que funcionasse pra [sic] isso (Gestor federal).

Essa forma de perceber amplia o paradigma da saúde, pois vai além das ações da UBS e da escola, ou das ações individuais dos profissionais. Esse novo olhar para o território é complexo e dinâmico, pois são necessárias diversas relações intersetoriais para se pensar e cuidar de forma contextualizada. Tais relações envolvem os serviços públicos, privados e civis e as diversas hierarquias dentro desses segmentos.

Houve destaque, na fala dos profissionais da saúde e educação, sobre a participação do multiplicador na construção da articulação intersetorial entre a UBS e a Escola. O papel do multiplicador é fomentar, organizar, estimular essas instituições a se aproximar e conversar. O PSE possibilita o acesso da Equipe de Saúde à escola, mas não necessariamente fortalece essa relação, pois as ações, muitas vezes, acabam sendo da saúde dentro da escola e não articuladas entre as instituições.

Então, acho que essa proximidade com a multiplicadora, com a diretora, mas principalmente com a multiplicadora foi fundamental. Eu acho que ela é uma pessoa fundamental, essa pessoa que une as pontas, né [sic]. E faz os laços. Pra [sic] início é uma figura importante. Tem que ter alguém que faça essa união. Essa é uma figura importante, uma figura de fora, completamente neutra e que faça essa união. E que não seja uma pessoa específica pra [sic] cada local, mas que tenha essa função de fazer esses laços (Profissional da saúde).

A estratégia de inclusão de um multiplicador do programa foi avaliada como positiva para a construção da intersetorialidade, pois o trabalho de articulação tem sido difícil para os profissionais, tendo em vista a disponibilidade de tempo para esse fim. Quando há uma pessoa dedicada a esse propósito de auxiliar e provocar essa relação, esse é um elemento facilitador.

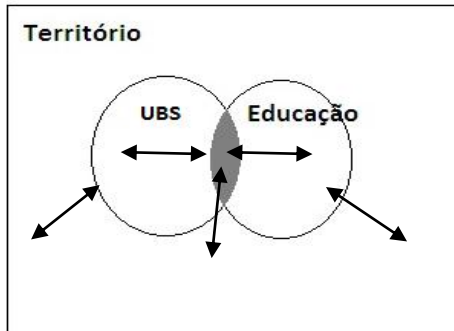
Porque é importante, eu sinto que o meu papel é muito mais de otimizar os encontros, não de realizar. O fato de ter um terceiro, dizendo que os dois têm que vir, isso otimiza, isso faz acontecer. Tem que ter alguém nessa função, não necessariamente alguém de fora. Acho que tem se

pensado muito na ideia de que seja alguém de dentro e acho que faz todo sentido que seja alguém de dentro. Mas acho que sem ninguém pra [sic] isso, acho que volta muito para uma ideia fragmentada de trabalho, ‘eu faço a minha parte, tu faz [sic] a tua e de vez em quando a gente senta para dar uma conversadinha pra [sic] saber o que eu fiz e o que tu fez [sic]’. Mas fica muito da intervenção da saúde e intervenção da educação e não uma coisa intersetorial (Multiplicador do programa).

A intersetorialidade pode também ser entendida como um grupo de pessoas que se responsabilizam e são parceiras em busca da resolutividade das demandas dos serviços. Para exemplificar, segue a figura 4. Nela o território é representado pelo quadrado, pois ele delimita uma área, os círculos são dois serviços que pertencem ao território, a parte em cinza é a relação intersetorial, ou seja, o que é feito em conjunto. As setas são as relações entre os serviços e o território e os demais serviços. Na matemática, a intersecção entre dois elementos significa que há um conjunto de elementos que, simultaneamente, pertencem aos dois conjuntos. Se pensar que um conjunto é a saúde e o outro é a educação, pode-se supor que ambos possuem espaço em comum, pois estão no mesmo território e ambientes como microssistema, mesossistema e exossistema (BRONFENBRENNER, 1996). Por exemplo: a escola e saúde são o microssistema dos moradores, a intersecção é o mesossistema e a parte exterior ao quadrado que define o território é o macrossistema (áreas de risco, políticas, organização social, leis, aspectos econômicos, moradias, etc).

Tal intersecção forma uma nova instituição que se comunica com a saúde, com a educação e com o território, além de criar suas próprias regras, culturas, estilos, etc. Portanto, os multiplicadores possibilitaram e contribuíram para que tal intersecção e construções conjuntas fossem realizadas.

Figura 4 - Intersecção entre saúde e educação



Fonte: Elaboração da autora (2014).

O multiplicador possui como função possibilitar aos serviços esse primeiro passo na construção de diálogo e rede intersetorial e, assim, os profissionais, ao se apropriarem dessas funções, não precisarem mais do multiplicador. Caso esse profissional se desvincule do serviço sem que os profissionais da escola e UBS tenham se apropriado de suas funções e ações necessárias para a continuidade da relação intersetorial, pode proporcionar risco a essa relação.

Outra maneira de promover a relação intersetorial no território ocorreu na formação dos profissionais. A formação para o programa de prevenção do uso de drogas nas escolas foi realizada em dois dias, em que estavam presentes os profissionais da saúde e da educação e os multiplicadores, que apresentaram a proposta do programa, capacitaram para a realização das doze aulas, oficina de pais e tiraram as dúvidas dos participantes. Nesse encontro, como estavam presentes os profissionais de ambas as instituições, realizou-se o primeiro contato, o conhecimento de cada um e a troca de ideias, a identificação e o reconhecimento das pessoas do outro serviço, a importância de conversar e o início das primeiras pactuações.

O correio eletrônico também contribuiu para a construção da relação intersetorial, pois foi um instrumento fundamental de comunicação.

Na comunicação com o grupo, eu sempre trabalho com a ideia assim de me comunicar com o grupo evitando a coisa individualizada. Então, assim *e-mails*, falando dos *e-mails*, os *e-mails*, os que eu fui enviando ao longo do processo, eles se dirigiam à escola enquanto instituição, aos

componentes da equipe, aí nominalmente cada professor que eu tinha os contatos, e ao articulador da saúde e ao articulador da educação, tudo. Então, o pessoal da saúde, eles recebiam as comunicações sobre o andamento das aulas. Pra [sic] tá [sic] sabendo tudo o que estava sendo encaminhado, como que tava [sic] acontecendo, que orientações estavam sendo dadas, eu sempre incluí (Multiplicador do programa).

Como se estava criando uma nova forma de se relacionar, qual seja, a intersetorialidade, formada por um grupo de pessoas corresponsáveis pela aplicação de um programa de prevenção, era essencial que todos os profissionais recebessem as informações conjuntamente. Desse modo, a relação intersetorial se constrói, desde o início, de forma compartilhada e coletiva e não se torna personificada.

5.3.2 Intersetorialidade enquanto ampliação do cuidado

Os profissionais perceberam que a relação intersetorial possibilita ampliar o cuidado às pessoas que procuram a UBS ou que estudam na escola e também compreender e analisar as situações e criar estratégias de intervenção tendo os serviços como responsáveis pelo cuidado à pessoa:

Eu acho válida, eu acho que facilita a gente estar articulado com a saúde, até porque a saúde tem um outro, um outro acompanhamento, digamos, da família. A gente tem o acompanhamento na parte educacional, pedagógica e a saúde conhece o outro lado, né [sic]. [...] E também porque lá, às vezes, a escola pode nem saber que uma família tá [sic] tendo algum problema com drogas. E isso aparece lá no posto. E a gente não sabe como vai fazer essa intervenção na escola. Às vezes, a gente leva uma situação de um aluno pro [sic] posto que a gente acha que tá [sic] com problema de aprendizagem ou por um outro motivo. ‘Mas, a família está tendo esse problema, tem algum usuário’. Então tu já começa [sic] a ver um outro lado (Profissional da educação).

O ser humano é complexo e possui dimensões que se organizam e se desorganizam. As pessoas chegam a cada serviço com toda sua complexidade, no entanto, os serviços possuem certas especialidades e especificidades que não dão respaldo a algumas dimensões da pessoa, fragmentando-a. Quando dois serviços se conversam, amplia-se o olhar e percepção que se tem sobre a pessoa e o contexto, podendo a intervenção ser mais assertiva. E se cada serviço possuir seus próprios paradigmas para pensar, planejar e intervir, eles serão antagônicos e complementares, e não contraditórios (MORIN, 2002).

Para a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006b), a partir do momento que se conversa com outros serviços e profissionais, está se desenvolvendo a Clínica Ampliada. Ela visa a produzir saúde e aumentar a autonomia das pessoas, da família e comunidade utilizando como recursos equipe multiprofissional, construção de vínculo, elaboração de projeto terapêutico, entre outros.

Quando dois ou mais serviços conseguem conversar, há troca de referências, paradigmas e conhecimentos sobre determinada pessoa ou território. Só a troca entre os serviços já produz efeitos, visto que provoca mudanças no serviço e na sua forma de trabalho. A relação, pactuação e ação entre dois serviços para determinado fim mais que duplica os efeitos, uma vez que o todo é mais que a soma das partes (MORIN, 2002).

5.3.3 Facilidades e dificuldades da articulação

Foram identificadas, na fala dos entrevistados, facilidades na articulação intersetorial, como disponibilidade do profissional de se articular com outro setor.

Uma coisa da saúde que motivou muito, principalmente a equipe do NASF e pelo fato da enfermeira ser jovem no posto, tem muito 'tesão' pelo trabalho, então tudo pode ser uma possibilidade. Não tem aquela coisa institucionalizada de que não dá certo, de que não é assim (Multiplicador do programa).

Estar disponível para a implantação de novas atividades e ter flexibilidade são variáveis fundamentais, que apareceram nesta pesquisa, para engendrar a intersetorialidade. Isso porque a desenvoltura, a sensibilidade e a capacidade de mobilizar outras pessoas indica que a rede se potencializa com pessoas que desejam fazer e que

vão além das tarefas de rotina já estabelecidas. Uma pessoa motivada, disposta a articular com outras pessoas, forma uma rede de pessoas que, em um contexto institucional, mobiliza setores. Assim, a rede intersetorial se faz com pessoas sensíveis, engajadas em uma perspectiva crítica da realidade.

Foram observadas duas formas de dificuldade intersetorial: a primeira diz respeito ao início da relação e a segunda referente à realização quando ela já está ocorrendo. Quanto às situações que dificultaram o início da relação intersetorial, segundo os entrevistados, são: a participação da gestão municipal da saúde, considerada insuficiente, as questões político-partidárias e a personificação nos representantes das instituições que se articulavam intersetorialmente.

Verificaram-se, também, as dificuldades para a concretização da relação intersetorial entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação.

Eu penso só que hoje aguardando assim, que eu acho que a gente sente um pouco de falta, é a participação da saúde nesse processo. Porque envolve diretamente a saúde, então eu senti falta [...] Mas que isso talvez tenha se evidenciado quando a gente leva uma proposta pros [sic] gestores e na hora da execução da proposta somente um setor se envolve realmente (Gestor da educação).

O processo de pactuação entre os setores das políticas de saúde e educação municipais teve a participação do coordenador nacional de saúde mental, que se deslocou para Florianópolis com o objetivo de pactuar com as secretarias a implantação do programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged / #Tamojunto*. As dificuldades apareceram, desde a disponibilidade inicial da Secretaria Municipal de Saúde, que desmarcou três vezes a primeira reunião. Oficialmente, essa secretaria é uma apoiadora do projeto, uma vez que pactuou a realização do programa com o MS, no entanto, na prática, parece não ocorrer a efetivação desse acordo. Um elemento analisador do envolvimento da saúde nesse programa, desde seu início, foi a dificuldade de agenda em comum. Este movimento da Secretaria Municipal de Saúde pode ter ocorrido por diversos fatores como: questões político-partidárias, a prevenção ao uso de drogas não ser prioridade neste momento nessa secretaria, demandas excessivas, poucos recursos humanos, etc.

Sobre isso, o gestor federal diz:

A dificuldade que a gente tem aqui é que politicamente a saúde e a educação aqui não conversam. E isso é muito sério. Isso é muito, muito sério porque na hora de fazer a relação intersetorial, ela não vai também. Que é uma resposta do que já vem acontecendo no município. Então, agora houve uma mudança, entrou uma outra pessoa pra [sic] saúde, amanhã eu vou me reunir com as duas, vai ser a primeira vez que vou saber como é que tá [sic] essa relação, mas ano passado era uma relação muito conflituosa, era pessoalmente conflituosa. E aí isso era algo que gerava instabilidade nas escolas. Nas unidades de saúde menos, porque a unidade ela [sic] tem menor efeito no programa, porque acaba que o profissional sai, mas da escola não porque ele tem doze aulas que tão [sic] ali (Gestor federal).

Uma outra dificuldade para iniciar a relação intersetorial foi reduzir a relação entre dois setores a uma pessoa de cada instituição.

Mas, no caso de Florianópolis, ele é ainda bem personificado. O que é um avanço. Quando a gente veio pra [sic] cá, Florianópolis era um dos lugares que o PSE era referência e isso foi um dos motivadores. Vou pra [sic] Florianópolis porque a nossa entrada inicial antes da equipe do PSE Educação do MEC, antes de eles perderem a equipe, a gente queria entrar pelo PSE. E aí vamos para Florianópolis porque o PSE é superorganizado aqui. Tem uma força e tal. E aí nisso que eu chego aqui, de fato muito organizado, só que ele é bem personificado. Então, isso ajuda, mas tem a contrapartida. Tem ajuda porque você sabe com quem você precisa falar, mas tem hora que você só fala com essa pessoa. Até porque tem uma mudança de escolas muito drásticas aqui. Então, mudou o ano, a gente tinha feito formação sei lá com quantos professores e aí eles sumiram, foram pra [sic] outras escolas, zerou assim. É muito difícil fazer a continuidade. Então, se essas figuras estão muito

personalizadas, muito a pessoa, então começa de novo. Aí você zera, porque ele deixa de ser uma proposta territorial pra [sic] ser uma proposta individual. Então, essa é uma dificuldade que a gente tem (Gestor federal).

Retomando a figura 4, os profissionais dos setores devem estar na parte de intersecção, ou seja, aquilo que as instituições possuem em comum que são consideradas na relação intersetorial. O Programa de Saúde do Escolar e o programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto devem ser de responsabilidade dos serviços escola, UBS e da relação intersetorial. Isso não isenta de ter alguém que coordene e organize em cada setor os programas e a intersetorialidade. Essa pessoa coordenadora é peça fundamental, uma vez que não ficam personificados os programas nela, mas corresponsabiliza todos os trabalhadores.

Houve discursos dos entrevistados referindo-se às dificuldades para a realização da articulação entre as escolas e as UBS. Os participantes que relataram dificuldades foram a maioria dos profissionais da saúde, da educação e os multiplicadores.

As principais dificuldades citadas pelos entrevistados sobre a articulação intersetorial foram: dificuldade de compreender o significado de intersetorialidade, demanda de trabalho excessiva, falta de profissionais, falta de receptividade de um setor para o outro, personalidade das relações, organização e tempo de cada setor diferentes, falta de colaboração da gestão, discurso pessimista, dificuldade em concretizar a comunicação, não haver padronização na comunicação e falta de treinamento para as multiplicadoras sobre articulação política.

Identificou-se, nas entrevistas, que uma dificuldade para realizar a relação intersetorial é a própria compreensão dos profissionais entrevistados, ou não, do que significa intersetorialidade.

Então é assim: quem é que faz acontecer esse tal programa de saúde do escolar? Então, é um questionamento que eu coloco assim: é saúde na escola ou é saúde com a escola? A equipe de saúde com a equipe da escola promovendo saúde. Acho que é totalmente diferente. Porque assim, uma dificuldade eu acho que é quando o programa de saúde vem como uma ação externa que cai dissociada no contexto dentro da escola. É isso. [...]. Bom, isso nesse momento eu vejo uma

tensão aí na direção da Secretaria da Educação atual que veio um representante da Secretaria da Educação com um discurso tipo: ‘A saúde que vai conduzir esse negócio’. Um grifo no meu ‘vai’. Numa voz autoritária, determinando uma tarefa pra [sic] saúde, fugindo totalmente da compreensão de que a saúde tá [sic] vindo na [sic] escola realizar uma ação intersetorial, conjunta. Nós vamos fazer junto. Se pode fazer uma coordenação dessa oficina de pais compartilhada entre os profissionais de saúde e educação, você não precisa botar o palco só pra [sic] saúde. Mas, o que eu senti é um discurso de atribuir uma responsabilidade pra [sic] saúde, afastando da educação essa responsabilidade. ‘Educação faz as aulas, saúde faz a oficina, cada um fica pro [sic] seu lado’ (Multiplicador do programa).

A entrevistada apontou, em seu relato, um dado importante para a implantação do programa e o trabalho em rede, qual seja, a compreensão da intersetorialidade para os gestores. Se os gestores não têm conhecimento teórico-prático e disposição política para a atuação intersetorial, isso pode comprometer toda a implantação de uma política pública dessa natureza, pois será realizada uma outra ação multissetorial ou multiprofissional, ou seja, setores trabalhando com a mesma demanda justaposta e não compartilhada.

A proposta da intersetorialidade é que os serviços trabalhem conjuntamente e compartilhadamente com a mesma demanda. No quadro 11, podem-se comparar as diferenças dos paradigmas multissetorial e intersetorial.

Quadro 12 - Paradigmas intersetorial x multissetorial (continua)

	Multissetorial	Intersetorial
Conceito	Saberes técnico-científicos setoriais no planejamento e execução de políticas públicas específicas	Articulação dos saberes técnico-científicos e populares no planejamento, execução e avaliação de políticas públicas
Forma de organização	Os setores se reúnem pontualmente	Os setores se reúnem permanentemente

(conclusão)

	Multissetorial	Intersetorial
Agentes da ação	Representantes personificados	Representantes institucionais
Relação entre setores	Leva em consideração apenas a finalidade de cada setor	Leva em consideração as fragilidades e potencialidades dos setores envolvidos
Construção de políticas públicas	Simplex devido à relação frágil entre os setores	Complexa devido à grandiosidade das relações entre os setores envolvidos
Finalidade	Desenvolvimento social através políticas fragmentadas	Desenvolvimento social através de políticas integradas e integradoras
Efeitos	Restrito	Amplo, sinérgico e complexo

Fonte: Elaboração da autora (2014).

O desconhecimento e baixo compromisso dos gestores e profissionais com a intersectorialidade pode produzir os efeitos de quando se realiza ações multissetoriais. Verificou-se, nas falas de alguns dos entrevistados, a desvalorização das práticas intersectoriais.

Assim, um discurso que a unidade de saúde teme dizer assim: 'Hoje fulano não trabalha, não está trabalhando porque ele foi para a escola. Hoje ele não trabalha porque foi para o território'. E isso eu já ouvi em outras unidades e referindo-se até a agente comunitário, que tem um trabalho de rua, que precisa sair, não é dentro da porta fechada (Multiplicador do programa).

Assim, identifica-se que nesse aspecto há um modelo de saúde predominante, baseado na ação sobre o indivíduo que procura a UBS. Esse conceito revela que o modelo de atenção praticado reduz-se ao atendimento ambulatorial e limita-se à UBS.

No modelo de saúde ampliado e preconizado pela política de atenção básica, espera-se que os profissionais de UBS transitem pelo

território, conheçam a organização social da comunidade, reconheçam as lideranças comunitárias, os equipamentos sociais, áreas de risco, de lazer, os serviços, condições de moradia, renda familiar, saneamento, alfabetização, escolaridade, cultura, clima, entre outros.

Na prática tradicional que atende à demanda de pessoas com algum agravamento de saúde já identificado, focando na doença e no cuidado médico dentro da UBS, é impossível um cuidado baseado no território, nas ações de saúde e mais ainda na intersetorialidade. A UBS, ao realizar o planejamento, execução e avaliação das suas ações em saúde requer relação direta com o território e a intersetorialidade. Como conta o multiplicador:

No contato com a escola eu não percebi nenhuma dificuldade ou tensão. Diferente do que aconteceu depois que o processo inteiro terminou. Porque essa profissional [da saúde] começou a solicitar comprovantes que ela tinha participado do processo, ela queria documentos sobre isso. Ela queria receber do Ministério da Saúde comprovante de que ela tinha participado do planejamento das oficinas de pais, que ela tinha estado nas oficinas e tudo mais. Ela insistiu bastante para receber isso, indicando inclusive gestores locais que deviam receber esse documento. Ela queria que chegasse à chefia, enfim, não ao coordenador de saúde, ela queria que chegasse ao pessoal mais central da secretaria. [...] Então, ela me explicou. Ela estava bastante chateada, ela se sentia sofrendo assédio no ambiente de trabalho, assédio moral por parte do coordenador dela e de alguns da equipe que insinuavam que esse trabalho dela fora da unidade não tivesse [sic] de fato acontecendo. Em [sic] que ela estivesse se ausentando da unidade de forma inexplicada ou estranha ao trabalho, sabe? E ela se ofendeu muito com isso, muito, muito. E era esse o motivo, era queria justificar e comprovar que de fato ela estava fazendo, estava trabalhando naquele horário. E ela contava assim, que parte da equipe [...] ela falava muito do coordenador, mas eu entendo que tinha colegas dela mesmo que queria [sic] que ela fosse atender paciente na cadeira de dentista e não estar na escola fazendo PSE. Isso foi providenciado para

ela e, depois, ela chegou a me dar um retorno, essa profissional chegou a ter um afastamento por motivo desse desgaste todo (Multiplicador do programa).

A partir desse relato, verifica-se a importância do processo de pactuação nos serviços e escolas, ou seja, um processo de esclarecimento e negociação que informe a equipe de saúde sobre o programa, como ele acontece, quem participa, quando participa, as atividades que precisam ser realizadas, o tempo para realizar essas ações. Percebeu-se que essa etapa é primordial para o êxito das atividades de implantação de um programa dessa natureza; também, ao mesmo tempo, essas dificuldades revelam a forma de trabalhar das equipes de saúde, sua fragmentação e pouca implicação com o trabalho fora das UBS. Um processo de pactuação de mais longo tempo poderia facilitar a institucionalização do programa.

A prevenção ao uso de drogas é complexa, sendo necessário pensar em múltiplos fatores que influenciam no uso, como relações interpessoais, interações familiares, aspectos biológicos, genética, oportunidade de contato e/ou convivência com as drogas, cultura, entre outros. Todos esses aspectos podem ser considerados fatores de risco ou de proteção, ou simultaneamente risco e proteção, que devem ser analisados singularmente (SENAD, 2011).

Constatou-se também que há dificuldade de compreensão dos professores sobre a proposta intersetorial.

A dificuldade que eu vejo é do professor compreender a saúde dentro da escola. Eles sentem como se fossem intrusos dentro da escola e então recebem muito mal os nossos colegas da saúde e falta essa compreensão nessa rede de proteção. Então eu penso que nesse aspecto a nossa Secretaria de Educação peca na formação porque poderia trabalhar isso lá na formação porque essa é a rede de proteção (Profissional da educação).

Talvez esse seja um dos reflexos, pois os gestores também parecem não compreender o que é a intersetorialidade. Fica claro no relato acima que alguns professores não foram capacitados ou não puderam refletir sobre o trabalho intersetorial. Percebeu-se também que não se estabeleceu uma efetiva relação intersetorial da escola com a

saúde, tornando-se evidente que a relação intersetorial ainda se faz na relação pessoal e não institucional. Logo, a pessoalidade também foi identificada como uma dificuldade intersetorial.

Eu vejo que difícil a gente fazer essa [...] sentar pra [sic] discutir projetos, sentar, conversar juntos, ter um diálogo mais próximo da equipe. Parece que não é característica assim [...] não existe uma intenção de toda a equipe, é de profissional pra [sic] profissional. Determinados profissionais têm um valor maior com relação aos programas e projetos, daí a gente consegue trabalhar melhor. Mas não é algo que tá [sic] assim instituído (Profissional da saúde).

Outra dificuldade para concretizar a intersetorialidade é a demanda excessiva de trabalho no próprio serviço.

Uma outra dificuldade da articulação, que não é uma dificuldade, acho que é uma ressalva na verdade, foi o que eu falei da articuladora do PSE [Educação]. Ela é super bem intencionada, tem uma disponibilidade gigante, tudo o que eu peço ela encaminha, tudo o que a gente define na reunião ela tem um jeito de encaminhar, ela gosta disso, só que ela é super, mega, hiperlotada (Multiplicador).

Mas, assim, eu vejo que aqui nem o básico as pessoas conseguem dar conta porque é muita pauleira, então tudo o que vem a mais parece que vai [...] sabe, não sei se é um peso, mas é algo a mais a ser feito (Profissional da saúde).

Para que um projeto como este, que necessita de articulação entre a saúde e a escola, funcione, fundamentalmente, ele precisa ser tomado como parte das atividades dos profissionais, seja da saúde ou da educação. A intersetorialidade não deveria ser vista como um encargo a mais aos profissionais. Logo, faz-se necessário que os coordenadores do programa, juntamente com as instâncias de gestão, tanto da saúde como da educação, pensem em estratégias para que os profissionais envolvidos tenham respaldo das equipes e atribuam sentido à sua prática profissional, quando de sua execução.

A demanda excessiva de trabalho desses profissionais, que apareceu como uma variável que intervém na prática do programa, também pode estar relacionada à falta de profissionais, sendo esta uma outra dificuldade para estabelecer a intersetorialidade. A escassez de pessoas nos serviços e instituições, destes setores, compromete o funcionamento e a organização dos mesmos, pois acaba restringindo as ações e intervenções, sobrecarregando alguns profissionais. Assim, gera trabalhadores cansados, estressados, comprometendo o trabalho e a qualidade de suas atividades e se tornando refratários a novos programas ou ações que fogem de suas atividades básicas.

A organização e tempo de cada setor também foram apontados como uma dificuldade, pois cada um possui um ritmo, sistema, fluxo, diretrizes, e promover uma articulação levando em conta essas variáveis é complexo e trabalhoso.

Às vezes tem isso, essa dificuldade intersetorial no sentido de funcionamento. A escola tem um outro tempo. Se eu vir aqui na escola e quiser marcar alguma coisa para amanhã de urgência, a escola não tem que ter uma ação da gestão. A escola consegue se organizar. É horrível, é um caos, mas consegue. Na saúde não dá. Eu não posso chegar lá no posto e dizer que vocês têm que amanhã [...] não, não vão estar. Então acho que esse tempo, entre o tempo da escola e o tempo da saúde às vezes ficam [sic] muito dessincronizado e dificulta um pouco o trabalho (Multiplicador).

Nesse momento são imprescindíveis as pactuações e contratualizações entre os serviços e a compreensão do funcionamento de cada um, pois, a partir disso, é possível construir um fluxo em comum, em que cada serviço pode compreender e respeitar o tempo do outro. Essa aproximação é dinâmica, haja vista que também envolve as crenças, percepções e desejos dos profissionais. Para tal, a gestão dos serviços deve ser apoiadora. No entanto, identificou-se que essa variável foi uma dificuldade para estabelecer a relação intersetorial na implantação do programa.

Acho que o fato de a gestão não estar sustentando o trabalho também dificulta, por exemplo, as meninas do NASF, elas atendem em quatro

centros de saúde diferentes. É muito difícil reuni-las, é muito difícil porque elas têm que ficar justificando em um outro centro. Eu penso que se entra uma gestão ali como algo que sustente isso, fica muito mais fácil de articular. (Multiplicador).

Os profissionais, para conseguirem se deslocar até outros serviços, seja para a implantação do projeto de prevenção às drogas, ou para outras demandas, precisam do apoio da gestão, senão vira algo pessoal e fragmentado. Talvez fosse interessante que os próprios gestores, dos diversos serviços de um mesmo território, pudessem se encontrar periodicamente para pensar sobre as características e problemas da comunidade local e estreitar a relação entre os serviços.

Outra dificuldade para a relação intersetorial, que apareceu nas falas dos profissionais e multiplicador, foi um discurso pessimista dos profissionais.

Uma profissional de saúde tem algumas coisas pró-ativas em relação ao trabalho dela, mas ela tem um discurso muito [...] 'não sei ser pessimista ou realista demais da relação com a comunidade'. Então, de achar que não funciona, de achar que eles não aderem, de achar que não adianta estimular, de achar que é só mais uma tentativa que não vai dar certo. Então, ela tem uma coisa assim impregnada de um discurso de que não adianta. Ela até vai, mas não adianta. Não a senti, das poucas coisas que ela participou, não a senti disponível (Multiplicador).

As crenças, pensamentos e paradigmas dos profissionais devem ser considerados na implantação do programa e a promoção da intersetorialidade. A visão negativa sobre o programa e sobre outras ações que envolvam a comunidade ou diversos setores pode não contribuir para as ações intersetoriais. Entretanto, essas percepções devem ser consideradas, neste contexto, pois esse discurso foi construído a partir de outros momentos e experiências da história profissional. Essas concepções podem ser questionadas e ressignificadas, mas, para isso, é necessário que o profissional esteja disponível e que os demais profissionais e gestores contribuam.

A concretização da comunicação por correio eletrônico, apesar de também ser caracterizada como um facilitador, foi avaliada pelos

profissionais e multiplicador como não efetiva, pois, apesar de ela ser pactuada como uma ferramenta de comunicação, por vezes, não foi concretizada.

A resposta em relação a esse tipo de comunicação eu acho que é importante, porque o que eu observei que muitos desses participantes parece que não têm o hábito de checar *e-mail* diariamente, responder *e-mails*, às vezes no contato presencial eles falavam: ‘ah, eu vi’. Mas, jamais tinham respondido. Então, eu não tinha controle de quem recebia, quem não recebia esses *e-mails*. Porém, os gestores das duas escolas que eu acompanhei respondiam regularmente e bem prontamente (Multiplicador do programa).

Eu acho que como não é um meio sistematicamente usado por todo grupo, ele acaba não sendo tão eficiente quanto a gente gostaria ou esperaria que fosse. Porque quando eu mando eu preciso saber se as pessoas receberam a minha mensagem. Muitas vezes eu tava [sic] colocando, sei lá, uma proposta [...] eu tô [sic] propondo um horário pra [sic] gente se encontrar, eu preciso saber se as pessoas confirmam presença, se vai ser possível, se eu não recebo resposta, eu não sei. Então, fica incerto, fica incerto (Multiplicador do programa).

No processo de construção das relações intersetoriais é indispensável acertar as estratégias de comunicação que possam funcionar para determinado grupo. Criou-se e pactuou-se uma estratégia que talvez não tenha sido a mais adequada para esses serviços específicos. Para isso, sugere-se que sejam feitas avaliações periódicas e assim readaptar e reconstrutualizar as variáveis que não foram adequadas ou que não deram certo para a relação que estão estabelecendo.

Uma estratégia utilizada pelas multiplicadoras para facilitar a comunicação por correio eletrônico foi a padronização do conteúdo do *e-mail*, no entanto, uma das multiplicadoras identificou como dificuldade não ter uma padronização pactuada entre os multiplicadores.

Então, a gente não tem: ‘eu vou fazer o acompanhamento e vou manter uma comunicação

atualizada com todos os envolvidos no processo'. Eu não tenho um padrão pra [sic] essa comunicação. O que que [sic] é que vai circular? Então, eu criei um formato de *e-mail* que eu passei pra [sic] equipe. Mas, minhas colegas mandaram *e-mails* em outros formatos. Não é um padrão. Embora seja o mesmo programa sendo implementado, não tem um padrão. Isso eu acho que é uma dificuldade (Multiplicador do programa).

Portanto, essa padronização é uma sugestão para a coordenação do programa de prevenção, uma vez que pode facilitar e manter um rigor técnico, contudo é necessário que tal rigor não enrijeça a comunicação, ao contrário, ele é somente uma alternativa para facilitá-la.

Para finalizar, uma das multiplicadoras apontou como dificuldade não ter um treinamento sobre articulação política, pois isso facilitaria a articulação entre os setores e a implantação do programa.

Enquanto multiplicadora eu não tive treinamento nenhum sobre articulação política. Isso é uma dificuldade, a capacitação do multiplicador não cobre essa demanda de articulação política. Estando em contato com essas instituições, essa demanda também, e talvez por isso, o que que [sic] acontece? Eu multiplicadora tenho soluções e condutas em relação a essas demandas, as minhas colegas multiplicadoras certamente conduziram de forma particular. Nós não temos uma diretriz sobre isso (Multiplicador do programa).

A política faz parte de todas as organizações como os serviços públicos, empresas privadas, sindicatos, igrejas, etc. Política “abrange todas as coisas, uma vez que é o mecanismo através do qual uma ação coletiva pode ser exercida em qualquer comunidade, na medida em que nela não há unanimidade e enquanto a comunidade continua a existir” (OUTHWAITE, BOTTOMORE, 1996, p. 80). Então, política pode ser concebida como forma de pensar, organizar e aplicar conceitos e paradigmas que influenciam as pessoas.

5.3.4 Instrumentos para promover e fortalecer a intersectorialidade

Durante a implantação do programa de prevenção ao uso de drogas diversos instrumentos foram criados pelos profissionais, gestores e multiplicadores para fortalecer e articular a relação intersectorial. Conhecer tais ferramentas é imprescindível, pois pode contribuir na concretização, readaptação delas e criação de outras, conforme a necessidade e singularidade de cada território.

Constatou-se que a presença de um multiplicador para organizar e dar início à relação intersectorial é um facilitador, pois é uma pessoa que se dedica a promover, na prática, os primeiros encontros e contatos entre os setores, serviços e instituições envolvidas. O multiplicador apresentou-se como uma peça-chave para a concretização da intersectorialidade. Sobre isso, o gestor federal refere:

E aí essa multiplicadora foi a pessoa responsável por entrar em contato com a saúde, entrar em contato com a educação, marcar a agenda: 'olha reunião, dia de planejamento da oficina de pais vai ser, sei lá, dia dez, oito da manhã'. Então, ela começou fazer esse papel, porque isso não existia ainda quem fizesse esse papel de agendamento e tudo. E aí isso foi feito aqui (Gestor federal).

O multiplicador tem a função de capacitar os profissionais para a realização das ações do programa de prevenção, empoderá-los e apoiá-los para a realização das atividades, tanto em sala de aula como nas oficinas e ações comunitárias, promovendo a autonomia dos participantes e responsáveis. Dessa forma, o multiplicador deverá paulatinamente retirar-se de cena, no processo de apropriação do programa por parte de seus atores principais, quando, então, os profissionais, juntamente com a gestão, vão agregando para suas atividades as funções do multiplicador.

Outro recurso importante foi o envolvimento dos articuladores do PSE, pois isso facilitava a articulação entre os setores. É importante que toda a equipe seja responsável pela intersectorialidade, mas possuir algumas pessoas pré-determinadas pode facilitar o início da relação intersectorial e garantir que ela aconteça.

Aqui em Florianópolis tem uma peculiaridade, eles têm aquilo que eles chamam de articuladores do PSE nas escolas e nos Centros de Saúde, que é

uma pessoa de referência pro [sic] programa. Então, no ano passado quem ficou por conta de planejar e executar as oficinas de pais era essa pessoa que é o articulador do PSE. Então, era minimamente uma pessoa da saúde, uma pessoa da educação, elas planejavam e executavam a oficina de pais. O que a gente viu até no processo de avaliação desse momento é que ele foi muito importante pra [sic] iniciar esse contato. Então os resultados que a gente teve de pesquisa, inclusive foi a coordenadora local que apresentou esses dados pra [sic] gente, são que eles falam isso, que o programa foi capaz de promover espaços de intersetorialidade (Gestor federal).

As diretrizes nacionais relativas à implantação do PSE são flexíveis à medida que permitem à realidade local construir suas próprias estratégias, no caso o articulador do PSE nas escolas e nas UBS.

Outra proposta para dar início à relação intersetorial no território surgiu do Governo Federal, que foi a realização de uma tarefa em conjunto.

Se eu dou uma tarefa clara, é mais possível que esses profissionais se encontrem e pensem em estratégias de resolver e aí isso acontece naturalmente. Essa foi uma aposta que a gente fez. A gente acreditava que se eles tivessem que cumprir essa tarefa eles teriam que se encontrar, que era o que não acontecia ou acontecia em territórios isolados. Se eles tivessem claro onde eles queriam chegar com aquilo, há chance que eles se mantivessem no processo por mais tempo, que foi o que aconteceu. [...] A nossa aposta foi essa, a gente dá uma proposta, um objetivo claro e a gente diz que eles têm que se reunir pra [sic] planejar e executar a oficina de pais. E aí quando a multiplicadora começava a acompanhar acontecia o encaminhamento, aí a escola convidava o profissional de saúde pra [sic] participar de uma semana da saúde de não sei o que lá, a escola ficava sabendo que a saúde tava [sic] com um projeto de não sei o que e podia encaminhar alguém, algumas crianças ou algum

pai pra [sic] isso ou talvez até um professor. Então, a partir do momento que eles se encontram, que eles têm o objetivo claro, sair disso é mais fácil. E essa foi a hipótese que a gente teve no início (Gestor federal).

Juntar esses profissionais pra [sic] ficar discutindo a saúde do território não faz com que eles hajam. Eu tô [sic] falando isso não é porque alguém me disse, ano passado eu visitei praticamente todas as escolas que participaram do programa. Só uma ou duas que desmarcaram, eu visitei todas as escolas e fiz reunião de avaliação com cada uma delas e todas elas diziam isso. É um discurso lindo, de vamos colocar a saúde e educação pra [sic] dialogar sobre o território, é lindo, mas ele não é real. E não é porque os profissionais não são capazes, não é porque eles não têm competência, não é porque eles não estão motivados, pelo contrário, é porque é precário, eles têm pouquíssimos recursos, pouquíssimos. Imagina você propor para um profissional de educação que ele vai ter que se reunir com a saúde pra [sic] discutir formas de intervenção no território, pra [sic] criar uma intervenção, seja ela um programa, seja ela uma tomada de decisão desse território. É muito mais trabalhoso. E eles dizem isso, o tempo que eles podem, que eles gastam pra [sic] falar isso eu não quero e fazer outra coisa é menor do que eles terem que pensar sobre aquilo, criar aquilo pra [sic] ser feito. E é isso que eu tenho aprendido com a gestão federal, eu venho da gestão estadual, é que você pode ter o projeto mais lindo do mundo, você pode ter a iniciativa mais nobre, você pode ter os profissionais mais capacitados, só que não dá pra [sic] exigir muito deles. Porque se você exige muito, não é replicável, se não é replicável, não é disseminado, se não é disseminado não vai virar uma política pública (Gestor federal).

Uma coisa que eu fico pensando é que se você me perguntar: ‘esse é o melhor modelo pra [sic] promover a relação intersetorial?’ Não, não, mas é o primeiro passo. Ou é a educação que tá [sic]

precarizada e a gente sabe que tá [sic] ou a saúde que em alguns lugares que tá [sic] precarizada ou que tem uma demanda absurda de trabalho. As duas têm uma demanda absurda de trabalho. Então, tem que estar claro que o grau de exigência que você vai fazer a esse profissional é proporcional ao recurso que você vai dar pra [sic] ele. Porque se não, isso não torna factível (Gestor federal).

Jackson Filho (2004) realizou um estudo sobre a precarização em serviços públicos no Brasil, e identificou que há alta prevalência de doenças músculo-esqueléticas, pouca margem de ações na direção local, fragilidade do processo de desempenho do trabalho, inexistência de serviços de apoio e pouca margem para contratações. Para esse pesquisador, a ideia de “patologia organizacional” pode ser propícia para descrever o funcionamento de alguns serviços públicos. A precarização das condições de trabalho pode ser caracterizada pela ausência ou insuficiência de equipamentos, espaços mal desenhados, práticas gerenciais distantes da realidade, intensificação do trabalho, gerando a aposentadoria de 24,7% de servidores públicos por doenças ligadas ao trabalho (JACKSON FILHO, 2004).

Esse incentivo e cuidado que o Governo Federal está tendo para realizar a articulação intersetorial parece começar a dar resultados tanto aos setores quanto aos profissionais, pois considera o contexto em que estão imersos e dão ferramentas para o trabalho.

5.3.5 Resultados encontrados a partir da articulação intersetorial

A intersetorialidade é uma estratégia para integrar políticas públicas e responder às vulnerabilidades de um território. Ela propõe a possibilidade de compreender saúde de forma ampliada, sendo uma estratégia social para superação de problemas complexos cuja resolução depende de diversos serviços. “Trata-se de um ‘atrevimento’, em seu sentido mais rico, de romper com posturas reducionistas na resolução de situações complexas e com a presunção de achar que um setor sozinho dá conta de questões multicausais” (SENAD, 2011, p. 257, grifo no original). Com a materialização da articulação intersetorial no programa de prevenção ao uso de drogas pode-se encontrar resultados positivos no território e nos serviços, são eles:

1) Início do diálogo entre os serviços de saúde e educação em alguns territórios.

2) Aumento do diálogo entre os serviços da saúde e educação em razão da necessidade de fazer atividades conjuntas.

3) Possibilitar a responsabilização de ambos os serviços pelas pessoas do território. A esse respeito, o profissional da educação explica:

Tem também assim do atendimento da criança de tá [sic], porque se você encaminha pra [sic] um psicólogo, tem uma lista de espera. Eu tenho que vê [sic] se a mãe leva, que geralmente você deu o encaminhamento, a mãe não leva no posto. Como eu tô [sic] próxima, eu to [sic] perto, a gente tem [...] isso é legal. Daí eu boto o dado, a mãe não veio, vamos ver o que que [sic] houve. E às vezes ter esse retorno, isso é bom (Profissional da educação).

4) O projeto de prevenção às drogas *Unplugged* / #Tamojunto foi uma ferramenta eficaz para iniciar e materializar a relação intersetorial entre saúde e educação no território:

O resultado que a gente tem é que agora a saúde e educação eles [sic] conversam, eles conhecem quem são as pessoas, pensam em projetos juntos, eles têm uma abertura, um trâmite maior de realmente frequentar esse espaço, de propor outras coisas. Então, isso é algo positivo (Gestor federal).

5) Em alguns lugares onde já havia a relação intersetorial, incluíram-se outros profissionais que não participaram da relação anteriormente:

Uma questão bem prática, você tá [sic] trabalhando intersetorialmente mesmo e você precisa dessa aproximação, então alguns lugares que até tinham um pouquinho de dificuldade acho que conseguiu se aproximar mais, né [sic]. Se aproximar e não só de uma pessoa, da unidade, de mais professores, também da escola, não só de

uma pessoa da escola, outros professores (Gestor municipal da saúde).

6) O projeto de prevenção contribui com a aproximação entre os serviços no território e demais instituições como a UFSC e o MS:

Eu acho que contribuiu como sempre o relacionamento do profissional da saúde com a escola, até com o Ministério, com a UFSC, né [sic], é esse contato. Acho que isso sempre contribui. A gente conhece outras pessoas, a gente cria um grupo de contatos. Acho que estreitar relações já é importante (Profissional da saúde).

Neste subcapítulo concluiu-se que o programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto propõe, principalmente, ações para o território a partir de serviços que pertencem a ele. Os profissionais entrevistados identificaram que a relação intersetorial possibilita ampliar o cuidado às pessoas do território. Uma das estratégias que se destacaram na fala dos entrevistados para a implantação do programa de prevenção foi a inclusão de um multiplicador.

As facilidades e dificuldades de realizar a intersetorialidade também foram apresentadas neste subcapítulo. A disponibilidade de participação dos profissionais e a compreensão dos efeitos da intersetorialidade foram identificadas como facilitadores. Já o fato de os serviços e profissionais não terem o apoio adequado da gestão, um gestor não compreender o significado de intersetorialidade, a personificação e o discurso pessimista foram avaliados como dificultadores para concretizar a intersetorialidade.

Os entrevistados apresentaram alguns resultados encontrados com base na intersetorialidade para execução do programa de prevenção, sobretudo no que tange ao diálogo e à aproximação entre os serviços.

5.4 OFICINA DE PAIS: PERCEPÇÕES SOBRE A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

A oficina de pais faz parte do programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto. Ela possui como objetivo primeiro a conscientização dos pais quanto aos fatores de risco e proteção familiares que estão relacionados ao uso de drogas na adolescência.

(EU-Dap OED, 2007). O programa prevê três oficinas de pais, em que são convidados os pais dos alunos que estão participando do programa de prevenção a participar desses encontros. Para sua materialização, foi necessário que os profissionais da saúde e educação se encontrassem para realizar o planejamento da oficina. Cada escola desenvolveu sua própria forma de planejar as oficinas de pais. Neste subcapítulo, analisou-se o **processo de planejamento e realização das oficinas de pais**, assim como **a articulação com demais setores para realização da oficina**. Identificou-se a existência de **dificuldades da relação escola-pais** que podem comprometer o desenvolvimento da oficina.

Compreender **as percepções dos profissionais e gestores sobre a oficina de pais** é importante, uma vez que é a partir delas que se pode propor a continuidade ou não das oficinas e os aspectos que devem ou não ter alterações. Neste subcapítulo também serão apresentadas as **facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento da oficina de pais** com base na perspectiva dos gestores, profissionais e multiplicadores e **estratégias do profissional para o desenvolvimento da oficina de pais**. Por fim, apresentam-se **as percepções dos pais sobre as atividades do programa de prevenção ao uso de drogas**.

5.4.1 O processo de planejamento e realização das oficinas

A proposta das oficinas de pais foi pré-estabelecida pelo MS. Portanto, a função dos profissionais da saúde, da educação, seus gestores, juntamente com os multiplicadores, no contexto do programa de prevenção, era de materializar as oficinas e adaptá-las à realidade local.

Na reunião de apresentação do programa de prevenção ao uso de drogas no município, foram convidados todos os participantes, mas não foi exposta, inicialmente, a oficina de pais. Isso contribuiu para que alguns profissionais tivessem conhecimento somente durante o processo de implantação. Percebeu-se, nas entrevistas com os participantes, que o desconhecimento inicial sobre a oficina de pais pode ter gerado pouco engajamento e rupturas no processo de trabalho, contribuindo para a personificação em poucos profissionais.

Verificou-se que a realização da oficina de pais ficou concentrada em três pessoas, são elas: articulador do PSE Saúde, articulador do PSE Educação e multiplicador do programa. Os demais profissionais da saúde e educação foram convidados a participar, mas não aderiram. Talvez seja interessante pesquisar o motivo pelos quais os profissionais optaram por não participar. Tal pesquisa pode contribuir para

compreender a decisão desses profissionais e eventualmente promover mudanças no programa de prevenção, a fim de ampliar a entrada de outros profissionais.

Os profissionais da educação, salvo diretores e articuladores do PSE, não aceitaram o convite e os profissionais da saúde, que aceitaram participar, foram aqueles que já estavam vinculados ao PSE. Assim, cada escola tinha um número próprio de participantes para o planejamento:

- a) escola 1: articuladores do PSE Saúde e Educação, diretor e multiplicador;
- b) escola 2: articuladores do PSE Saúde e Educação, dois profissionais da saúde e multiplicador;
- c) escola 3: articuladores do PSE Saúde e Educação, dois profissionais da saúde e multiplicador.

Como não houve uma explicação inicial sobre a oficina de pais e, também, porque alguns profissionais entraram posteriormente e não participaram da reunião de apresentação do programa, os multiplicadores decidiram, a princípio, realizar uma exposição do programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto e da oficina de pais:

Nosso primeiro encontro, muito na verdade, muito anterior a pensar a questão da oficina foi para que eu apresentasse literalmente o programa pra [sic] elas. Porque elas quiseram aderir, quiseram entrar como parceiras no decorrer do convite, então elas não tiveram tempo hábil para serem convidadas para a oficina. A própria enfermeira que é a articuladora do PSE Saúde não teve esse tempo hábil, foi convidada em cima da hora, tinha recém assumido o posto (Multiplicador do programa).

O primeiro passo para o planejamento e realização das oficinas de pais foi dado pelos multiplicadores do programa. Foram eles que contataram os profissionais dos dois serviços, fizeram a proposta de dia e horário, ou seja, começaram a mobilizar os profissionais para realizar o planejamento. Assim, a atuação do multiplicador foi uma estratégia, pois aproximou e mediu a organização das oficinas, permitindo que os profissionais conversassem com os demais setores.

A gente só fez a reunião com o multiplicador, a gente decidiu naqueles encontros que a gente fez

né [sic], que ia ter a oficina. Aí o multiplicador veio, a gente combinou, ele veio dois dias, a gente se reuniu com eles pra [sic] ver como que ia ser feito, o dia, o horário e o tema. Foi com o multiplicador que a gente articulou, organizou, né [sic]. A gente se encontrou e organizamos os dois dias (Profissional da educação).

A partir dessa fala, percebe-se que o articulador desempenha um papel fundamental para possibilitar a organização e o planejamento das ações conjuntas. A oficina de pais tornou-se possível, pois além de ter um projeto escrito e claro, visto que o MS fez a proposta e forneceu os recursos para sua execução, houve pessoas que contribuíram muito nesse primeiro momento.

Então, acho que essa proximidade com a articuladora, com a diretora, mas principalmente com a multiplicadora foi fundamental. Eu acho que ela é uma pessoa fundamental, essa pessoa que une as pontas, né [sic]. E faz os laços. Pra [sic] início é uma figura importante. [...] Tem que ter alguém que faça essa união. Essa é uma figura importante, uma figura de fora, completamente neutra e que faça essa união. E que não seja uma pessoa específica pra [sic] cada local, mas que tenha essa função de fazer esses laços (Profissional da saúde).

No primeiro encontro, além da apresentação do programa pelos multiplicadores, foi organizada a realização das oficinas de pais, ou seja, quem iria coordenar, como fazer os convites aos pais, o que estaria escrito no convite e quando ocorreria a primeira oficina.

O planejamento é um instrumento que possibilita conhecer a realidade, identificar os problemas do território, pensar em alternativas e ações para realizar as transformações necessárias. O planejamento engloba um conjunto de tarefas, como definir objetivos, formular estratégias, analisar a realidade, identificar oportunidades e ameaças e identificar alianças fortalecedoras (UFSC, 2012).

Os objetivos estavam claros, pois já haviam sido previamente definidos pelo programa de prevenção e apresentados aos profissionais. O próximo passo foi formular as estratégias.

Então o planejamento [...] a gente [...] o multiplicador explicou um pouquinho como que era o programa, a gente fez uma chuva de ideias. Participou [sic] eu, o multiplicador, a dentista, a educadora física, a enfermeira e a articuladora do PSE da escola. E daí a gente foi levantando, daí a gente começou a estruturar como que a gente vai falar, até o multiplicador deu uma dica da gente não falar especificamente sobre a droga em si, mas sobre a adolescência, como que a droga está inserida dentro da adolescência. Então, a gente resolveu fazer uma reflexão de como que era adolescência deles e, a partir disso, começar a fazer associações, né [sic], com o adolescente de hoje, quais eram as dificuldades, alguma coisa assim (Profissional da saúde).

O primeiro encontro foi além do conhecimento do programa de prevenção às drogas e sobre a oficina de pais, também oportunizou uma primeira ação em conjunto, pois, apesar de o PSE propiciar essa relação, muitas vezes, não se estabelece, conforme definido no quadro 11, uma relação intersetorial, mas multissetorial.

Sim, nós fizemos uma reunião com o multiplicador, com a diretora do colégio e comigo e com a articuladora do PSE pra [sic] acertarmos as datas. Os assuntos e a maneira como ela iria ocorrer a multiplicadora já tinha em mente. Então, não foi discutido como ocorreria, foi discutido foi o convite, pra [sic] não ser uma coisa muito informativa. [...] A gente fez uma [reunião] pra [sic] planejar todas e definir as datas. Daí as próximas oficinas foi que a gente conversou por *e-mail* pra [sic] ajustar a data e o horário. O desenvolvimento da oficina ficou por conta do multiplicador. Nós sabíamos mais ou menos qual seria o assunto, mas a execução iria ser com ele. O primeiro convite ele falou que era pra [sic] tratar sobre conversar sobre o desenvolvimento do filho, do adolescente, as experiências, uma coisa bem amena, bem geral (Profissional da saúde).

Conforme o MS (BRASIL, 2010b), o processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes,

linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão. Esse processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

Para que houvesse um processo de incorporação, pelos profissionais, das ações intersetoriais, o programa também teve como proposta fomentar que esses espaços aconteçam e se perpetuem, começando do micro para o macro, do menos complexo para o mais complexo.

Eu já sinto, isso até é uma coisa que eu tava [sic] falando hoje, de que se a gente for pensar do ponto de vista de uma ação concreta de intersetorialidade, talvez a gente não consiga visualizar o trabalho intersetorial, mas se a gente pensa que em um espaço como esse que não vêm os pais, se minimamente a gente consegue fazer alguns encaminhamentos, consegue pensar algumas coisas juntos, ali já tem uma ação intersetorial, pequena, micro, mas que a gente minimamente vai construindo (Multiplicador do programa).

Em relação ao convite feito aos pais para participarem da oficina, evidenciou-se, na fala de um profissional, que o tema drogas causa apreensão a ele e a seus colegas e que o convite aos pais deveria ser feito de maneira cuidadosa. Tal ação é reflexo de outros momentos em que a escola conversou sobre o tema e sofreu represálias.

Onde falasse sobre drogas ia afugentar alguém ou ia colocar em risco o projeto porque é uma área de risco. Já tivemos situações ali em que quando se falava em determinados assuntos acontecia [sic] represálias. Até a diretora marcou o caso de um carro de alguém que falava de determinado assunto que foi arrastado até a praia. Os cuidados foram todos nesse [...] em como convidar e como desenvolver essa oficina pra [sic] que não confrontasse os interesses, mas que a gente conseguisse dar o recado (Profissional da saúde).

Então, nota-se que realizar a articulação intersetorial envolve diversas dimensões que caracterizam a complexidade. Segundo o princípio sistêmico e organizacional, que é um dos princípios da teoria da complexidade, o todo é mais do que a soma das partes, sendo impossível conhecer o todo sem conhecer as partes e é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo (MORIN, 2002). Portanto, para compreender a relação intersetorial é necessário identificar as partes que nela existem, como as crenças dos profissionais. Dessa forma, em todas as ações comunitárias intersetoriais é preciso considerar as experiências anteriores de cada setor sobre o tema e o território, uma vez que ele possui dimensões física, jurídica, política, econômica, normativa, fiscal, heranças históricas, tradição cultural, formação da subjetividade das pessoas, entre outras de uma determinada área. E, assim, conseguir realizar um planejamento que incorpore esses elementos e ações compartilhadas.

Além desses aspectos citados, os profissionais que participaram da oficina de pais também precisaram incluir os horários em seu cotidiano de trabalho, pois, como todos possuem elevado número de atividades, o processo de trabalho precisa se reorganizar para acrescentar uma nova atividade, a ser realizada de forma compatível com o horário de outros profissionais, de outros serviços e setores.

Mas, assim as questões de tempo, fechar o horário da escola com o horário da saúde também é uma coisa complicada. O número de pessoas também, às vezes a enfermeira podia, a educadora física não, os horários. O tempo que a gente tem no horário de trabalho não dá. Então tem que ser fora do horário de trabalho (Profissional de educação).

Nas reuniões de planejamento foram feitos os seguintes acordos:

- a) a oficina de pais aconteceria na escola;
- b) a articuladora do PSE Educação iria entregar os convites aos alunos para que os mesmos repassassem aos pais;
- c) o multiplicador seria o coordenador da oficina.

Constatou-se, entre os profissionais da saúde e educação, que eles não se sentiam preparados nem didaticamente e tampouco sobre o tema das drogas, para serem coordenadores das oficinas. Assim, o planejamento da oficina de pais também pode ser considerado uma ferramenta para capacitar os profissionais sobre o tema das drogas e sobre como trabalhar com grupos. Nesse processo, observar o

multiplicador coordenando as oficinas, participando delas, pode possibilitar o desenvolvimento dessas habilidades em todos os profissionais.

O fato de ter o multiplicador, uma pessoa que estivesse mais diretamente na escola e fizesse essa articulação, e cobrando que a gente tinha que estipular uma data e ajudando, mesmo porque só olhando a apostila a gente não sabia. Acho que foi bem importante, mais do que nos outros assuntos do PSE. Nas outras ações é o posto e a escola e praticamente só. A gente até tem como tirar dúvidas, mas não tem alguém que nos ajuda diretamente. Essa ajuda direta foi importante (Profissional da saúde).

Das três escolas pesquisadas, em duas os pais não foram à primeira oficina e, em uma, foram cinco pais. A partir desse momento, os profissionais tiveram que se reencontrar para realizar novo planejamento e redefinir as estratégias.

O planejamento foi mais nesse sentido, quando tem uma subsequência, quando tem uma e tem a outra, sim, é um planejamento por oficina. Mas, quando não teve, que foi o caso das duas, a gente aproveitava o mesmo planejamento, com algumas alterações que a gente ia fazendo por *e-mail*. Algumas coisas que a gente pensou, algumas coisas que a gente vai pensando nesses esvaziamentos do espaço, algumas ideias surgem, então vamos falar com não sei quem e ali vai surgindo um efeito no sentido de disseminar mesmo. ‘Oh! Fulana teve uma ideia tal de agregar tal coisa, de acionar tal rede de apoio’ [...] é a forma de tornar esse espaço que é esvaziado dos pais, que não seja esvaziado da equipe (Multiplicador do programa).

Outra estratégia para a realização das oficinas de pais, na direção da intersetorialidade, foi no processo de divulgação da oficina. Para isso, os profissionais, durante o planejamento, ampliaram a comunicação com outros trabalhadores e com a comunidade. Este momento do planejamento é chamado de “identificar alianças fortalecedoras” (UFSC,

2012), ou seja, pessoas ou instituições que possam favorecer e contribuir para que os objetivos estipulados sejam atingidos. Um dos objetivos era que os pais participassem das oficinas.

Após o primeiro encontro presencial, como não teve ou teve pouca participação dos pais, os profissionais ampliaram seus contatos, incluindo os agentes comunitários de saúde e professores para ajudar na divulgação da oficina.

Foi [enviado o bilhete para os pais] [...] foi tanto pros [sic] pais dos alunos da escola, foi enviado através das agentes comunitárias, pra [sic] aquelas famílias que a gente sabe que tem criança nessa faixa etária, né [sic], não necessariamente que tão [sic] naquela escola, mas que os pais poderiam tá vindo [sic], participar, né [sic] (Profissional da saúde).

Então, a gente fez uma reunião de planejamento, os professores foram convidados a participar da oficina, mas eles não aderem devido às demandas. [...] Eles são convidados, eles são informados de tudo, eles são convocados como parceiros de estimular os alunos a convidar os pais para enviarem os bilhetes e vem se quer, é aberto (Multiplicador do programa).

Nesses discursos foi possível perceber o envolvimento dos profissionais que realizaram a oficina de pais, comprometendo-se com o processo.

Se eu vou atender um menino de 11, 12, 13 anos, eu já aviso a mãe que vai ter a oficina, ou então: 'o que você está achando da oficina, o que você está achando do programa? Como são as atividades?'. Esse entrosamento ajuda a difundir, mesmo que um a um, ajuda a eles entenderem que é uma coisa importante então. Se tem muita gente falando é porque é importante (Profissional da saúde).

Tal posicionamento dos profissionais é fundamental, pois, mesmo diante das dificuldades que surgiram no percurso, conseguiram pensar em estratégias e criar outros caminhos.

5.4.2 A articulação com demais setores para realização da oficina de pais: o que são ações intersetoriais?

Verificou-se, nas entrevistas com os profissionais, que, por vezes, havia desconhecimento e confusão sobre a compreensão do termo intersetorial. Uma forma de compreender as ações intersetoriais é utilizar-se como exemplo uma atividade que seja exercida fora de seu local habitual, como a que foi citada por um dos entrevistados: a promoção de um grupo de atividade física no Centro Comunitário do bairro, que só será considerada intersetorial dependendo da maneira como ela foi planejada e desenvolvida.

Outro entendimento, que apareceu, relacionou a intersetorialidade com encaminhamentos para outros setores.

A gente tem com a articuladora do PSE, a gente tem com a UFSC, lá com o projeto desenvolver, a gente já encaminhava as crianças. É o único que a gente tem (Profissional da educação).

A Política de Promoção da Saúde compreende intersetorialidade como **uma articulação** de setores distintos a fim de refletir sobre questões de saúde, mobilizar e formular **intervenções em conjunto** (BRASIL, 2010b, grifo nosso).

Em relação à participação de outros setores para o planejamento e desenvolvimento da oficina de pais, os profissionais da educação, da saúde e os gestores compreendem que a articulação entre os setores saúde e educação seria suficiente. Segue:

Nesse específico a gente [...] não. Nos outros talvez o CRAS, que é da assistência social. Mas, nesse eu acho que é o que envolve mesmo: os pais, a unidade de saúde e a escola. Acho que são [...] essa fase deles é isso. A vivência deles é isso: escola, unidade de saúde quando estão doentes, porque eles nos vêm procurar quando querem alguma orientação, geralmente sexual, na área de anticoncepção. Que os adolescentes vêm só pra [sic] isso, na maioria das vezes (Profissional da saúde).

A percepção sobre a participação ou não de outros setores pode estar pautada na concepção de saúde desses profissionais. O modelo de

saúde-doença deles pode estar relacionado a uma visão restrita da saúde e da educação, uma vez que na fala do profissional de saúde foram reduzidos os espaços que os adolescentes utilizam em escola e UBS. Uma visão ampliada de saúde e educação consideraria outras dimensões dos adolescentes, como, por exemplo, as vulnerabilidades sociais, econômicas, como fatores de risco ou proteção presentes no território, pois é nesse contexto que se desenvolvem, incorporam aspectos sociais, culturais e políticos.

Sobre a inserção de outros setores no planejamento, não houve consenso entre os entrevistados, outros profissionais e gestores identificaram a necessidade da participação do CRAS.

Mas, se pensasse um prioritário, a Assistência Social. [...] Quando a gente tem a assistência, a gente tem alguém olhando pro [sic] macro, que é algo que a gente não tem. [...] Eu tenho hoje esse indivíduo, eu tenho dois contextos acontecendo e eu tenho uma relação entre esses dois contextos. Só que se eu conseguisse a assistência, aí eu ia estar falando [sic] de um outro fator. Porque, por exemplo, a assistência pode fazer mudanças contextuais, que a saúde e a educação sozinhas não conseguem fazer. Porque o campo da saúde é muito a UBS, o campo da educação é muito a escola, agora o campo da assistência ele [sic] é maior, é o território. Seria excelente pra [sic] gente, ainda mais com esse público de uma população vulnerável (Gestor federal).

O CRAS é porta de entrada do sistema da assistência social, no nível da proteção básica, sendo responsável pelas ações de proteção social leve ou moderada buscando a prevenção e promoção da vida. Assim, realiza atividades de vigilância social, prevenção de situações de risco e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, atuando com os indivíduos e famílias na sua comunidade (CREPOP, 2007). Esse serviço é territorializado e tem como objetivo principal o desenvolvimento da comunidade, promovendo autonomia às famílias e às pessoas (BRASIL, 2004).

No modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1996), em que se colocam os pais ou educandos no centro, quanto mais setores existirem no sistema meso, maior a chance de resultados, de eficácia e evidência. Isso porque ocorre uma ampliação das ações em saúde e sociais, logo a

articulação entre a assistência social, a educação e a saúde, mesmo somando suas ações, trará um resultado maior do que somente as atividades que cada um realiza, ampliando seus efeitos qualitativos.

5.4.3 Dificuldades da relação escola-pais

A ausência dos pais nas oficinas realizadas pode ser somente mais uma evidência do que já vem acontecendo na relação escola-pais. A partir da fala dos entrevistados, percebeu-se que há um esvaziamento da presença dos pais nas unidades educacionais. Tal dinâmica é multideterminada. Analisou-se a percepção que os profissionais da saúde e educação e os multiplicadores apresentam sobre essa relação.

A relação escola-pais é influenciada pelo atual modelo de construção dessa relação.

Eu tenho o entendimento de que durante muito tempo a educação como um todo, a escola como um todo [...] aí quando eu falo educação é em um sentido institucional mesmo, se ocupou desses espaços formais com os pais não para construir coisas, mas para denegri-los enquanto função paterna e materna. Então, para chamá-los e dizer o que o filho não está aprendendo, que o filho não está bem. Uma reunião de pais deve ser sempre mais demorada com o aluno problemático do que com o aluno legal. O aluno legal vem aqui, dá um beijinho, toma um café, pega o boletim e vai embora. O aluno problema, o pai vem várias vezes e eu acho que isso vai desqualificando um pouco o pai e a escola como educadora. Então, eu acho que essa relação vai ficando fragilizada e banalizada. De o pai receber o bilhete e dizer: ‘ah, mais um, já sei o que é, nem vou.’ Então, acho que durante muito tempo a forma de apresentar uma dificuldade do aluno sempre foi muito queixosa por parte da escola. Eu acho que isso com o tempo foi minando essa relação. Tanto que quando os pais são novos na escola, isso é nítido. Todos os professores falam disso, eu já trabalhei em escola, isso é perceptivo. Principalmente escola pública, particular tem uma relação um pouquinho diferente. Mas, na pública tem isso: quando os pais são novos, eles são muito presentes no início. Mas quando eles veem que só

eles estão presentes, que o espaço também está esvaziado, eles acabam esvaziando o espaço também. Acho que a falta de adesão é um pouco por aí. Acho que não é fácil reconstruir isso, acho que é meio trabalho de formiguinha (Multiplicador do programa).

Parece haver uma relação frágil entre os pais e a escola e essas relações vêm se alterando na contemporaneidade. O capitalismo transformou profundamente as relações sociais e a cultura, de um modelo econômico baseado na agricultura, na produção para consumo próprio e troca de mercadorias para uma lógica baseada na produção industrial e de mercadorias, havendo a transformação do valor de uso das coisas para valor de troca, a mais valia e a completa transformação em mercadoria de todos os produtos e do trabalho assalariado (GIDDENS, 1991).

Uma série de fatores, como a participação obrigatória na escola, a criação de sistemas de seguridade social para garantir a saúde e produtividade dos operários, fez com que se operassem mudanças profundas nas concepções sobre a infância, as relações entre pais e filhos, a função social da escola e da saúde. Desse modo, as crianças ganharam uma outra representação, a de que possuem uma infância e ela é essencial para o desenvolvimento humano (NOGUEIRA, 2006). Assim como esses fatores, os papéis da escola e dos pais também mudaram.

Atualmente a escola não se limita à educação pedagógica voltada para o desenvolvimento intelectual dos alunos, ela vem ampliando suas ações para dimensões morais, corporais e emocionais do processo de desenvolvimento. Os pais também iniciaram movimentos para reivindicar o direito de interferir na aprendizagem pedagógica dos filhos (NOGUEIRA, 2006). Junto a essas mudanças sociais, ocorrem também mudanças na família, nos papéis dos pais, na escola, não ficando claro para cada um qual é seu atributo.

Com essas mudanças no modelo de sociedade, surgem alterações nas dinâmicas das famílias, onde as mulheres entram no mercado de trabalho e participam no sustento da família. Com os pais fora de casa trabalhando, em média 40h semanais, a estratégia que algumas famílias utilizaram foi deixar os filhos os dois períodos do dia na escola. Dessa forma, talvez não tenha sido uma escolha da escola assumir tarefas de cunho emocional, psicossocial, etc., mas com a permanência dos pais

fora das casas trabalhando e das crianças em tempo integral ou parcial nas escolas, tais funções acabaram se transferindo para a escola.

A escola tem convivido com demandas trazidas pelos educandos, como a violência doméstica e urbana, relatos de conflitos familiares, *bullying*, uso de drogas, gravidez na adolescência, trabalho infantil, sexualidade, violência, conflitos familiares, dores físicas, autismo, dificuldades em processos cognitivos, entre outros. No entanto, lidar com dificuldades complexas dos alunos não faz parte de sua competência.

O modelo de sociedade predominante, qual seja, o capitalista, individualista, parece contribuir para que os pais não acompanhem e não participem das atividades na escola de seus filhos. Identificou-se também que ele influencia o relacionamento e o vínculo das pessoas com os serviços do território:

Então, no primeiro dia quando não veio, daí a gente começou a perceber que o bairro é algo muito maior e que as pessoas do bairro precisariam se identificar ainda com a rede, com a escola, com o centro de saúde. E parecia que não existia essa identificação. Assim, se você chama eles [sic] pra [sic] uma consulta individual, até que a gente tem uma resposta, mas quando é algo assim, né [sic] (Profissional da saúde).

O individualismo diz respeito ao tipo de relação que a pessoa tem com o grupo, em que há prevalência do interesse individual sobre o grupal. Parece que o próprio individualismo está questionando o valor social atribuído à família. Ele vem a partir do capitalismo consolidando o modelo de sociedade. “O *individualismo*, na sua versão da alta modernidade, produziu inequívocos efeitos nas formas familiares, nos seus princípios e nos valores conferidos à esfera familiar” (MACHADO, 2001, p. 12, grifo do autor).

Olha, eu não consigo entender, sinceramente eu não consigo entender [...] porque eu não sei o que acontece, se chega muito cansado, se trabalha o dia inteiro, se acha que na sua família não acontece, ou não vai nunca acontecer, né [sic], o envolvimento dessas crianças com álcool e com drogas [...] se já acontece. E não querem, não querem participar que de repente, né [sic]? ‘Ah,

fulano tá [sic] lá naquele grupo por causa disso, daquilo, porque tem problema, porque o filho tá [sic] envolvido', né [sic], porque, comunidade pequena acontece essas coisas, das pessoas repararem comentarem, né [sic], não sei, eu não consigo. É até um levantamento que eu queria fazer com as agentes comunitárias que tá [sic] mais [...], né [sic], ah [...] próxima da comunidade, pra [sic] saber [...] diz que tem uma cultura também, que as pessoas não têm adesão a grupos e a [...] então, eu andei participando de reuniões do conselho [...] eu sou do conselho local de saúde, participo também do conselho de segurança do bairro e a gente vê assim que a comunidade é enorme, e participam sempre os mesmos, sempre o mesmo grupo então eu não sei se tá [sic] cada um pensando em si [...], né [sic], e não pensam em comunidade, não pensam em conjunto, eu não consigo entender o que que [sic] acontece, é uma pergunta que eu me faço, né [sic]? Eu tô [sic] indo em busca da resposta (Profissional da Saúde).

Na fala do profissional de saúde fica claro o individualismo no atual modelo de sociedade. O pós-modernismo caracteriza-se pela falta de profundidade nas relações, ou seja, uma superficialidade literal, ampla e nas diversas dimensões sociais. Outra característica fundamental é a indiferença, no sentido de não se surpreender e não se comover com as dores, com a brutalidade, violência, afetos, e outras ações e sentimentos entre seres humanos. Portando, há um esmaecimento do afeto. Percebe-se o outro como não pertencente à natureza, mas sim como uma coisa diferente (JAMESON, 1997, p. 29).

Em contraponto, a cultura ganhou o rótulo de sociedade do “consumo, das mídias, da informação, sociedade eletrônica”. Este modelo sociocultural apresenta formas de relacionamento líquido, rápido, volúvel e que não possibilita construir estruturas, porque a estrutura é a própria liquidez. É tão rápido que as leis do capitalismo clássico não são obedecidas (JAMESON, 1997, p. 29).

O modelo de sociedade influencia as relações familiares, formas de ser e agir das pessoas, relações dos pais com a escola, assim como tais aspectos também influenciam o modelo de sociedade contemporâneo. Conforme Morin (2002), a causa age nos efeitos e os efeitos agem na causa, rompendo com o pensamento linear.

Possivelmente, o modelo de sociedade seja uma das causas para a ausência de pais na oficina de pais, mas tal efeito possui reflexos no modelo de sociedade. Contudo, para identificar quais são os efeitos, são necessários estudos.

5.4.4 As percepções dos profissionais e gestores sobre a oficina de pais

A percepção e avaliação dos profissionais sobre a oficina de pais é importante, uma vez que serão eles que darão continuidade a ela. Conhecer o que está bom e o que não está é primordial no processo de avaliação e planejamento, pois dessa forma possibilitam-se as adaptações necessárias a cada contexto.

Os profissionais e gestores avaliaram a oficina dos pais como positiva e em nenhum momento como negativa. As avaliações positivas estão relacionadas à didática, conteúdo, aprendizado para os profissionais, aproximação dos pais com os profissionais da escola e educação, quanto a possibilitar um espaço de reflexão aos pais para troca de experiências e compreender melhor a adolescência.

Em relação à didática e conteúdos, os entrevistados dizem:

Foi uma conversa informal. Eu achei maravilhoso, porque os pais já vêm pra [sic] escola, quando vêm, né [sic], eles vêm com medo, receosos de ouvir aquelas palestras chatas, de que vai ficar sentado num banco e eles não podem participar. Alguém, a palestrante fala, fala e eles não têm como interagir, e com o multiplicador não, ele fez em círculo. Trouxemos um cafezinho que a maioria trabalha e poderia tomar um cafezinho antes da reunião. E ele jogava a bola pra [sic] que todos eles conversassem sobre o que ele falou ou o que ele tinha (alguns tópicos que ele trazia nos cartazes). Ele tocava nos valores de família, então ele deixava aberto. Nós também de vez em quando interferíamos para que os pais percebessem que eles também podiam falar. Então, foi bom, foi muito bom (Profissional da educação).

Eu fiquei preocupada no começo com o que a gente ia colocar lá. Porque também não adiantava a gente chegar lá e só ficar perguntando pros [sic]

pais o que eles achavam. ‘Como que foi a adolescência, como que é?’ Isso eu acho que só não bastaria para eles ficarem lá ou pra [sic] acharem a reunião interessante. Precisava ter um conteúdo e esse conteúdo acabou tendo. A atuação do multiplicador acho que foi importante. Ele, como psicólogo, ele tinha toda uma questão de desenvolvimento, de estimular a falar e de escutar mesmo o desenvolvimento do adolescente que é assim mesmo. Acho que isso foi importante. Nem só palestra e nem só informalidade, se não eles iam ficar falando ‘pra [sic] que que [sic] eu vim aqui pra [sic] ficar falando como foi minha adolescência?’. Tem que ter bem claro o objetivo de falar porque o adolescente, porque estimular a participação deles. Eu achei interessante que a multiplicadora deixava bem aberto pra [sic] gente trabalhar de outras formas, usando vídeo ou usando outros recursos (Profissional da saúde)

Nas falas fica evidente o cuidado, envolvimento e preocupação dos profissionais na realização das oficinas de pais. Constatou-se também que há uma valorização da informalidade, pois a mesma pode aproximar as pessoas e possibilitar que os participantes se envolvam e participem. Identificou-se também um descrédito dos profissionais pelo modelo didático de palestra. Parece que este último modelo, apesar de desvalorizado, é o mais usual nas ações dos serviços. Os profissionais mostraram-se interessados em conhecer um jeito novo, por isso a necessidade da participação do multiplicador, pois o mesmo, além de compartilhar conhecimento sobre o tema, apoia-os e serve de exemplo teoricamente e na prática, nesse novo modelo mais informal e participativo de realizar ações conjuntas.

O multiplicador conduziu muito bem, eu achava que toda escola deveria ter um multiplicador pra [sic] falar com os professores, conversar com os pais. Eu até gostaria de aprender mais como conduzir, teria interesse mesmo. A escola precisa ter mais palestrantes para ver esse lado, fazer o que o multiplicador fez. Normalmente temos pouco tempo pra [sic] isso, pouca gente. E temos que ter mais orientação pra [sic] isso. A escola precisa estar mais orientada. A escola recebe

agora [...] todo esse aparato todinho [...] antigamente a gente só passava conteúdo. Hoje não, hoje a gente tem que administrar uma série de coisas. Por não ter conhecimento, a gente até tenta, mas a escola deveria estar bem mais amparada. Até mesmo pra [sic] conduzir os casos. Eu achei a oficina maravilhosa. Oficina com pouca gente, mas eu acredito que vai render bons frutos (Profissional da educação).

Para a realização das oficinas de pais, os multiplicadores tiveram capacitação e, assim, puderam compreender a lógica e o modelo que deveria ter a oficina de pais. Dessa forma, as estratégias que os multiplicadores utilizaram para materializar a oficina foram: breves exposições, planejamento conforme a realidade local, diálogo entre os participantes, empoderando-os sobre o tema e pensando em novos recursos sobre como cuidar dos filhos, troca de experiências, como otimizar o espaço de escuta, de se colocar no lugar do outro e compreender as diferenças.

As atividades interativas propostas, elas são bem vindas, são bem vindas pelos participantes. Achei que eles gostaram assim, quando fizeram, né [sic]. E é muito positivo de sair do formato palestra. Assim, no original da oficina, tinha a proposição de se ter algumas exposições, são breves, pelo material original é bem breve, mas tem exposição. Como multiplicadora eu tava [sic] livre pra [sic] fazer o planejamento conforme conveniência. Não precisava estar preso ali. Nas oficinas em que eu estive, essa exposição foi quase mínima. Foi muito mais um diálogo inicial sobre o tema e não exposição. Então, acho que requer um domínio do assunto que está se falando, um planejamento prévio. Mas, muito na valorização das falas dos participantes e buscando nessas falas o conteúdo que se quer discutir ali. E fazendo essa armação de forma expositiva. Vira uma conversa gostosa, que as pessoas se encorajam a contribuir, né [sic] e tira aquele caráter passivo da exposição. Que eles não têm treino assim de ficar na cadeirinha sentado, ouvindo, não é, não tem, de jeito nenhum (Multiplicador do programa).

A gente sabe que hoje em dia informação é algo que todo mundo tem acesso. O objetivo da oficina é se a gente conseguir desconstruir essa ideia de que não é um espaço informativo, mas é um espaço de troca de experiência, de assimilação. [...] Eu acho que a oficina de pais traz muito isso, de que eu não estou ali pra [sic] dizer para um pai o que ele tem ou o que ele não tem que fazer com o filho dele. Eu tô [sic] ali pra [sic], de novo, otimizar o espaço de escuta entre os pais, entre os pares. É um pai que vai escutar outro pai falar, um que conta a sua experiência, que faz o outro repensar a sua, que faz o outro repensar se aquilo funcionaria comigo. Essa coisa da alteridade assim, de eu desejar a diferença mesmo, de entender que ela faz parte, que eu não preciso me distanciar do que é diferente de mim, mas que eu posso olhar para isso e pensar nisso talvez de um jeito que no futuro até trabalhe uma coisa minha. Eu acredito muito nisso, de a coisa se concluir pela escuta e não tanto pela fala (Multiplicador do programa).

Portanto, a oficina de pais promoveu uma relação dialética entre pais, profissionais e multiplicadores. A troca de saberes e experiências pode gerar benefícios como a criação de vínculos entre as pessoas.

Vínculos saudáveis é um fator de proteção para todos os envolvidos e inclusive para os educandos, pois, se se retomar a teoria de Bronfenbrenner (1996), mesmo que os educandos não estejam nas oficinas, a relação entre as pessoas que fazem parte delas, quais sejam, os pais, profissionais da saúde e educação, provoca interferência neles.

Outro item avaliado pelos profissionais e multiplicador como positivo é a aproximação da relação dos pais com os profissionais da educação e saúde.

Na última oficina eu fiquei assim bem contente com a avaliação, com a visão do pai ou da mãe, acho que foi uma mãe que comentou. Que no final ela agradeceu e disse que se sentia prestigiada por ver profissionais da saúde dentro da educação ali, fora de um horário de expediente pra [sic] falar sobre os filhos deles. Então, acho que eles entenderam que nós estamos falando sobre saúde e educação dos filhos deles pra [sic] eles. Isso pra

[sic] fazer um bem comum. Acho que o mais gratificante foi isso, eles entenderem que não é o nosso horário. Não é [...] tem os sacrifícios de cada um para estar ali, mas a gente foi por um bem maior que é o coletivo (Profissional da Saúde).

As trocas de experiências, vivências e sentimentos sensibilizam as pessoas e essa sensibilização contribuiu com o vínculo entre eles. Observou-se também que um motivador para os profissionais é o reconhecimento dos pais pela sua dedicação. Essas complementaridades são importantes, pois podem fortalecer o grupo e possibilitar outros encontros.

E os que participam a hora passa e a gente não sente, é tão bom, o multiplicador conduz tão bem que tem gente que diz assim: 'Ó, mas como eu precisava disso, desse desabafo, de saber como lidar, como cuidar desse adolescente.' E então a gente fica assim contente e a hora passa (Profissional da educação).

No final da oficina eu sempre pensava: 'Puxa, por que não tem mais gente ouvindo isso?' Porque é bom tanto pros [sic] pais como pros [sic] profissionais. [...] Tanto que não foi alguém que foi fazer uma palestra, não. Foi uma conversa. E acho que eles se sentiram bem à vontade nesse sistema (Profissional da saúde).

E a impressão que eu tive, quando ela acabou, que ninguém queria que ela acabasse. O pessoal queria ficar mais tempo, queria ficar mais, foi bem nítido (Multiplicador do programa).

Percebe-se que a oficina de pais envolveu os participantes. O tema, a didática, a afetividade, a empatia e o cuidado que os profissionais e multiplicador tiveram ao realizar a oficina foram importantes para que os pais, que compareceram, permanecessem e tivessem interesse em continuar.

Essas primeiras oficinas oportunizaram aprendizado não só aos pais, mas também aos profissionais.

5.4.5 Facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento da oficina de pais

Identificar as facilidades contribui para a continuidade e propagação da oficina, pois são as estratégias e ações que podem e devem ser mantidas na realização das oficinas de pais. As facilidades identificadas foram: encontros temáticos, relação existente entre os setores devido ao PSE, receptividade da escola e disponibilidade dos profissionais.

Em relação aos encontros temáticos, estes foram identificados como facilitadores, pois norteiam os profissionais e podem possibilitar a eles segurança para o desenvolvimento da oficina. Parece que ter temas previamente definidos, organizados, claros, e que tenham continuidade em outras oficinas, também atua como facilitador e deve ser considerado no planejamento da oficina.

Ser temático, cada oficina tem um eixo específico, é bastante importante e facilitador pra [sic] se conduzir a oficina. Elas têm objetivos definidos que se amarram entre si, mas que são suficientemente independentes pra [sic] se o pai não foi no primeiro e segundo, se ela vai no último encontro, ele tem proveito. Isso dentro dessa realidade que eu te falei: 'Puxa, nunca são os mesmos.' Acho interessante, mas requer um cuidado assim de se minimamente se localizar qual que é a sequência de ideias que vem sendo trabalhadas pra [sic] localizar (Multiplicador do programa).

Outro facilitador foi o fato de a escola e a UBS ter regularmente articulação intersetorial a partir do PSE. Uma vez que essa relação já esteja contratualizada e definida, inserir, planejar e realizar programas ou ações pode ocorrer de forma mais fluida. Tal fluidez pode acontecer, já que a relação desenvolveu sua própria organização e dinâmica.

Lá na escola nós tivemos, acho que a gente foi bastante feliz porque a articuladora do Programa Saúde Escolar, da saúde, ela [sic] é nossa parceira, ela tá [sic] dentro da escola direto. Nós sentamos na sexta-feira pra [sic] fazer estudo de caso, ela é parceira, assim então nesse aspecto tem sido

muito bacana. Ela já fazia isso antes do programa e agora ela está cada vez mais conosco (Profissional da educação).

Essa relação intersetorial só é possível quando os setores são receptivos aos outros e se colocam de forma horizontalizada. Nas entrevistas com os profissionais da saúde ficou evidente que a escola recebeu, acolheu e deu atenção a eles. Não é possível realizar qualquer oficina ou articulação intersetorial se os profissionais dos serviços não são receptivos aos demais. Permitir que os serviços adentrem espaços uns dos outros é uma condição da intersetorialidade. Na figura 5, onde ocorre a intersecção entre os serviços, pode-se observar que um serviço “entra” no outro, compartilhando espaço.

A escola é sempre bem receptiva conosco. A gente já sabe que tem que trabalhar junto pra [sic] ter um resultado bom. Então nunca [...] sempre foi receptiva assim (Profissional da saúde).

A escola sempre teve um bom relacionamento com a gente. Quiseram a nossa participação e ainda incentivam que a gente participe (Profissional da saúde).

Nesse sentido, a disponibilidade dos profissionais para planejar e executar as oficinas de pais foi entendida como facilitadora. Entretanto, a disponibilidade é um fenômeno que precisa ser construído e mantido, para isso deve ser considerado o apoio institucional, capacitação dos profissionais, compreensão sobre a proposta do programa, etc.

Das três escolas pesquisadas, uma realizou as três oficinas de pais, em outra houve somente um encontro e na outra não ocorreu oficina de pais. Assim, das nove oficinas organizadas e planejadas pelos profissionais da saúde, educação e multiplicadores, ocorreram somente quatro. A não realização das oficinas deu-se por inúmeras dificuldades, algumas já citadas anteriormente, como a ausência dos pais nas oficinas, convites não entregues aos pais, falta de apoio institucional e pelos profissionais não se sentirem preparados para realizar a oficina de pais

A falta de participação dos pais foi um dos maiores motivos para a não concretização da oficina, pois havia o planejamento entre os serviços, os quais estipularam ações, cada profissional executou-as conforme definido, mas os pais não compareceram. Isso pode ter

ocorrido devido à dificuldade de interação entre escola e pais, como visto anteriormente.

Outra dificuldade foi no processo de convidar os pais, pois os articuladores entregaram o convite aos alunos, a fim de que esses repassassem aos pais, o que não aconteceu. Como o único meio de acessar os pais foi pelo convite entregue aos educandos, ocorreu um bloqueio no fluxo da comunicação.

Acho que um dos problemas está que os alunos não levam pros [sic] pais. Porque alguns pais na segunda reunião falaram: ‘Não, mas a gente não recebeu o bilhete perguntando qual era o melhor horário.’ Na segunda reunião a gente perguntou: ‘Vocês receberam o bilhete?’ Porque ninguém respondeu. ‘Não, a gente não recebeu o bilhete perguntando qual era o horário’. A outra mãe já disse: ‘Eu respondi, respondi.’ O outro pai também respondeu, mas o aluno não trouxe o papel. Eu acho que falta nessa comunicação, não chegam algumas informações e não vêm outras. A gente acredita que na primeira também tenha acontecido isso. Porque na segunda, eles falaram: ‘Da primeira eu também não recebi.’ E foi dado pros [sic] alunos. Então, onde foi parar é que a gente não sabe. A comunicação foi difícil mesmo, atrapalha (Profissional da saúde).

Se há um histórico de ausência dos pais na escola, é importante criar diversas estratégias para acessá-los. As ações que foram criadas para o segundo encontro (utilizar os agentes comunitários de saúde para entrega dos convites nas casas dos educandos, os articuladores do PSE irem à sala de aula e explicarem sobre a importância da oficina e pedir ajuda aos professores para ratificar o convite durante as doze aulas em que os educandos participam) foram potencializadoras da participação dos pais nas oficinas.

As oficinas de pais ocorriam à noite, pois no planejamento identificou-se que seria o melhor horário para os pais comparecerem. Em uma das escolas, os profissionais enviaram bilhete aos pais informando sobre a oficina e perguntando sobre o melhor horário para eles, mas não tiveram nenhum retorno. Então, ficou-se instituído que a oficina de pais ocorreria à noite, pois compreendiam que os pais trabalhavam durante o dia. Porém, esse era um problema principalmente

para os profissionais da saúde, já que não tinham como garantir ao gestor sua presença na oficina. Assim, a maioria dos profissionais da saúde participou da oficina de pais como voluntário, alguns conversaram com o gestor local e conseguiram reverter a hora trabalhada na escola como “folga”.

Não recebem nenhuma hora extra pra [sic] tá [sic] lá no horário, à noite, quando vão, vão como voluntários mesmo. É um ato de boa vontade. Eu não sei do *staff*, se eles têm compensação de horas, isso eu não sei. A dentista, que era da saúde, ela [sic] fez um remanejamento de horas, pra [sic] poder estar à noite, ela fazia um controle de presença. Ela tinha um documento que a escola assinava, carimbava, eu via ela [sic] pedindo isso no final da oficina. A escola dava um papel pra [sic] ela. Que eu acho que era pra [sic] documentar a atividade (Multiplicador do programa).

No momento em que a gestão federal pactua com a Secretaria Municipal de Saúde, espera-se que a mesma seja parceira no processo de implantação. Ser parceira significa colaborar e otimizar para que os profissionais possam participar das atividades, ajudando-os nas dificuldades. Contudo, por vezes, isso não aconteceu. Não ter o apoio institucional significa que o profissional está realizando a oficina de pais por vontade própria, como se o mesmo não estivesse relacionado à unidade de saúde. Isso pode provocar estresse e desistência do profissional. Um dos profissionais da saúde desenvolveu uma estratégia, qual seja: solicitar a assinatura e carimbo da direção do colégio.

Para finalizar as dificuldades encontradas para a realização da oficina de pais, os entrevistados revelaram, em seus relatos, que os profissionais não se sentiam preparados para desenvolvê-la:

Mas, ainda em relação à oficina de pais o pessoal fica medroso, muito inseguro, bastante inseguro, bem, bem, bem. Que eu acho que é uma atividade nova, que quando você fala pro [sic] professor: ‘Ai, é uma aula diferente, mas é uma aula, ele tá [sic] acostumado a dar aula.’ Agora se você diz: ‘É uma oficina de pais’, e aí quem é que faz isso? Quem é que está treinado em fazer isso? Que aí entra isso que eu te falei, assim a condução do

grupo mesmo parece que o pessoal já se enrosca e ainda tem o tema que é polêmico, difícil, ameaçador, sei lá (Multiplicador do programa).

Uma das ações previstas pelos PSE (BRASIL, 2007) é a educação permanente e, segundo a Portaria nº 2.488, de 2011, as Secretarias Municipais de Saúde devem “desenvolver ações e articular instituições para formação e educação permanente aos profissionais das equipes de Atenção Básica” (BRASIL, 2011d). No entanto, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, nem toda a capacitação pode ser considerada uma educação permanente, pois esta última envolve elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica, possibilitando uma mudança na instituição (BRASIL, 2009).

A capacitação pode ser definida como a transmissão de conhecimento com o intuito de atualização do profissional. Dentro dessa lógica, a capacitação pressupõe um grupo de profissionais dentro de uma sala com um ou alguns especialistas que transmitem o conhecimento para, quando incorporados, serem aplicados. A expectativa costuma ser de que as informações e conhecimentos adquiridos sejam incorporados ao trabalho (BRASIL, 2009).

A experiência acumulada e as avaliações ao longo de décadas mostraram que a hora de passar da aplicação à prática nunca chega e que o acúmulo de esforços e recursos não alcança os resultados esperados. Apesar das evidências, insiste-se nesse estilo de capacitação que demonstra ser a lógica escolar incorporada habilmente e sutilmente nos modelos mentais (BRASIL, 2009, p. 42).

Portanto, é imperativo que os demais profissionais participem desses encontros e a aprendizagem faça sentido para eles, pois a mudança precisa ser coletiva e não individual ou personificada. As oficinas de pais não possuem o intuito de capacitar os profissionais, mas possibilitaram um processo de aprendizagem aos envolvidos.

5.4.6 Estratégias dos profissionais para o desenvolvimento da oficina de pais

Como visto anteriormente, uma das principais dificuldades apresentadas para a realização da oficina de pais é a ausência deles. Para isso os profissionais propuseram estratégias para a continuidade do programa:

1) Na primeira reunião de pais da escola, que ocorre no início do ano, apresentar o programa e informar a existência da oficina de pais, cronograma e objetivos, incentivando os pais. Sobre isso, o profissional da educação diz:

Muito poucos [pais], a gente queria que viesse [sic] mais. Na reunião de pais eu vou fazer uma fala, pegar o microfone e vou falar sobre o que aconteceu no ano passado e o que eu quero que nesse ano aconteça. Então, eu vou falar em função da reunião de pais, que eu fiquei meio angustiada. Então, eu vou fazer essa ponte (Profissional da educação).

2) Provocar interesse nos educandos para que estimulem os pais a participar da oficina:

Então, eu achei que, eu ajudando, passando de sala em sala, avisar como que era. E eu vi que era bom e eu queria que as crianças ouvissem como foi na íntegra mesmo, contei como os pais se comportaram e quase que dramatizei nas salas pra [sic] dizer como aquelas mães chegavam à noite e que assim com pressa porque não queriam participar. Achavam que como não era entrega de boletins, então estavam com pressa. Então, eu dramatizei pra [sic] cada sala pra [sic] que eles convidassem os pais pra [sic] vir, convocassem. E as crianças achavam muito engraçado como os pais se comportam longe deles (Profissional da educação).

3) Alguns pais estudam na mesma escola dos filhos, no programa Educação de Jovens e Adultos (EJA). Por conseguinte, uma estratégia criada pelos profissionais foi ir ao programa EJA, que costuma acontecer no período noturno e convidar os alunos para participar da oficina de pais.

4) Utilizar a Associação de Pais e Professores (APP) como colaboradora na divulgação da oficina de pais e na captação dos pais.

Tais estratégias foram desenvolvidas ao longo do planejamento e implantação da oficina de pais. Elas podem beneficiar outras escolas que tenham interesse em implantar o programa ou, a partir dessas

estratégias, outras serem desenvolvidas de acordo com a necessidade de cada serviço.

5.4.7 Percepções dos pais sobre as atividades do programa de prevenção ao uso de drogas

Esta categoria foi construída a fim de destacar e analisar o conteúdo das entrevistas com os pais que participaram das oficinas de pais. Do total de entrevistados, cinco mães e dois pais de diferentes escolas municipais, participantes do programa de prevenção. Portanto, houve uma predominância das mães nas oficinas. Nela serão apresentadas os **conhecimentos anteriores dos pais sobre prevenção ao uso de drogas**, as **avaliações dos pais entrevistados sobre as aulas que os filhos vivenciaram**, sobre as **oficinas de pais e intersectorialidade entre saúde e educação**.

Conhecimentos anteriores dos pais sobre prevenção ao uso de drogas

Dos sete pais entrevistados, três já fizeram cursos sobre prevenção ao uso de drogas. Dentre os três, dois eram professores do Ensino Infantil e Fundamental da rede municipal de educação e um segurança de uma universidade. Um pai relatou que não fez nenhum curso, mas que costuma acompanhar a filha quando o PROERD ocorre na escola. Uma mãe relata que participou de uma palestra. Dois pais contaram que nunca tiveram contato anterior sobre o tema prevenção ao uso de drogas.

Percebe-se que aqueles pais que possuem trabalho formal em áreas educacionais tiveram algum contato com o tema da prevenção ao uso de drogas, de forma pontual e não sistemática, já os pais que não possuem tal relação, não tiveram nenhuma capacitação ou estudaram sobre o assunto. Desse modo, a oficina de pais e as doze aulas que os filhos estavam participando constituíram-se o primeiro encontro mais sistematizado com o tema para diversos pais.

Ressalta-se que as oficinas de pais do programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto são um momento onde se promove o diálogo e se possibilita aos pais a compreensão do significado de prevenção ao uso de drogas, sobre o desenvolvimento de habilidades de vida, a identificação de recursos, a compreensão dos fatores de risco e proteção, além de temas como a identificação dos

papéis parentais ao longo do desenvolvimento dos filhos e de como agir nesses momentos. Estes são os conteúdos que fazem parte da proposta de prevenção ao uso de drogas e do desenvolvimento de crianças e famílias saudáveis.

Avaliação dos pais sobre as aulas que os filhos vivenciaram

Dos sete pais entrevistados, somente uma mãe acompanhou, conversou com o filho e leu o material das aulas de prevenção as drogas que estavam acontecendo com os educandos. Os outros pais disseram que não sabiam que o projeto estava acontecendo e que não foram comunicados pela escola ou pelos filhos.

Os pais tiveram conhecimento do programa quando receberam o convite para a oficina de pais ou quando foram à escola para conversar com a coordenação sobre outros assuntos. Uma mãe relatou que a filha disse que estava tendo um programa, mas que, como o nome era *Unplugged*, pensou que fosse de inglês.

A mãe que acompanhou o filho afirmou:

Então, o que eu achei bem legal, é que ele ficou sabendo mais o que é uma droga, digamos ilícita, mais assim de acordo com a idade deles também. Porque, pelo o que eu li na apostila não é uma coisa assim, é bem trabalhado pra [sic] idade mesmo. E isso é bem legal. Então, assim, ao mesmo tempo que eles ficaram sabendo que é, no caso, algumas drogas, tem uma coisa mais [...] pra [sic] idade deles. No caso, tipo essa coisa das amizades que você não precisa fumar, que você não precisa experimentar pra [sic] [...] isso foi uma coisa que me chamou bastante a atenção no projeto e que a maioria começa nessa idade por causa dos amigos. Eu odiava o gosto do cigarro, mas todas as minhas amigas fumavam, então eu chupava bala pra [sic] fumar. Até que eu viciiei, hoje em dia, tipo [sic], não preciso mais da bala pra [sic] fumar cigarro. Então, é isso, eu achei um ponto bem legal sabe. E eu achei bem interessante isso, porque entrou bem numa fase que eles estão entrando na adolescência, então é uma coisa que eles estão formando a personalidade e apostila que eu acompanhava falava bastante das amizades. Que não é porque o teu amigo usa que se deve usar (Pais).

Esta mãe avaliou como positivo o projeto de prevenção ao uso de drogas na escola, bem como a didática utilizada focando no desenvolvimento de habilidades de vida na adolescência, explicando como ela própria iniciou o uso do cigarro e a importância de discutir sobre o tema da amizade e o uso de drogas. As mudanças de identidade dos adolescentes acarretam modificações em suas relações, principalmente com os pais, buscando nos amigos e grupos a proteção que antes vinha dos pais. “O grupo pode ser um facilitador na aceitação da condição de ex-criança e quase-adulto, junto aos seus iguais, que se encontram na mesma situação” (PAIVA; RODRIGUES, 2008, p. 673).

Para a OMS (WHO, 1997b), o modelo de habilidades de vida favorece o desenvolvimento de dez competências, são elas: autoconhecimento, empatia, comunicação eficaz, relacionamentos interpessoais, tomada de decisões, resolução de problemas, pensamento criativo, pensamento crítico, lidar com sentimentos e emoções e lidar com estresse.

As atividades que ocorrem na escola devem ser de conhecimento dos pais para que estes possam compreender e acompanhar o desenvolvimento e aprendizagem do filho. Constatou-se que as escolas não possuem uma comunicação eficiente com os pais, pois eles desconheciam a realização do programa. Ficou evidente não haver um acompanhamento próximo dos pais sobre as atividades que são realizadas na escola. Identificou-se, então, que ocorreram falhas na comunicação entre a escola e os pais, uma vez que a maioria dos pais não sabia que estava acontecendo um programa de prevenção ao uso de drogas na escola e não recebeu o comunicado sobre a realização da primeira oficina de pais.

Sobre a comunicação entre escola e pais relativa ao programa de prevenção, os pais referiram que a escola não os comunicou e que souberam do programa de maneiras diferentes. Alguns foram à escola por motivos diversos e lá foram comunicados, outro o filho comentou que estava ocorrendo um projeto chamado *Unplugged* e a mãe entendeu que era de inglês, outra mãe pensou que fazia parte da grade curricular da escola, outros entenderam que fazia parte do PROERD.

A única coisa que eu sei é isso, que tá [sic] sendo implantado, que é praticamente um projeto piloto, e que a ideia é tá [sic] abrindo pra [sic] mais escolas a nível nacional, é a única informação que eu tenho (Pais).

Pesquisadora: e quem que te passou essa informação?

Mãe: a escola, que eu tive que ir lá por conta de uma outra situação, aí eu fiquei sabendo. Do contrário eu nem saberia. Realmente quando eu fiquei sabendo ‘ah, vai ter uma reunião, mãe, lá não sei o que do projeto’ e tal, eu não sabia que tava [sic] acontecendo, que ela realmente na verdade estaria até estudando, ela comentava alguma coisa assim ‘ah, hoje eu estudei sobre a droga e a gente viu isso’, mas eu pensei, ‘eu pra [sic] mim, na minha cabeça é porque ela estaria, porque se tem assim têm as interdisciplinaridades, tu inclui [sic] assunto, violência, drogas, tu coloca [sic] isso na na [sic] pauta do teu dia a dia e eu achei até que fosse isso, eu não sabia que era um projeto maior, amplo como ele é (Pais).

Em relação à oficina de pais, foi enviado um convite aos pais pelos alunos. O convite foi elaborado pelos profissionais da escola junto com a UBS, sendo função do articulador do PSE da Educação entregá-los aos alunos. Tal definição ocorreu no planejamento da oficina de pais. Ainda sobre a comunicação para a oficina de pais:

Porque assim nessa idade que eles estão, dependendo do assunto, eles não levam até a família, né [sic], então hoje não tem mais, o sexto ano não tem mais coladinho, não colam mais na agenda, o elo de comunicação que a gente tem, com a família, com a escola. Então, dependendo do assunto que vai ser abordado e até porque a criança ela [sic] é muito desatenta nessa idade, então acho que a escola tinha que ser mais incisiva assim nesse meio de comunicação (Pais).

Parece que a estratégia utilizada de enviar o convite pelos alunos não foi adequada ao contexto. Portanto, faz-se necessário pensar e agregar outras ferramentas de comunicação com as famílias, conforme o contexto de cada território. Para isso foi perguntado aos pais como a escola poderia se comunicar com eles. As possibilidades de comunicação sugeridas foram:

- a) a escola poderia ter um jornal mensal e divulgar os acontecimentos da escola;
- b) a escola devia enviar *e-mail* aos pais;
- c) a escola poderia criar um calendário e disponibilizar aos pais por *e-mail* ou na reunião de pais;
- d) a escola deveria desenvolver um *site* e nele divulgar as notícias da escola;
- e) poderia realizar uma reunião com os pais informando e explicando sobre o programa de prevenção ao uso de drogas.

Essas são algumas estratégias de comunicação sugeridas pelos pais que podem se adequar de acordo com a necessidade contextual e, inclusive, serem utilizadas mais de uma paralelamente. Essas ferramentas podem aproximar os pais da escola, possibilitar maior vínculo e participação na escola.

Avaliação da oficina de pais

A oficina de pais no programa de prevenção ao uso de drogas teve como objetivo geral, como já visto, conscientizar os pais quanto aos fatores de risco e proteção familiares que estão relacionados ao uso de drogas na adolescência e incentivá-los a usar um estilo “presente” de paternidade. Apesar de ter objetivos aparentemente simples, a construção do planejamento e execução foi complexa, uma vez que potencializou a relação entre dois setores complexos, exigindo uma readaptação de agendas. Isso gerou uma reorganização dos serviços nas agendas dos outros profissionais e necessitou da compreensão dos gestores e dos demais profissionais, além da disponibilidade de todos para iniciar algo novo e toda a responsabilização que isso gera.

O resultado desse envolvimento dos setores da educação e da saúde, para a realização da oficina de pais, também é complexo, pois permitiu a criação de diversos vínculos entre profissionais de setores diferentes e entre profissionais e pais dos educandos e oportunizou aos pais refletir sobre as funções parentais e a adolescência, contribuindo para o desenvolvimento saudável dos filhos e para a prevenção do uso de drogas.

A metodologia participativa/interativa da oficina de pais foi avaliada como positiva por todos os pais entrevistados. Essa forma de dirigir e orientar a aprendizagem consiste em realizar um círculo, de forma que todos possam se olhar e participar, ter um ou mais coordenador e possibilitar que todos os participantes – pais e

profissionais da saúde e educação - possam refletir e perceber-se nas situações cotidianas nas relações com os filhos.

Essa metodologia reconhece e valida o discurso e conhecimento de cada participante, assim como permite uma relação horizontal, visto que o papel do(s) coordenador(es) é possibilitar a reflexão e não avaliar, julgar ou ensinar aos participantes.

Segundo o Instituto Nacional sobre o Uso de drogas (ADCB, 2004), os programas de prevenção ao uso de drogas costumam ser mais eficazes quando são interativos, ou seja, quando ocorre a discussão entre os pares, grupos e a interação com os pais. Oportuniza, dessa maneira, uma participação mais ativa.

Eu achei que foi bom, muito bom. Eu acredito que seja melhor que uma palestra porque às vezes é na convivência ou até na orientação de outro, porque uma coisa é você vir e ter uma palestra bonita e, às vezes, tu não conviver [sic] com isso. Porque, às vezes, vem uma pessoa dar uma palestra, mas que nunca conviveu mesmo, simplesmente estudou, pegou um texto, estudou e veio dar a palestra. É diferente de conversar com uma pessoa que realmente se envolveu na situação. Eu acho que é muito mais interessante quando é todos [sic] os pais, em que um pode colaborar com o outro. Do que simplesmente uma palestra. Eu vejo por esse lado, não que não contribua uma palestra também, trazer uma pessoa formada, que possa dar uma orientação (Pais).

Ah, eu fiquei bem a vontade [...] até a dinâmica que a gente fez que [sic] colocar no lugar do filho também, foi bem legal [...] tu imagina [sic] a situação, mas tu não te coloca [sic] no lugar, vamos supor [...] tu fala [sic] não, não pode, não vai, mas por que que tu não pode [sic] ir? Então [...] foi legal trocar, eu achei bem legal (Pais).

Os pais entrevistados avaliaram como positiva também as dinâmicas realizadas na oficina, a que mais se destacou nas falas foi a de inversão de papéis, onde um pai representava o filho e, o outro, o pai. O filho gostaria de fazer algo que o pai acha que ele não deveria fazer e diz “não”. O objetivo dessa atividade é “aprender a dizer não” e aprender a dar limites.

A partir da fala dos pais compreendeu-se que a oficina de pais foi um espaço para trocas sobre parentalidade.

Eu gostei da participação dos pais, a coisa da gente tá [sic] ouvindo outras famílias, né [sic]? Da gente tá [sic] vendo, que a gente não é sozinha, parece que por mais óbvio que seja, que a gente sabe que todo mundo passa por isso, mas quando a gente ouve ali as coisas ficam mais próximas e parece que a dificuldade se diluiu um pouco, né [sic]? (Pais).

Ela tá [sic] com 11 anos [filha], né [sic], então é isso assim esse medo dessa falta de controle sobre tudo isso, de que forma eu vou trabalhar isso, até que ponto eu vou conseguir dar conta disso tudo, do que ela tá [sic] vendo lá na escola, porque ela não tem muitos amigos fora da escola. Então, de que forma eu vou tá [sic] trabalhando isso, né [sic]? Então, solidão. Solidão é o sentimento (Pais).

Gostei de tudo, porque ali tu dá [sic] opinião, tu escuta [sic] a pessoa dando opinião, às vezes tu muda [sic] de opinião como que a outra vai falar, né [sic]. Muitos ali o negócio de celular, computador, tudo isso aí, hoje em dia essa coisa de educação das pessoas. Porque é complicado, tu não pode [sic] soltar e depois querer controlar ou soltar e depois querer tirar, tem que ter um padrão. Deveria ter bem mais espaços como esse. O colégio devia ter bem mais, é muito importante. É ótima, é ótimo, né [sic] [a troca entre os pais]. As vezes tu conhece [sic] os pais de outros alunos que tu não conhece [sic] ainda. Tu vai [sic] conhecendo (Pais).

A adolescência, por vezes, coincide com profundas mudanças no ciclo de vida familiar, pois os pais estão entrando na meia-idade e os avós, na velhice. Os pais precisam cuidar tanto dos adolescentes quanto dos idosos. Nessa fase, os pais devem proporcionar aos adolescentes capacidades psicológicas para diferenciar-se e sobreviver nesse modelo de sociedade. “A maior função da família foi transformada, da função de

unidade econômica em uma função de sistema de apoio emocional” (PRETO, 1995, p. 223).

O adolecer biológico caracteriza-se por um rápido crescimento físico e de maturação sexual. Nessa fase, ocorrem movimentos que buscam solidificar a identidade e estabelecer autonomia em relação à família. Para isso, é importante que o adolescente torne-se cada vez mais responsável por suas decisões e, ao mesmo tempo, tenha orientação dos pais, a fim de gerar segurança. Nesse estágio, a flexibilidade dos pais é uma necessidade do sistema familiar, pois permite maior interdependência e desenvolvimento para os adolescentes (PRETO, 1995). Portanto, espaços reflexivos que ajudem os pais nessas mudanças de papéis são imprescindíveis.

A oficina de pais definiu-se como um espaço de reflexão e mudança, pois eles puderam pensar na sua própria relação com seu filho, nos seus modelos parentais de educação e reconhecer outras formas e estratégias para lidar com os filhos.

No pensamento complexo, o certo ou o errado não existem, bem como a verdade, pois toda avaliação pode mudar dependendo do olhar do observador. Assim, o mesmo acontecimento ou comportamento pode ser o melhor ou o pior, isso depende do ângulo e da capacidade de analisar o contexto, a empatia, o espaço e o tempo das pessoas envolvidas. (ROSSET, 2007).

Eu até me coloquei muito na oficina, às vezes a gente educa o filho do outro, mas na hora que é com o nosso, é diferente. Eu tenho essa dificuldade, eu vejo essa dificuldade, às vezes. Com outras crianças é diferente quando, às vezes, eu chego em casa e é com os meus: ‘Porque a mãe é chata ou a mãe pega muito no pé, a mãe do outro não é assim.’ Então, eu acho que aprendi muito. E como eu também estava com a minha filha, eu acho que ela também pôde escutar um pouco esse desabafo (Pais).

Assim, espaços como a oficina de pais possibilitam que os pais compartilhem suas dificuldades, reforcem ou desconstruam modos de pensar e se relacionar com os filhos.

Para Rosset (2007), os pais possuem funções básicas (materna e paterna), e qualquer cuidador pode realizar ambas as funções, ou seja, pai, mãe, avô, tio, madrinha, entre outros, podem realizar essas funções. A função materna está relacionada ao vínculo, afeto, ser continente e

alimentar; a paterna significa lei, organização, estrutura, autoridade, está ligada a ensinar regras e limites e “abrir para o mundo”.

Outra função que também é da família é a de aprendizagem, que está relacionada à aquisição de conhecimentos, informações. Essa função é desempenhada quando se aceita um ensinamento ou uma crítica, ocorrendo o desenvolvimento dos membros (ROSSET, 2007). Dessa forma, a oficina de pais contribuiu para a promoção da saúde e a educação em saúde, que são objetivos do programa de prevenção ao uso de drogas nas escolas.

Em relação à continuidade da oficina, foi perguntado aos pais se eles tinham interesse em continuar participando, e 100% dos pais responderam que sim.

Eu acho bem importante as oficinas. Eu acho que até poderia ter tido mais. Pelo menos uma vez por mês ter uma. Essa eu acho que começou depois das férias de julho. Não sei qual seria a participação dos pais, mas eu acho que pros [sic] pais que são interessados é importante. É importante bater na tecla, sabe, manda o bilhete mais de uma vez. Não basta só um, tem que chamar mais porque várias não acham que isso não é importante, que acha que o filho nunca vai ter contato, que nem sabe o que que [sic] é, não necessariamente a droga, tem outros tipos de drogas que os pais também são viciados, não só os filhos como videogames, computador (Pais).

A oficina de pais aconteceu em três encontros pré-estabelecidos pelo programa de prevenção ao uso de drogas, mas talvez fosse importante construir e avaliar juntamente com os pais o número de oficinas e sua periodicidade. Assim, poderia possibilitar a responsabilização e maior autonomia sobre o projeto, o que poderia implicar na continuidade e aumento da participação dos pais.

Algumas ideias foram sugeridas para o aprimoramento da oficina pelos pais entrevistados. É importante que essas sugestões sejam identificadas e analisadas a fim de verificar a possibilidade de incorporação delas na oficina, tornando os pais construtores e sujeitos da própria oficina. As sugestões foram:

- a) inserir na oficina o tema reconhecimento dos sinais de uso de drogas nos filhos;

- b) substituir o nome do programa *Unplugged*. Tal alteração já foi feita com a votação e sugestões das crianças e adolescentes, sendo o novo nome #Tamojunto;
- c) possibilitar e incluir a participação dos adolescentes e filhos nas oficinas de pais;
- d) ampliar a oficina de pais para os pais residentes no território;
- e) ampliar o tempo da oficina para além de 1h30min;
- f) iniciar o programa de prevenção às drogas no Ensino Infantil.

Parece que todas essas ações sugeridas foram, de alguma forma, experimentadas durante a implantação do programa de prevenção às drogas e nas oficinas de pais. Uma mãe, por exemplo, levou sua filha em um encontro da oficina de pais, a mesma participou e possibilitou uma reconfiguração daquele momento. No entanto, cada oficina, assim como cada território, é singular, assim sendo faz-se necessário que os coordenadores e participantes decidam pela inclusão ou não dos adolescentes.

A oficina de pais foi ampliada para aqueles residentes no território, utilizando como estratégia o convite das Agentes Comunitárias de Saúde. Por último, o MS, paralelamente ao programa de prevenção *Unplugged* / #Tamojunto, estava implantando o programa de prevenção ao uso de drogas intitulado *Good Behavior Games*/Elos, que é voltado para a Educação Infantil. Essas sugestões encontram sintonia e fortalecem as estratégias que a política pública tem encaminhado para o programa.

Avaliação da intersetorialidade entre saúde e educação

Os pais entrevistados também avaliaram a necessidade de articulações intersetoriais, entre a escola e demais serviços, para a realização do programa de prevenção ao uso de drogas. Os serviços mencionados, pelos pais, para serem corresponsáveis pelo programa, além da UBS e escola, foram: a guarda municipal, a Polícia Militar a partir do PROERD, a assistência social, as universidades, o Centro Comunitário, a igreja e a creche municipal. Os pais indicaram também que consideram importante acrescentar ao programa atividades esportivas e de lazer, tais como, aula de futebol e atividades no espaço ao redor da igreja.

Foi possível constatar que os pais possuem uma percepção ampliada de saúde, que vai além de um único setor ou espaço físico. Para a Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, de 1990, a saúde envolve alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho,

renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços (BRASIL, 1990). Dessa forma, todas essas dimensões são condicionantes e determinantes para a saúde e as relações entre elas também são determinantes e fundamentais para a saúde, sendo, portanto, fatores de prevenção ao uso de drogas.

Nas falas dos pais percebeu-se que eles identificam a necessidade de realizar ações de saúde dentro da escola, principalmente relacionadas às questões emocionais das crianças e adolescentes. Tais ações podem apoiar os papéis parentais já mencionados. Foi possível perceber que os pais possuem incertezas e dúvidas sobre o modo de educar os filhos, principalmente no que tange às emoções e sentimentos.

Porque hoje o professor, ele [sic] tá [sic] preocupado muito com o conteúdo, mas antes do conteúdo têm essas coisas que são mais de fundo emocional, comportamental. Então, eu acho que o professor teria que tá tendo [sic] também esse tipo de informação junto com os pais. E aí junto mesmo, pra [sic] tá debatendo [sic], como é que estamos abordando isso, até pra [sic] ter uma linguagem única, né [sic]? A escola fala de um jeito, a família fala de outro, então no mesmo momento, tá [sic] falando essas questões, tá [sic] vendo quais os encaminhamentos que podiam tá [sic] sendo tomados, né [sic], e retomar isso no próximo encontro, o que que [sic] deu pra avançar? O que que [sic] deu pra [sic] ser, na prática o que que [sic] deu pra [sic] ser feito? Então, esquecer um pouco o conteúdo. [...] e vamos ver mais essa coisa comportamental, essa realidade que tá [sic] cruel mesmo aí fora, né [sic] (Pais).

Nesse relato fica claro que o pai gostaria de ter um apoiador na educação dos filhos, não se restringindo ao conteúdo escolar, mas às questões emocionais também.

No entanto, tais funções esperadas pelos pais, que a escola realize, não estão presentes dessa forma na LDB e no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Isso não impossibilita essa reflexão sobre a função da escola, muito pelo contrário, aponta para a necessidade de ela ser parceira dos pais, e de outros setores formando uma rede intersetorial, de fortalecimento dos laços afetivos e sociais. Talvez um

primeiro movimento tenha sido realizado a partir do PSE, em que a UBS deve atuar com a escola em ações conjuntas.

Essa entrada da saúde na escola foi avaliada como positiva por uma mãe:

É bom porque muitas mães não vão no [sic] postinho, não levam os filhos. A gente sabe que uns que não levam os filhos porque não querem, então quando eles vêm na escola, tem dentista que vem, acho que é uma vez por mês ou por semana, mas eles vêm na escola, eu acho legal porque daí a criança tem acesso àquilo, não só no posto de saúde, porque tem mãe que trabalha o dia todo e não pode levar [...] vai bilhete pra [sic] casa, teve um outro projeto ano passado que não teve esse ano, que o oftalmologista veio na escola, eu acho bacana essa troca da saúde com a escola [...] acho bem interessante (Pais).

Novamente nota-se que os pais querem que os setores da educação e saúde se integrem e sejam seus apoiadores, ajudando-os em suas funções parentais. Parece, inclusive, que o cuidar dos filhos é função compartilhada dos pais e do Estado, e realmente pode ser. Mas tais papéis precisam ser discutidos para que todos possam realizá-los.

Os pais também avaliaram a relação intersetorial entre a saúde e educação na realização da oficina de pais. Todos os pais avaliaram essa relação como positiva, pois eles entendem que os filhos estão sendo cuidados tanto nas dimensões físicas, emocionais e sociais.

Pesquisadora: Como você avalia a participação ali, da saúde dentro da escola?

Mãe: Bem interessante.

Pesquisadora: Por quê?

Mãe: Eu, outro dia fui no [sic] posto de saúde e me encontrei com ela [dentista articuladora PSE Saúde], aí ela disse: ‘Ah, tu tava [sic] lá na reunião.’ Eu disse: ‘É, tava [sic].’ Aí, né [sic], aí começamos a conversar, né [sic], e a dentista, ela [sic] conhece a turma da minha filha. [...] Então a dentista já conhece o perfil dessa turma, né [sic], então eu nem sabia a dimensão que tinha, né [sic], ah, o conhecimento da turma da minha filha no posto de saúde (Pais).

Ótimo, excelente, vale a pena, tudo que for bom pro [sic] ser humano vale. É ótimo. A gente vê que se investe muito em monte de coisas e se investe pouco no ser humano (Pais).

Observou-se que o cuidado que os serviços organizaram para com os educandos foi reconhecido e validado pela mãe entrevistada. Nesse sentido, a relação intersetorial pode possibilitar um maior vínculo entre os pais e os profissionais dos diversos setores, pois passam a perceber esses serviços como parceiros no cuidado e educação de seus filhos.

Neste subcapítulo verificou-se que o processo de planejamento e realização das oficinas de pais ficou concentrado nos articuladores do PSE Saúde e Educação e multiplicadores do programa. Para o planejamento foram realizados um ou mais encontros e utilizado o recurso do correio eletrônico. Constatou-se que o planejamento da oficina de pais pode ser complexo, uma vez que lida com a multifatorialidade, como: organização da agenda de cada serviço para as reuniões, construção de inserções e paradigmas a partir dos já estabelecidos pela saúde e educação, e compreender a relação que cada serviço possui sobre o tema.

As percepções dos profissionais e gestores sobre a oficina de pais foram reconhecidas como positivas, principalmente quando relacionadas à didática e conteúdo. Identificou-se que houve facilidades e dificuldades encontradas no desenvolvimento da oficina de pais. As facilidades foram: encontros temáticos, relação existente entre os setores devido ao PSE, receptividade da escola e disponibilidade dos profissionais. E as dificuldades: a ausência dos pais nas oficinas, convites não entregues aos pais, falta de apoio institucional e o fato de os profissionais não se sentirem preparados para realizar a oficina de pais.

Em relação à percepção dos pais sobre a oficina, ela foi avaliada como positiva na sua metodologia, didática e conteúdo. Além disso, foi qualificada como um espaço de reflexão para os pais sobre modelos parentais e os auxiliou nas suas funções paternas, maternas e de aprendizagem. Enfim, a oficina de pais construiu vínculos com outros pais e com os serviços.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção ao uso de drogas possui como objetivo fortalecer os fatores de proteção e reduzir os de risco. Os fatores de risco e de proteção estão relacionados a características da própria pessoa, familiares, escolares, sociais e relacionados à droga (SENAD, 2011). Alguns fatores de proteção são: habilidades sociais, cooperação, habilidades para resolver problemas, vínculos positivos, autonomia, autoestima saudável. Já os de risco, são: insegurança, insatisfação com a vida, sintomas depressivos e curiosidade (OBID, 2014). O programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged / #Tamojunto* vai ao encontro desses objetivos, uma vez que visa ao desenvolvimento de habilidades de vida. Para a WHO (1997b), o desenvolvimento de habilidades de vida propicia o autoconhecimento, empatia, comunicação, relacionamentos interpessoais, tomada de decisões, resoluções de problemas, pensamento crítico e criativo, a capacidade de lidar com sentimentos e emoções e lidar com o estresse.

O programa de prevenção ao uso de drogas pesquisado nesta dissertação foi implementado em três escolas do município de Florianópolis. Ele possui doze aulas realizadas pelos professores e três oficinas de pais coordenadas pelos profissionais da saúde da UBS e pelos profissionais da educação, utilizando como estratégia o PSE, visto que possui como diretrizes a prevenção ao uso de drogas e a intersetorialidade.

A oficina de pais tinha como objetivo “conscientizar os pais quanto aos fatores de risco e proteção familiares que estão relacionados ao uso de drogas na adolescência e incentivá-los a usar um estilo ‘presente’ de paternidade” (EU – Dap OED, 2007, grifo no original). Os programas de prevenção para as famílias devem melhorar a harmonia, os relacionamentos familiares e desenvolver habilidades para serem pais melhores (NIDA, 2004).

O objetivo geral desta pesquisa foi compreender o processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas a partir do desafio de articulação intersetorial. E os específicos foram: mapear os serviços públicos e recursos comunitários intersetoriais que fazem parte do território; avaliar a percepção dos pais sobre o programa de prevenção escolar ao uso abusivo de drogas; identificar a percepção dos profissionais da educação e da Equipe de Saúde da Família sobre as possibilidades e limites de articulação intersetorial em relação ao programa de prevenção às drogas; avaliar o processo de articulação entre os profissionais da saúde e da escola na realização de atividades

com os familiares dos educandos que participaram do programa de prevenção às drogas; e identificar a percepção dos gestores sobre o programa de prevenção escolar ao uso abusivo de drogas e as articulações necessárias para sua implantação. Para atingir os objetivos, realizaram-se entrevistas e grupos focais com gestores federais, municipais, profissionais da escola e UBS, coordenador regional da avaliação e multiplicadores do programa.

O programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged / #Tamojunto* é de origem europeia e está na listagem de programas de prevenção do UNODC. A partir da identificação da vulnerabilidade brasileira sobre a prevenção ao uso de drogas, o coordenador nacional de Saúde Mental definiu implantar esse programa. Para isso, fez parcerias com o PsiClin – serviços da Universidade Federal de Santa Catarina e com a Universidade Federal de São Paulo, para que esses setores avaliassem a efetividade e implantação do programa. No âmbito de Florianópolis, foi implantado em quatro escolas municipais, no entanto, pesquisaram-se três.

Para a implantação do programa nas escolas municipais de Florianópolis, o MS realizou diversas pactuações com serviços e setores, são eles: MEC, UFSC, Secretaria Estadual de Saúde e Educação, Secretaria Municipal de Saúde e Educação, escolas e UBS. Essas pactuações são importantes, uma vez que todos os atores são coautores do processo e responsáveis pela execução dos mesmos. As pactuações têm como objetivo apresentar o programa, esclarecer as dúvidas, reconstruir /adaptar o programa conforme a realidade local, clarificar as diretrizes do programa. A partir da fala dos entrevistados, as diretrizes encontradas foram: intersectorialidade entre saúde e educação no território; pactuações realizadas conjuntamente entre a saúde e educação e estratégias de consolidação.

Algumas pactuações foram informadas pelos entrevistados a fim de facilitar o processo de implantação, quais sejam:

- a) pactuar, junto com os gestores estaduais e municipais, a metodologia de implantação do programa, como, por exemplo, a forma que serão definidas as escolas;
- b) garantir que durante as pactuações sempre estejam os gestores da educação e saúde;
- c) que haja tempo para o processo de pactuação;
- d) pactuação com a Comissão Bipartite e com a Comissão Tripartite;
- e) pactuação entre a Secretaria de Saúde e coordenador da unidade de saúde/coordenador do distrito com informações

sobre o programa e a função que será desenvolvida pelo profissional;

- f) pactuação entre o MS e o coordenador da unidade/coordenador do distrito de saúde;
- g) pactuação da multiplicadora com o coordenador da unidade/coordenador do distrito de saúde;
- h) articulação entre os coordenadores da unidade de saúde e da escola;
- i) comunicação entre os gestores da Secretaria de Educação com os da saúde;
- j) pactuação com as Secretarias de Saúde e Educação que serão apoiadoras das escolas e unidades de saúde, sendo que uma de suas funções é acompanhar o processo para conhecer o programa e sua implantação.

O programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* /#Tamojunto foi avaliado como positivo por todos os entrevistados gestores, coordenador, multiplicadores e profissionais da saúde e educação. Essa avaliação positiva estava, principalmente, vinculada à metodologia, conteúdo, didática. Compreende-se que o programa desenvolveu empoderamento e capacitação dos profissionais, fortalecimento da intersetorialidade e de vínculos saudáveis entre os profissionais da saúde e educação, pais e os profissionais, alunos e profissionais, entre os próprios alunos e entre os pais e filhos.

Identificou-se, nesta pesquisa, que a intersetorialidade é percebida pelos profissionais da saúde e educação como uma estratégia para ampliar o cuidado à comunidade, o que vai ao encontro do conceito de saúde de uma forma ampliada. No entanto, concluiu-se que alguns profissionais da saúde e educação e gestores não compreendem o significado de intersetorialidade, confundindo com multissetorialidade. Tal compreensão parece afetar o processo de trabalho dos demais profissionais e o planejamento e ações dos serviços. O programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto pode ser utilizado como uma estratégia de capacitação dos profissionais sobre o tema da intersetorialidade e prevenção ao uso de drogas.

Alguns limites para materializar a relação intersetorial entre saúde e educação foram identificados, são eles: demanda de trabalho excessiva, falta de profissionais, falta de receptividade de um setor para o outro, pessoalidade das relações, organização e tempo diferente de cada setor, falta de colaboração da gestão, discurso pessimista, dificuldade em concretizar a comunicação, não haver padronização na comunicação e falta de treinamento para as multiplicadoras sobre

articulação política. Destacou-se, na fala dos entrevistados, que os multiplicadores e a disponibilidade dos profissionais para realizar a intersectorialidade são facilitadores nesse processo.

O planejamento e realização da oficina de pais ficaram concentrados em três pessoas: articulador do PSE Saúde, articulador do PSE Educação e multiplicador do programa. Observou-se que os profissionais da saúde e educação não se sentiam preparados didaticamente sobre o tema das drogas para serem coordenadores das oficinas. Portanto, o planejamento da oficina de pais também pode ser considerado uma ferramenta para capacitar os profissionais quanto ao tema das drogas e sobre como trabalhar com grupos.

Os pais entrevistados não avaliaram o programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto, uma vez que relataram que não foram informados pela escola e filhos de seu acontecimento. Dos sete entrevistados, somente uma mãe sabia do programa, avaliando como positiva sua didática. Os pais desconhecerem o desenvolvimento do programa de prevenção na escola vai ao encontro da dificuldade de comunicação e relação entre pais e escola apresentado na dissertação. Tais dificuldades são multifatoriais e estão relacionadas ao modelo de sociedade. Verificou-se também que os pais têm expectativas de que a escola os ajude na educação de seus filhos, realizando funções maternas e paternas.

Foi avaliado como positiva pelos pais a relação intersectorial da educação e saúde para a realização da oficina de pais, que, entendida como um espaço de reflexão sobre modelos parentais, auxilia-os nas suas funções paternas, maternas e de aprendizagem, e constrói vínculos com outros pais e com os serviços.

Os resultados encontrados com base na articulação intersectorial entre saúde e educação a partir do programa de prevenção ao uso de drogas foram: início do diálogo entre os serviços de saúde e educação em alguns territórios, aumento do diálogo entre os serviços da saúde e educação em razão da necessidade de fazer atividades conjuntas, oportunizar a responsabilização de ambos os serviços pelas pessoas do território, inclusão de outros profissionais que não participaram da relação anteriormente e aproximação entre os serviços no território e demais instituições como a UFSC e o MS.

Os serviços públicos e recursos comunitários intersectoriais, que foram identificados nos territórios da pesquisa são: creche municipal, escola pública de Ensino Médio, escola pública de Ensino Fundamental, UBS, Conselho Comunitário, CRAS, Igreja Católica, Igreja Evangélica, centro espírita, Universidade, Instituto Federal, abrigo para menores e

sede da coleta de lixo. Esses serviços podem ser utilizados como apoiadores do programa de prevenção ao uso de drogas e como fatores de proteção.

Houve facilidades e dificuldades na realização desta pesquisa. A facilidade foi a disponibilidade dos participantes em contribuir com o estudo. As dificuldades dizem respeito à complexidade do tema, pois envolve diversas bases teóricas, como drogas, prevenção, intersectorialidade, políticas públicas da educação, políticas públicas da saúde, gestão, território, planejamento, parentalidade e questões subjetivas. Aprofundar e relacionar tais temas foi um desafio nesta pesquisa.

Sugerem-se novas produções científicas sobre a desistência de alguns profissionais que iniciaram o programa de prevenção ao uso de drogas *Unplugged* / #Tamojunto. Compreender os motivos das desistências, mesmo singulares, pode contribuir para o fortalecimento do programa à medida que os fatores de adesão fiquem explicitados.

Os profissionais das escolas e UBS foram convidados a participar da oficina de pais, contudo houve pouca participação. Talvez seja interessante pesquisar o motivo pelos quais os profissionais optaram por não participar. Tal pesquisa pode contribuir para compreender a decisão desses profissionais e, eventualmente, promover mudanças no programa de prevenção, a fim de ampliar a entrada de outros profissionais.

Do mesmo modo, indica-se o desenvolvimento de pesquisas sobre a pouca participação dos pais nas escolas municipais de Florianópolis. Constatou-se neste estudo que a presença deles é multideterminada, e compreendê-la pode ajudar a Secretaria Municipal de Educação a realizar outras práticas com o intuito de incluir os pais em suas atividades. Sugere-se também a realização de pesquisas para determinar o perfil dos pais que frequentam as escolas municipais de Florianópolis.

REFERÊNCIAS

- ADCB. Instituto Nacional sobre El Abuso de Drogas. **Cómo prevenir el uso de drogas em los niños y los adolescentes**. 2. ed. 2004. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- ALBUQUERQUE, R. C. R. **Casas do meio do caminho**: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. 2008. 223f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2.309-2.319, 2009.
- AVELINO, V. P. **A evolução do consumo de drogas**. 2009. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/14469/a-evolucao-do-consumo-de-drogas>>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- BHERING, E.; SIRAJ-BLATCHFORD, I. A relação escola-pais: um modelo de trocas e colaboração. **Cadernos de pesquisa**, n. 106, p. 191-2016, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n106/n106a09.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2014.
- BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física e psíquica. Brasília, 1976. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6368.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2013.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 39/2002 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 15 out. 2014.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 jun. 2013.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 17 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação nacional de DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. Política Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Secretaria Nacional de Assistência Social.** Brasília. 2004. Disponível em: <<http://www.sedest.df.gov.br/sites/300/382/00000877.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil:** documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental, 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006a.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:**

documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola-PSE. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Saúde em Educação. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2014.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>> . Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011a**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. **Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011b**. Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011c**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a

organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Casa Civil. Brasília. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508htm>. Acesso em: 16 out. 2014.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011d.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 27 jun. 2014.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução nº 2, de 30 de janeiro 2012.** Define diretrizes curriculares nacionais para o ensino médio. Ministério da Educação. Disponível em: <http://pactoensinomedio.mec.gov.br/images/pdf/resolucao_ceb_002_30012012.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

_____. **Programa Crack é possível vencer.** 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 16 jul. 2014.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CAPRA, F. **A teia da vida.** São Paulo: Cultrix, 1997.

CARVALHO, G. I. **Sistema Único de Saúde: Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.** 4. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2006.

COSTA, P. H. A. et al. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 5, p. 325-331, 2013.

CREPOP. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília, CFP, 2007.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

ESCOHATADO, A. **História elementar das drogas**. Lisboa: Antígona, 2004.

EU – Dap OED. **Unplugged**. Turim. 2007. Disponível em: <http://www.eudap.net/Unplugged_HomePage.aspx>. Acesso em: 15 maio 2014.

FAGGIANO, F. et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. **Drug and alcohol dependence**, v. 108, p. 56-64, 2010.

_____. And the EU-Dap Study Group. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. **Prev Med.**, v. 47, n. 5, p. 537-543, 2008.

FLICK, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FLORIANÓPOLIS. **Decreto nº 7.073, de 27 de maio de 2009**. Cria a força tarefa para prevenção e combate ao uso de crack em Florianópolis. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/decreto/2009/707/7073/decreto-n-7073-2009-cria-a-forca-tarefa-para-prevencao-e-combate-ao-uso-de-crack-em-florianopolis-2009-05-27.html>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Crack, é possível vencer**. 2013. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/semas/index.php?cms=crack++e+possivel+vencer&menu=0>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Informações em Saúde**. 2012. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/2012r/uls_2012_index.php>. Acesso em: 12 fev. 2014.

_____. **Lei nº 7.717, de 06 de outubro de 2008**. Institui a inclusão dos estudos de prevenção e combate ao uso de drogas psicoativas lícitas e ilícitas nos currículos das escolas municipais de Florianópolis e dá outras providências. Florianópolis, 6 out. 2008. Disponível em:
<<http://cm.jusbrasil.com.br/legislacao/982682/lei-7717-08>>. Acesso em: 08 maio 2013.

_____. **Lei nº 8128, de 05 de janeiro de 2010**. Institui o dia municipal de prevenção ao uso de drogas. Disponível em:
<<http://cm.jusbrasil.com.br/legislacao/979875/lei-8128-10>>. Acesso em: 08 maio 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: tória, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família**. 2009. 214f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, 2009.

GRACIOSA, A. et al. **Relatório das atividades de territorialização**. 2013. Relatório do PRÓ-PET realizado no Centro de Saúde Coqueiros. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

HOROCHOVSKI, R. R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. In: II SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, de 25 a 27 de abril de 2007. UFSC, Florianópolis, Brasil. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.sociologia.ufsc.br/npms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf>. Acesso em: 30 maio 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf>. Acesso em: 15 maio 2014.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Rev. De administração pública**, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7698/6271>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

JACKSON FILHO, J. M. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. **Revista Produção**, v.14, n. 3, p. 58-66, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a06>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

JAMESON, F. **A lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo: Ed. Ática, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, v. 34, n. esp., p.35-45, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

JUNQUEIRA, L.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. 1997. Disponível em:

<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPA_N003743.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

KAHHALE, E. M. P. Psicologia na saúde: em busca de uma literatura crítica e uma atuação compromissada. IN: BOCK, A. (Org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 179-192.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2001.

LIMA, W. G. Política Pública: discussão de conceitos. **Interface**. n. 05, out. 2012. Disponível em: <<http://www.revista.uft.edu.br/index.php/interface/article/viewFile/370/260>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

LUZ, M. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. 2. ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2004.

MACHADO, L. Z. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. **Interface**: comunic, saúde, educ., v. 4, n. 8, p. 11-26, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/02.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

MERHY, E. E. **Modelo de Atenção à Saúde como contrato social**. Texto apresentado na 11 CNS. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-11.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

McNAMEE, S. Reserch as social construction: transformative inquiry. **Saúde e Transformação social**, Florianópolis, v.1, n.1, p. 09-19, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/home/Downloads/418-1569-3-PB-2.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2014.

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

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

NIDA. Nacional Institute on Drug Abuse. Departamento de Salud Y Servicios Humanos de Los Estados Unidos. Instituto Nacional de la salud. **Cómo prevenir el uso de drogas em los niños y los adolescentes**: uma guia con base científica para padres, educadores y líderes de La comunidad. 2. ed., 2004.

NOGUEIRA, M. A. Família e escola na contemporaneidade: os meandros de uma relação. **Rev.Educação e Realidade**, v. 31, n. 2, p. 155-170, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/rer/v31n02/v31n02a10.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

NUNES, L. M.; JÓLLUSKIN, G. O uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, v. 4, p. 230-237, 2007.

OBID. Observatório Brasileiro de informações sobre drogas. 2014. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Enfoque de habilidades para a vida para um de desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Washington, OPS, 2001.

OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

PAIVA, F. S.; RODRIGUES, M. C. Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, ano 8, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a09.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2014.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros dos núcleos de saúde da família do Distrito

Oeste – Ribeirão preto. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 8, n. 15, mar./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 jul. 2014.

PECHANSKY, F.; SZOBOTI, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev. Bras. Psiq.** São Paulo, v. 26, n.1, p. 14-17, 2004.

PRETO, N. G. Transformação do sistema familiar na adolescência. In: CARTES, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 223-248.

ROCHA, D. G.; MARCELO, V. C.; PEREIRA, I. B. A escola promotora da saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, v. 12, n. 1, p. 57-63, jan./jul. 2002.

ROSSET, S. M. **Pais e filhos: uma relação delicada**. Curitiba: Sol, 2007.

SAMPAIO, J. J. C.; HERMETO, E. M. C.; CARNEIRO, C. Atividades socioculturais e abandono do uso de drogas ilícitas: percepção de adolescentes usuários em estudo de caso. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 33, n. 3, jul./set. 2009.

SANTA CATARINA. **Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD)**. 2013. Disponível em: <<http://www.pm.sc.gov.br/cidadao/proerd.html?id=1>>. Acesso em: 16 jul. 2014.

SANTOS, L. O que são Redes. In: SILVA, S. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas, SP: Saberes, 2011. p. 29-34.

SANTOS, M. **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): Lamparina, 2007.

_____. O retorno do território. In: OSAL: **Observatório Social de América Latina**. Año 6 no. 16 (jun. 2005). Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível

em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2014.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 687-698, 2010.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2011.

SILVA, S. F. S. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2. ed. Campinas: Saberes, 2011.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. M. **O processo de implementação de Políticas Públicas no Brasil: Características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Universidade Estadual de Campinas. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas: Campinas, 2000. Disponível em: <http://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf>. Acesso em: 15 maio 2014.

THOMPSON, E. P. Intervalo: a lógica histórica. In: _____. **A miséria da teoria ou um planetário de erros**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **Escritório de Ligação e Parceria no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/index.html>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

VASCONCELOS, E. **A construção da nova assistência social: subsídios conceituais, normativos e metodológicos para a atuação na lógica do SUAS e do PAIF/RJ (Programa de Atendimento Integral à Família)**. Petrópolis: Vozes, 2010.

VASCONCELLOS, M. J. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 9. ed. Campinas: Papyrus, 2010.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1973.

WHO. World Health Organization. Europe. Primera conferencia de la red europea de escuelas promotoras de salud. Resolución de la conferencia. Salónica-Halkidiki, Grécia, 1-5 mayo, 1997a.

_____. World Health Organization. **Life skills education for children and adolescents in schools**. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of Life Skilles Programmes. Programme on Mental Health Organization. Geneva, 1997b.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

_____. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família. **Planejamento na Atenção Básica**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

ZIMMER, M. **O panóptico está superado?** Estudo etnográfico sobre a vigilância eletrônica. 2009. 139f. Tese (Doutorado em Administração)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Lista de descritores

Descritor *Inglês*: **Solvents**

Descritor *Espanhol*: **Solventes**

Descritor *Português*: **Solventes**

Definição *Português*: Líquidos [usados para] dissolver outras substâncias (solutos), estas geralmente sólidas, sem que haja mudança em sua composição [química](#) [do soluto], como [açúcar](#) [soluto] [dissolvido] em [água](#) [solvente], [ou [iodo](#) (soluto) dissolvido em álcool (solvente)].

Descritor *Inglês*: **Hallucinogens**

Descritor *Espanhol*: **Alucinógenos**

Descritor *Português*: **Alucinógenos**

Sinônimos *Português*: Agentes Psicodélicos
Agentes Psicotomiméticos

Definição *Português*: Drogas capazes de induzir [ilusões](#), [alucinações](#), [delusões](#), ideias paranoides, e outras alterações de humor e [pensamento](#). Apesar do nome, a característica que distingue estes agentes de outras classes de drogas, é que elas podem induzir estados de [percepção](#), [pensamento](#), e [sensação](#) alterados que não são percebidos de outra forma.

Descritor *Inglês*: **Analgesics, Opioid**

Descritor *Espanhol*: **Analgésicos Opioides**

Descritor *Português*: **Analgésicos Opioides**

Sinônimos *Português*: Opioides

Definição *Português*: Compostos com atividade semelhante as dos [ALCALOIDES OPIÁCEOS](#), atuando como [RECEPTORES OPIOIDES](#). Entre as propriedades estão [ANALGESIA](#) ou narcose.

Descritor *Inglês*: **Alcoholism**

Descritor *Espanhol*: **Alcoholismo**

Descritor *Português*: **Alcoolismo**

Sinônimos *Português*:
Abuso de Álcool
Intoxicação Alcoólica Crônica
Intoxicação por Álcool Crônica

Definição *Português*: [Doença crônica](#), primária, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciando seu desenvolvimento e manifestações. [A doença](#) é geralmente progressiva e fatal. É caracterizada pela falta de [controle](#) sobre a bebida, pré-ocupação com a droga álcool, uso de álcool apesar das consequências adversas, e distorções no [pensamento](#), negação notável. Cada um destes [sintomas](#) pode ser contínuo ou periódico.

Descritor *Inglês*: **Crack Cocaine**

Descritor *Espanhol*: **Cocaína Crack**

Descritor *Português*: **Cocaína Crack**

Sinônimos *Português*: Crack

Definição *Português*: Forma purificada, alcaloidal, extrapotente da [cocaína](#). É fumada (baseado livre), injetada intravenosamente e ingerida oralmente. O uso do crack resulta em alterações na função do [sistema cardiovascular](#), do [sistema nervoso autônomo](#), [sistema nervoso central](#) e no sistema gastrointestinal. O termo de gíria "crack" derivou-se do estalo ouvido quando esta forma

de [cocaína](#) é acesa para fumar.

Descritor *Inglês*: **Cannabis**

Descritor *Espanhol*: **Cannabis**

Descritor *Português*: **Cannabis**

Sinônimos *Português*: Cânabe
Cânabis
Cânave
Cânhamo-da-Índia
Linho-Cânhamo
Haxixe
Maconha
Bangue
Ganja
Cânhamo

Definição *Português*: O gênero de planta da [família Cannabaceae](#), ordem Urticales, subclasse Hamamelidae. As florescências recebem muitos apelidos tais como maconha, haxixe, bangue e ganja. O talo é uma fonte importante de fibra de linho-cânhamo (o m.q. cânhamo).

Descritor *Inglês*: **Drug Users**

Descritor *Espanhol*: **Consumidores de Drogas**

Descritor *Português*: **Usuários de Drogas**

Sinônimos *Português*: Dependentes Químicos
Farmacodependentes
Drogaditos
Toxicômanos
Usuários Dependentes
Viciados em Drogas

Definição *Português*: [Pessoas](#) que consomem drogas sem [intenção terapêutica](#) ou médica. As drogas podem ser legais ou ilegais, mas seu uso frequentemente resulta em consequências [médicas](#), legais e/ou sociais adversas.

Descritor *Inglês*: **Street Drugs**

Descritor *Espanhol*: **Drogas Ilícitas**

Descritor *Português*: **Drogas Ilícitas**

Sinônimos *Português*: Medicamentos Proibidos
Drogas de Abuso
Drogas de Uso Indevido

Descritor *Inglês*: **Professional Practice Location**

Descritor *Espanhol*: **Ubicación de la Práctica Profesional**

Descritor *Português*: **Área de Atuação Profissional**

Definição *Português*: Área geográfica na qual um profissional atua; refere-se principalmente a [médicos](#) e dentistas

Descritor *Inglês*: **Community Integration**

Descritor *Espanhol*: **Integración a la Comunidad**

Descritor *Português*: **Integração Comunitária**

Sinônimos *Português*: Integração à Comunidade

Definição *Português*: [Políticas](#) e [programas](#) que garantem que [PESSOAS DESLOCADAS](#) e doenças crônicas recebam apoio e [SERVIÇOS SOCIAIS](#) necessários para que possam viver em suas comunidades.

Descritor <i>Inglês</i> :	Social Services
Descritor <i>Espanhol</i> :	Servicios Sociales
Descritor <i>Português</i> :	Serviços de Assistência Social
Sinônimos <i>Português</i> :	Serviços Sociais
Definição <i>Português</i> :	Serviços oferecidos por instituições, governamentais ou não, para prover proteção física , mental e social de pessoas em estado de indigência, de desproteção ou desvantagem física e/ou mental.

Descritor <i>Inglês</i> :	Mental Health Services
Descritor <i>Espanhol</i> :	Servicios de Salud Mental
Descritor <i>Português</i> :	Serviços de Saúde Mental
Sinônimos <i>Português</i> :	Serviços de Higiene Mental Centros de Atenção Psicossocial
Definição <i>Português</i> :	Serviços de saúde mental para prevenção diagnóstico , tratamento prestados a indivíduos com o objetivo de reintegrá-los à comunidade

Descritor <i>Inglês</i> :	Health Services Research
Descritor <i>Espanhol</i> :	Investigación sobre Servicios de Salud
Descritor <i>Português</i> :	Pesquisa sobre Serviços de Saúde
Sinônimos <i>Português</i> :	Pesquisa sobre Prestação de Cuidados de Saúde Pesquisa sobre Assistência Médica

Definição Português: [Pesquisa](#) sobre a organização, administração, necessidades e funcionamento de [serviços de saúde](#). Exclui [pesquisa biomédica](#)

Descritor *Inglês*: **Health Services**

Descritor *Espanhol*: **Servicios de Salud**

Descritor *Português*: **Serviços de Saúde**

Sinónimos *Português*: Serviços de Atenção ao Paciente

Descritor *Inglês*: **Emergency Services, Psychiatric**

Descritor *Espanhol*: **Servicios de Urgencia Psiquiátrica**

Descritor *Português*: **Serviços de Emergência Psiquiátrica**

Definição *Português*: Serviços organizados para prestar cuidados psiquiátricos a [pacientes](#) com distúrbios psicológicos agudos

Descritor *Inglês*: **Community Health Services**

Descritor *Espanhol*: **Servicios de Salud Comunitaria**

Descritor *Português*: **Serviços de Saúde Comunitária**

Sinónimos *Português*: Assistência Médica Comunitária
Cuidados Médicos Comunitários
Assistência à Saúde Comunitária

Definição *Português*: [Serviços de saúde](#) que visam o desenvolvimento das comunidades através de [recursos humanos](#) e [materiais](#) nelas existentes, para intensificar a autoajuda e o [apoio social](#) para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da

participação popular voltados para os assuntos de [saúde](#). (OPAS)

Descritor *Inglês*: **Community Mental Health Services**

Descritor *Espanhol*: **Servicios Comunitarios de Salud Mental**

Descritor *Português*: **Serviços Comunitários de Saúde Mental**

Definição *Português*: [Serviços de saúde mental](#) para [diagnóstico](#), tratamento e prevenção, prestados a indivíduos da comunidade

Descritor *Inglês*: **Police**

Descritor *Espanhol*: **Policia**

Descritor *Português*: **Polícia**

Sinônimos *Português*: Policiais
Agentes para Cumprimento das Leis

Definição *Português*: Agentes da lei encarregados da responsabilidade de manter a lei e a ordem entre a coletividade dos cidadãos.

APÊNDICE B - Estratégias de busca

a) Estratégias de busca para Scielo

Base de dados	Data de busca	Estratégia de busca	Total de artigos	Leitura título	Leitura resumo
Scielo	07/08/2013	Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (“rede intersetorial” OR intersetorialidade)	83	12	5
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (comunidade OR território OR “Área de Atuação Profissional”)	4	0	0
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (serviços de saúde OR Serviços de Saúde Comunitária)	90	12	6
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (Serviços Comunitários de Saúde Mental OR Serviços de Emergência Psiquiátrica)	1	0	0

		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (Pesquisa sobre Serviços de Saúde OR Serviços de Saúde Mental)	0	0	0
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (Serviços de Assistência Social OR Integração Comunitária)	1	1	1
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (colégio OR escola OR polícia OR associação de moradores)	27	6	
Total			206	31	12 - 4 (repetidos)=8

b) Estratégia de busca pela Lilacs

Base de dados	Data de busca	Estratégia de busca	Total de artigos	Leitura título	Leitura resumo
---------------	---------------	---------------------	------------------	----------------	----------------

Scielo	08/08/ 2013	Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (“rede intersetorial” OR intersectorialidade)	8	4	3
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Consumidores de Drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR Alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR Alucinógenos OR Solventes) AND (“red intersectorial” OR intersectorial)	20	5	3
		Drugs OR (Street Drugs OR Drug Users OR Cannabis OR Crack Cocaine OR Alcoholism OR Analgesics, Opioid OR Hallucinogens OR Solvents) AND (intersectoral network OR intersectoral)	1	1	0
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (comunidade OR território)	406	35	9
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Consumidores de Drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR Alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR Alucinógenos OR Solventes) AND (comunidad OR território OR Ubicación de la Práctica Profesional)	454	18	5
		Drugs OR (Street Drugs OR Drug Users OR Cannabis OR Crack Cocaine OR Alcoholism OR Analgesics, Opioid OR Hallucinogens OR Solvents) AND (community OR territory OR Professional Practice Location)	116	7	4
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (serviços OR serviços de saúde OR Serviços de Saúde Comunitária) AND Brasil	107	0	0
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Consumidores de Drogas OR Cannabis			

	<p>OR Cocaína Crack OR Alcoholismo OR Analgésicos Opioides OR Alucinógenos OR Solventes) AND (servicios OR Servicios de Salud OR Servicios de Salud Comunitária) AND Brasil</p>	101	0	0
	<p>Drugs OR (Street Drugs OR Drug Users OR Cannabis OR Crack Cocaine OR Alcoholism OR Analgesics, Opioid OR Hallucinogens OR Solvents) AND (services OR Health Services OR Community Health Services) AND Brazil</p>	53	0	0
	<p>Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (“Serviços Comunitários de Saúde Mental” OR “Serviços de Emergência Psiquiátrica”) AND Brasil</p>	14	0	0
	<p>Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Consumidores de Drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR Alcoholismo OR Analgésicos Opioides OR Alucinógenos OR Solventes) AND (Servicios Comunitarios de Salud Mental OR Servicios de Urgencia Psiquiátrica) AND Brasil</p>	14	0	0
	<p>Drugs OR (Street Drugs OR Drug Users OR Cannabis OR Crack Cocaine OR Alcoholism OR Analgesics, Opioid OR Hallucinogens OR Solvents) AND (Community Mental Health Services OR Emergency Services, Psychiatric) AND Brazil</p>	2	0	0
	<p>Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (Pesquisa sobre Serviços de Saúde OR Serviços de Saúde Mental) AND Brasil</p>	18	2	1
	<p>Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Consumidores de Drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR Alcoholismo OR Analgésicos Opioides OR Alucinógenos OR Solventes) AND (Investigación sobre Servicios de Salud OR Servicios de Salud</p>	16	0	0

		Mental) AND Brasil Drugs OR (Street Drugs OR Drug Users OR Cannabis OR Crack Cocaine OR Alcoholism OR Analgesics, Opioid OR Hallucinogens OR Solvents) AND (Health Services Research OR Mental Health Services) AND Brazil	53	2	2
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (Serviços de Assistência Social OR Integração Comunitária) AND Brasil Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Consumidores de Drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR Alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR Alucinógenos OR Solventes) AND (Servicios Sociales OR Integración a la Comunidad) Drugs OR (Street Drugs OR Drug Users OR Cannabis OR Crack Cocaine OR Alcoholism OR Analgesics, Opioid OR Hallucinogens OR Solvents) AND (Social Services OR Community Integration)	25 400 46	0 16 1	0 11 0
		Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Usuários de drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR alucinógenos OR solventes OR MACONHA) AND (colégio OR escola OR polícia OR associação de moradores) AND Brasil Drogas OR (Drogas Ilícitas OR Consumidores de Drogas OR Cannabis OR Cocaína Crack OR Alcoolismo OR Analgésicos Opioides OR Alucinógenos OR Solventes) AND (colegio OR escuela OR Policia OR Asociación de Residentes) Drugs OR (Street Drugs OR Drug Users OR Cannabis OR Crack Cocaine OR Alcoholism OR Analgesics, Opioid OR Hallucinogens OR Solvents) AND (college OR school OR Police OR	9 228	0 0	0 0

		Residents Association)	38	0	0
Total			2129	91	29 – 5 (repetem) 24
Total Scielo + Lilacs			(206+212 9)=	(31+91)= 122	32 artigos, teses e dissertaç ões

APÊNDICE C – Quadro da revisão de literatura

	Ano	Autor	Título	Revista
1	2013	Costa, Pedro Henrique Antunes da; Mota, Daniela Cristina Belchior; Cruvinel, Erica; Paiva, Fernando Santana de; Ronzani, Telmo Mota	Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana	Rev Panam Salud Publica 33(5): 325-331, ND
2	2010	Schneider, Daniela Ribeiro	Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento	Ciênc. saúde coletiva 15(3): 687-698, ND
3	2010	Giraudó, Luis Alberto Bautista	Programas de prevención del uso indebido de drogas en ambito escolares	Dissertação
4	2009	Dimenstein, Magda	Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede	Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr
5	2009	Alves, Vânia Sampaio	Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas:	Cad. Saúde Pública 25(11):

			discursos políticos, saberes e práticas	2309-2319, ND
6	2009	Gonçalves, Alda Martins	Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família	Tese
7	2009	Sampaio, José Jackson Coelho; Hermeto, Edyr Marcelo Costa; Carneiro, Cleide	Atividades socioculturais e abandono do uso de drogas ilícitas: percepção de adolescentes usuários em estudo de caso	Rev. baiana saúde pública; 33(3)jul.-set.
8	2008	Albuquerque, Rossana Carla Rameh de.	Casas do meio do caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas	dissertação
9	2003	Tavares-de-Lima, Fernando Falabella	Prevenção ao uso de drogas: modelos utilizados na educação, suas relações e possibilidades quanto a atitudes preventivas	dissertação

APÊNDICE D – Roteiro para entrevista semiestruturada – profissionais da escola e da saúde

Idade:

Local de trabalho:

Tempo de serviço:

1. Como se deu sua inclusão no Programa de prevenção escolar ao uso abusivo de drogas?
2. O que você acha da forma como o Programa foi proposto?
3. Como você avalia sua participação na implantação do Programa?
4. Você já realizou ou realiza alguma atividade em conjunto com outros serviços da comunidade?
5. Você acha importante trabalhar em conjunto com outro serviço comunitário? Por quê?
6. Neste Programa ocorreu a aproximação da escola com outro setor da comunidade? com a UBS?
7. Como está sendo realizar as atividades do Programa sem a participação de outros setores? da UBS?
8. Como avalia a participação neste Programa da gestão municipal (da educação e da saúde) na implantação do Programa?
9. Como avalia a relação entre as duas esferas do governo - municipal e federal (na saúde e na educação) neste Programa?
10. Quais são as dificuldades encontradas no seu trabalho para a articulação com outros serviços da comunidade? E na realização deste Programa?
11. Você tem interesse em promover o trabalho conjunto com outros serviços que fazem parte da comunidade?
12. Você pensa que é possível realizar um trabalho articulado com outros serviços (setores) da comunidade? e para a realização deste Programa?
13. O que você considera que contribuiu e o que faltou na articulação para a realização deste Programa?

APÊNDICE E – Roteiro para entrevista semiestruturada – gestores da educação e saúde

- 1- Como surgiu a ideia do Programa de prevenção escolar ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas?
- 2- Como você avalia este Programa e a sua implantação?
- 3- Com quais os outros serviços ou setores você conversou para efetivar o programa?
- 4- Como ocorreu a articulação com esses setores?
- 5- Ocorreram dificuldades na implantação do programa? Se sim, quais? Se não, por quê?
- 6- Ocorreram facilidades no processo de implantação do programa?
- 7- Qual a importância de articular a educação e a saúde?
- 8- Você acha que outros setores poderiam participar? Se sim, quais?

APÊNDICE F – Roteiro para entrevista – pais participantes do projeto

Idade:

Sexo:

Quantos filhos possui:

Quantos filhos estudam na escola:

Utiliza a UBS:

Participou dos 3 encontros:

- 1- Você já conheceu ou participou de algum grupo que falasse sobre drogas? Como foi?
- 2- Como você soube da oficina sobre drogas?
- 3- O que você sabe sobre o Programa de drogas que está sendo realizado na escola?
- 4- O seu filho estudou na escola? Se sim, que comentários ele faz sobre o programa realizado na escola?
- 5- Como você avalia a didática do curso de Prevenção?
- 6- Você aprendeu algo de novo?
- 7- Como você se sentiu durante os encontros?
- 8- Você faria algo diferente?
- 9- Você tinha alguma expectativa em relação ao curso? Se sim, qual? Essa expectativa foi almejada?
- 10- Você acha que outros setores da comunidade poderiam participar de forma intersetorial? Como isso poderia acontecer?

**APÊNDICE G – Roteiro para entrevista semiestruturada –
*Unplugged***

- 1- Qual a sua função e atividades que você realiza?
- 2- Como você realiza essas atividades?
- 3- Como foi articular a educação e saúde?
- 4- Quais foram as dificuldades para realizar essa articulação?
- 5- Quais foram as facilidades para realizar essa articulação?
- 6- Como você avalia a articulação entre Saúde e a Educação?

APÊNDICE H – Termo de consentimento livre e esclarecido - entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UFSC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa que tem como título “O processo de articulação de uma rede intersetorial comunitária em relação a implantação de um Programa de prevenção ao uso abusivo de drogas em escolas municipais de Florianópolis”. A pesquisa tem como objetivo compreender o processo de articulação de uma rede intersetorial comunitária em relação ao Programa de prevenção escolar ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas.

É importante pesquisar a respeito desse assunto, pois é uma possibilidade de ter um olhar integral às pessoas usuárias de drogas. Esta pesquisa será realizada com profissionais da escola, da Equipe de Saúde da Família, gestores municipais da educação, gestores municipais da saúde, gestores federais da educação e gestores federais da saúde. A entrevista será gravada, durará no máximo uma hora e será feita num lugar onde você possa sentir-se à vontade para responder as perguntas. Depois o pesquisador fará a transcrição fiel da gravação evitando mudar o que você disser na entrevista.

Você não é obrigado (a) a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar dela ou de já ter feito a entrevista), sem ser prejudicado (a) por isso. E, possivelmente, não haverá desconforto durante a entrevista, mas caso isso ocorra, é importante que diga isso a pesquisadora para que ela possa auxiliá-lo (a).

Você poderá quando quiser pedir informações sobre a pesquisa à pesquisadora. Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos do pesquisador que constam no final deste documento.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e, quando utilizados em eventos e artigos científicos, assim como em campanhas de prevenção, a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Girlane Mayara Peres sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita, benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador Responsável Girlane Mayara Peres

Telefone para contato: (48) 84094704

Outros Pesquisadores: Tânia Grigolo

Telefone para contato: (48) 84831602

APÊNDICE I - Termo de consentimento para fotografias, vídeos e gravações



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UFSC

Eu _____
 _____ permito que os pesquisadores relacionados abaixo obtenham gravação de voz, de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do pesquisador pertinente ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa:

RG:

Endereço:

Assinatura:

Pesquisador Responsável Girlane Mayara Peres

Telefone para contato: (48) 84094704

Outros Pesquisadores: Tânia Grigolo

Telefone para contato: (48) 84831602

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS

APÊNDICE J - Termo de consentimento livre e esclarecido – grupo focal



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UFSC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa que tem como título “O processo de articulação de uma rede intersetorial comunitária em relação ao Programa de prevenção escolar ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas”. A pesquisa tem como objetivo compreender o processo de articulação de uma rede intersetorial comunitária em relação ao Programa de prevenção escolar ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas.

É importante pesquisar a respeito desse assunto, pois é uma possibilidade de ter um olhar integral às pessoas usuárias de drogas. Esta pesquisa será realizada com cinco profissionais da escola do Rio Tavares, cinco da Equipe de Saúde da Família do Rio Tavares, três gestores municipais da educação, três gestores municipais da saúde, três gestores federais da educação e três gestores federais da saúde. A entrevista será gravada, durará no máximo duas horas e será feita num lugar onde você possa sentir-se à vontade para responder as perguntas. Depois o pesquisador fará a transcrição fiel da gravação evitando mudar o que você disser na entrevista.

Você não é obrigado (a) a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar dela ou de já ter feito a entrevista), sem ser prejudicado (a) por isso. E, possivelmente, não haverá desconforto durante a entrevista, mas caso isso ocorra, é importante que diga isso a pesquisadora para que ela possa auxiliá-lo (a).

Você poderá quando quiser pedir informações sobre a pesquisa à pesquisadora. Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante

a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos do pesquisador que constam no final deste documento.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e, quando utilizados em eventos e artigos científicos, assim como em campanhas de prevenção, a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, _____, abaixo-assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Girlane Mayara Peres sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita, benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador Responsável Girlane Mayara Peres

Telefone para contato: (48) 84094704

Outros Pesquisadores: Tânia Grigolo

Telefone para contato: (48) 84831602

