

ANA PAULA DIAS PEREIRA

**FATORES ASSOCIADOS À IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE
PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NAS ESCOLAS BRASILEIRAS**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

São Paulo

2018

ANA PAULA DIAS PEREIRA

**FATORES ASSOCIADOS À IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE
PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NAS ESCOLAS BRASILEIRAS**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Zila van der Meer Sanchez

São Paulo
2018

Pereira, Ana Paula Dias

Fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras / Ana Paula Dias Pereira. - São Paulo, 2018.

xii, 132f.

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

Factors associated with the implementation of drug prevention programs in Brazilian schools

1. Programas; 2. Prevenção; 3. Drogas; 4. Saúde escolar; 5. Adolescentes; 6. Estudo transversal.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva:

Prof.^a Dr.^a Rosemarie Andreazza

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva:

Prof.^a Dr.^a Zila van der Meer Sanchez

Ana Paula Dias Pereira

**FATORES ASSOCIADOS À IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE
PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NAS ESCOLAS BRASILEIRAS**

Presidente da banca:

Prof.^a Dr.^a Zila van der Meer Sanchez

Banca Examinadora:

Titulares

Profa. Dra. Andreia de Fátima Nascimento / Professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Profa. Dra. Denise De Micheli / Professora Adjunta IV do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo.

Profa. Dra. Márcia Helena da Silva Melo Bertolla / Professora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Profa. Dra. Clarice Sandi Madruga / Professora orientadora da pós-graduação da Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo.

Suplentes

Profa. Dra. Helena Maria Medeiros Lima / Pós-Doutoranda em Educação: Psicologia da Educação na PUC/SP.

Profa. Dra. Elaine Cristina Catão / Professora do Centro Psicológico de Controle de Stress.

Este trabalho foi realizado no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Contou com o apoio financeiro do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) processo número 472991/2012-4 (auxílio à pesquisa concedido a Zila Sanchez) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior), bolsa de doutorado a Ana Paula Dias Pereira.

*“A possibilidade de realizarmos um
sonho é o que torna a vida interessante”.*

Paulo Coelho

*Dedico estas páginas aos meus
filhos, meu marido e aos meus pais.*

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho só foi possível graças à colaboração direta e indireta de muitas pessoas. Manifesto a minha estima e gratidão a todas elas.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Prof.^a Doutora **Zila van der Meer Sanchez**, que sempre foi muito mais que uma orientadora, seus incentivos e apoio foram fundamentais para realização deste estudo. Agradeço por sua dedicação em compartilhar seus conhecimentos científicos, pelo carinho e companheirismo. As suas críticas construtivas, as discussões e reflexões foram fundamentais ao longo de todo o percurso. Não posso esquecer a sua grande contribuição para o meu crescimento pessoal, desde os tempos de mestrado. Admiro demais a sua dedicação e competência profissional. Muito obrigada por tudo!

Aos meus pais **Ana** e **Antonio** por estarem sempre presentes em minha vida, me apoiando em cada escolha com muito amor e carinho.

Ao meu marido **Rodrigo Horvatti** pela paciência, compreensão e apoio em todos os momentos.

Aos meus amigos, **Adriana Sañudo**, **Claudia Carlini**, **Mariana Guedes**, **Miguel Teixeira**, **Pollyanna**, **Larissa**, **Juliana** e **Julia** pelo apoio e ajuda nos momentos que precisei e por compartilharmos juntos momentos especiais durante o período do doutorado.

Aos funcionários e professores do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP. A importância desta instituição em minha vida pessoal e profissional transcende qualquer palavra de agradecimento.

Aos participantes da pesquisa, por contribuírem com este estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio à pesquisa.

SUMÁRIO

RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO	4
1.1 Ciência da prevenção ao uso de drogas	4
1.2 Aspectos conceituais da prevenção ao uso de drogas	6
1.3 Programas de prevenção ao uso de drogas	7
1.4 Prevenção ao uso de drogas no ambiente escolar	11
1.4.1 Modelos teóricos dos programas escolares de prevenção ao uso de drogas	16
1.5 Princípios de boas práticas em prevenção ao uso de drogas	18
1.6 Uso de drogas entre escolares e práticas de prevenção ao uso de drogas no Brasil.....	22
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 Geral	29
2.2 Específicos.....	29
3 MÉTODO	30
3.1 Desenho do estudo	30
3.2 Amostragem.....	30
3.2.1 Cálculo da amostra	30
3.2.2 Sorteio da amostra.....	34
3.3 Coleta de dados	35
3.4 Instrumento	37
3.5 Crítica dos Dados.....	39
3.6 Ética	40
4 ARTIGO 1: Prevenção ao uso de drogas: fatores associados à implantação de programas nas escolas urbanas brasileiras.....	41
5 ARTIGO 2: Características dos Programas escolares de Prevenção ao Uso de Drogas no Brasil.....	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	112

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas do ensino fundamental II e ensino médio das redes pública e privada de ensino no Brasil e identificar as características e a existência de princípios de boas práticas de prevenção nestes programas. **Método:** Estudo transversal com uma amostra probabilística de 1.151 dirigentes das escolas públicas e privadas das cinco regiões brasileiras. Aplicou-se um questionário fechado, de autopreenchimento e online. Regressão logística permitiu identificar os fatores associados à implantação de programas de prevenção nas escolas e a regressão de Poisson permitiu identificar os fatores associados à programa de prevenção com maior quantidade de princípios de boas práticas. **Resultados:** 51.1% das escolas brasileiras declaram possuir um programa de prevenção ao uso de drogas. Esses programas se operacionalizam sem regularidade e com duração média de um trimestre, dirigidos principalmente aos alunos, com integração de diferentes modelos teóricos e promovidos principalmente pela Polícia Militar. Fatores associados à implantação de programas de prevenção nas escolas foram: pertencer à rede pública (OR=1,38; IC95% 1,00; 1,91); possuir biblioteca (OR=1,73; IC95% 1,28; 2,35); desenvolver atividades sobre sexualidade (OR=2,34; IC95% 1,43; 3,81); desenvolver atividades do “Programa da Saúde na Escola (OR=1,98; IC95% 1,48; 2,69); oferecer atividades extracurriculares (OR=2,00; IC95% 1,48; 2,64); possuir dirigente que participou de curso de formação na área de drogas (OR=1,97; IC95% 1,50; 2,58). As escolas privadas possuem 14% mais chance de apresentarem mais princípios de boas práticas em seus programas, quando comparadas às escolas públicas (IRR= 1,17; IC95% 1,08; 1,27). Foi observado que programas ofertados por uma equipe da própria escola ou por uma instituição da área de saúde ou pela secretaria de educação possuem maiores chances de apresentarem mais princípios de boas práticas (IRR=1,09; IC95% 1,00; 1,19 e IRR= 1,20; IC95% 1,09;1,33, respectivamente). **Conclusões:** Concluiu-se que as ações de prevenção ao uso drogas nas escolas brasileiras necessitam de aperfeiçoamento das medidas adotadas. O desenvolvimento de práticas preventivas ao uso de drogas nas escolas brasileiras poderá ser ampliado caso haja maior instrumentalização das escolas, através de formação especializada de dirigentes e professores, expansão do programa de saúde do escolar e o desenvolvimento concomitante de aspectos estruturais e curriculares das escolas.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with implementing drug use prevention programs in Brazilian public and private middle and high urban schools and existence of principles of good prevention practices in these programs. **Method:** A cross-sectional survey was conducted with a probabilistic sample of 1,151 public and private school administrators from the five Brazilian regions. A closed, self-filling online questionnaire was applied. Logistic regression analysis was used to identify factors associated with implementing drug use prevention programs in schools and Poisson regression allowed the identification of the factors associated with the prevention program with a greater amount of good practice principles. **Results:** A total of 51.1% of the Brazilian schools declared having any drug use prevention program. These programs do not occur on a regular basis and they last three months average, integrating different theoretical models in which the students are the main target, and they are mainly promoted by the Military Police. The factors associated with implementation of prevention programs in schools were: belonging to the public school network (OR = 1.38, 95% CI, 1.91); having a library (OR = 1.73, 95% CI 1.28, 2.35); development of activities targeting sexuality (OR = 2.34, 95% CI 1.43, 3.81); development of "Health at School Program" activities (OR = 1.98; 95% CI 1.48, 2.69); offering extracurricular activities (OR = 2.00, 95% CI 1.48, 2.64); and having an administrator that participated in training courses on drugs (OR = 1.97, 95% CI 1.50, 2.58). Private schools are 14% more likely to present more good practice principles in their programs compared to public schools (IRR = 1.17, 95% CI 1.08, 1.27). It was observed that programs offered by a team from the school itself or by a health institution or by the education department are more likely to present more good practice principles (IRR = 1.09, 95% CI, 1.19 and IRR = 1.20, 95% CI 1.09, 1.33, respectively). **Conclusions:** It was concluded that the actions to prevent drug use in Brazilian schools need to improve the measures adopted. The adoption of drug use prevention practices in Brazilian schools may be expanded with greater orchestration of schools through specialized training of administrators and teachers, expansion of the School Health Program and concomitant development of the schools' structural and curricular attributes.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A presente tese, intitulada de “Fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras”, apresenta os resultados de um dos subprojetos da pesquisa “Prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras: diagnóstico da situação atual e fatores associados à implantação de programas”, coordenada pela Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A referida pesquisa foi desenvolvida com a finalidade de realizar um diagnóstico das ações desenvolvidas para a prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras do ensino fundamental II e médio da rede pública e rede privada.

O consumo de drogas lícitas e ilícitas por adolescente é o principal comportamento de risco desenvolvido por esse grupo populacional. A literatura científica do campo da ciência da prevenção evidencia que a implementação de programas escolares de prevenção ao uso de drogas baseados em evidência científica é eficaz no enfrentamento dessa problemática, contribuindo para a redução da incidência e da prevalência do uso de drogas na adolescência. O contexto escolar é propício para o desenvolvimento desses programas, já que permite que as ações preventivas sejam desenvolvidas num momento anterior à média de idade de início de uso, abuso e dependência de drogas.

Enquanto existe um movimento de incitação à implantação de programas escolares para prevenção ao uso de drogas com evidências científicas, no Brasil esse tema tem sido pouco estudado, merecendo maior atenção por parte da comunidade científica e órgãos competentes. Ressalta-se que não há dados científicos sobre a prevalência da implementação desses programas nas escolas brasileiras. Além disso,

não há dados sobre as características dos programas de prevenção ao uso de drogas, técnicas e atividades utilizadas, abrangência nas diversas faixas etárias, qualidade da preparação dos profissionais envolvidos e teorias que direcionam o programa.

Portanto, é de extrema importância para o avanço da ciência da prevenção no Brasil identificar os fatores associados e as barreiras para a implantação de programas de prevenção ao uso de drogas. Somando-se a isso, conhecer as características dos programas de prevenção ao uso de drogas e identificar se os programas e atividades utilizadas são embasados em evidências científicas, de modo que se possa adequar os esforços governamentais e não governamentais que favoreçam a implantação desses programas no Brasil.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi o de identificar fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas do ensino fundamental II (do 6º a 9º ano) e ensino médio (1º a 3º ano) das redes pública e privada de ensino.

A presente tese foi estruturada de acordo com as orientações do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo, para tese em “formato alternativo”, ou seja, apresentando os artigos resultantes do projeto de tese de doutorado publicados ou submetidos à publicação em periódicos da área de saúde coletiva. Para tanto, dividiu-se a tese em: Introdução, Objetivos, Método, Artigos, Considerações Finais, Referências Bibliográficas e Anexos.

O primeiro artigo, “Fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras”, submetido em abril de 2017 na revista BMC Public Health, indexada no Pubmed, teve como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à implantação dos referidos programas nas

escolas do ensino fundamental II (do 6º a 9º ano) e ensino médio (1º a 3º ano) das redes pública e privada de ensino.

O segundo artigo, “Características dos Programas escolares de Prevenção ao Uso de Drogas no Brasil”, foi submetido à publicação em outubro de 2017 na revista Brasileira de Epidemiologia, indexada no PubMed, e encontra-se em fase de análise. Tendo como objetivo compreender identificar as características dos programas de prevenção ao uso de drogas desenvolvidos nas escolas brasileiras e verificar a existência de princípios de boas práticas de prevenção nesses programas.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Ciência da prevenção ao uso de drogas

A ciência da prevenção é um campo interdisciplinar relativamente novo. Baseado nas contribuições de várias ciências (Iglesias, 2002), auxilia para que os pesquisadores e profissionais da área de prevenção promovam a disseminação de intervenções eficazes e desenvolvam métodos avançados e eficientes para a avaliação das intervenções preventivas (Cordova *et al.*, 2014; Harrop e Catalano, 2016).

A epidemiologia, em particular, desempenha um papel importante na ciência da prevenção ao auxiliar na identificação de população-alvo, períodos vulneráveis do ciclo de vida, distribuição da doença, fatores etiológicos de risco e proteção. Além disso, auxilia no desenvolvimento de programas e oferece desenhos de estudos experimentais para avaliar a eficácia e efetividade destes programas (Cordova *et al.*, 2014).

A etiologia é um braço específico da epidemiologia e estuda as causas e/ou origens das doenças ou transtornos, ou seja, refere-se ao estudo de fatores que contribuem para a ocorrência de doença ou transtorno (Scheier, 2010). Compreender os fatores causais que levam à exposição, iniciação, progressão e manutenção de uma determinada doença ou transtorno é fundamental para o desenvolvimento de intervenções preventivas eficazes (Robertson *et al.*, 2015).

A ciência da prevenção desenvolve pesquisas de intervenções preventivas baseadas em evidências científicas. Dessa maneira, demonstra que quando as intervenções são cuidadosamente implementadas podem prevenir problemas de

saúde, promover o desenvolvimento positivo e saudável dos indivíduos e alcançar benefícios econômicos (Cordova *et al.*, 2014). Assim, a ciência da prevenção visa promover a saúde e o bem-estar da população por meio de modelos teóricos adequados para o desenvolvimento de intervenções para prevenir ou amenizar os fatores de riscos e promover comportamentos saudáveis. Por tudo isso, é capaz de promover um impacto na saúde pública (Catalano *et al.*, 2012).

Ao longo dos últimos 30 anos, muitos progressos foram feitos no campo da ciência da prevenção do uso e abuso de drogas (Sloboda *et al.*, 2008). Importantes publicações da década de 90 (Pentz *et al.*, 1989; Tobler, 1992; Botvin *et al.*, 1995) deram origem a esse progresso. Desde então, avanços na pesquisa de prevenção ao uso de drogas têm proporcionado compreensão dos fatores de risco e de proteção relacionados ao seu uso, identificação dos modelos teóricos e construção de políticas e programas que mostraram a curto e a longo prazo efeitos significativos na prevenção ao uso de drogas (Iglesias, 2002; Catalano *et al.*, 2012).

O avanço da ciência da prevenção ao uso de drogas, como toda ciência, teve início nos países desenvolvidos. Nos países de renda baixa e média, as condições econômicas têm atrasado esse avanço. No entanto, a base de pesquisa dos países desenvolvidos começou a ser aplicada recentemente nos países de baixa e média renda por meio da tradução das abordagens existentes, avaliadas em estudos de efetividade desenvolvidos nos Estados Unidos e Europa (Catalano *et al.*, 2012).

Apesar do progresso na ciência da prevenção, ainda existem algumas lacunas e limitações neste campo de conhecimento. É necessário que exista mais replicação de estudos por avaliadores independentes, melhor compreensão e mensuração das variáveis de processo e implementação dos programas, além de maior atenção aos mecanismos e processos de mediação que contabilizam resultados de

acompanhamento a longo prazo (Pentz, 2003; Pentz, 2004; Harrop e Catalano, 2016). Segundo o Escritório das Nações Unidas (UNODC, 2013), existe uma necessidade emergente de apoio às pesquisas no campo da prevenção do uso de drogas em países de renda baixa e média para a base de conhecimento global.

1.2 Aspectos conceituais da prevenção ao uso de drogas

A valorização da prevenção como principal estratégia de intervenção ao uso de drogas foi acompanhada de mudanças no próprio conceito de prevenção. Na década de 50, Leavell e Clark (1958) classificaram a prevenção como primária, secundária e terciária. Esta classificação sugere uma tipologia direcionada para evitar a ocorrência de doenças, com base na sequência de prevenir, curar e reabilitar (Iglesias, 2002). No âmbito da prevenção ao consumo de drogas, a **prevenção primária** é realizada com o objetivo de evitar a experimentação inicial de drogas e é destinada a indivíduos que nunca experimentaram drogas lícitas ou ilícitas. A **prevenção secundária** tem como objetivo atingir os sujeitos que já experimentaram e que fazem um uso ocasional de drogas, para evitar que esse uso se torne abusivo e problemático, com possível evolução para a dependência química. A **prevenção terciária** é destinada aos usuários que já apresentam uso problemático e, neste caso, a intervenção preventiva é a indicação de tratamento por profissionais especializados para redução dos danos associados ao abuso (Leavell e Clark, 1958). Mais recentemente, o *Institute of Medicine* propôs uma nova tipologia de prevenção, na qual a intervenção preventiva é organizada com base na população que se pretende alcançar e nos grupos de riscos; e se diferencia entre universal, seletiva e indicada (Sloboda *et al.*, 2004; O'connell *et al.*, 2009).

A **prevenção universal** é dirigida à população em geral, sem qualquer estratificação por fatores de risco. Um exemplo é um programa desenvolvido no ambiente escolar com intervenções destinadas a todos os alunos de um determinado ano escolar, sem a intenção de selecionar os alunos mais vulneráveis ao uso de drogas, todos possuem a mesma chance de participar do programa. A **prevenção seletiva** é a ação voltada para subgrupos da população com maior risco ao início e à persistência no consumo de drogas. A **prevenção indicada** engloba intervenções voltadas para indivíduos identificados como usuários de algum tipo de droga, ou com comportamentos de risco relacionados direta ou indiretamente ao uso de drogas (Foxcroft, 2014).

1.3 Programas de prevenção ao uso de drogas

Programas de prevenção ao uso de drogas têm como objetivo evitar ou retardar o início do uso e diminuir a gravidade e a intensidade das consequências decorrentes do abuso (Campos; Figlie, 2011). Vale ressaltar que não é qualquer atividade isolada que aborde o tema das drogas que pode ser considerada como um programa de prevenção. Para Royse *et al.* (2015), um programa é um conjunto de atividades planejadas e sistemáticas que são desenvolvidas para alcançar um determinado objetivo. Assim, elaborar um programa de prevenção é realizar um planejamento que contém um conjunto de atividades coordenadas e previstas para serem realizadas em um tempo determinado e com objetivos bem definidos (Sudbrack; Seidl e Costa, 2014).

Como caracteriza a UNODC (2013), a prevenção ao uso de drogas abrange o desenvolvimento seguro e saudável de crianças e adolescentes, proporcionando o

desenvolvimento de seus talentos e potencias para contribuir de forma positiva nas atividades sociais. Assim, a prevenção ao uso de drogas é um processo ativo de implementação de ações que têm como finalidade modificar e melhorar a formação e a qualidade de vida dos indivíduos e promover a resistência individual e social contra o uso de drogas.

No entanto, de acordo com o contexto em que os indivíduos estão inseridos, os programas podem assumir configurações diferentes. Por esse motivo existe uma grande variedade de programas de prevenção ao uso de drogas sendo desenvolvidos por pesquisadores de diversos países (Griffin e Botvin, 2010; Horta *et al.*, 2014). É consenso na literatura científica que a compreensão dos fatores de risco que estão associados ao consumo de drogas permite aos pesquisadores e profissionais da área da prevenção realizarem ações adequadamente planejadas, especialmente em crianças e adolescentes, e também que priorizem o fortalecimento de fatores protetores (Sartes *et al.*, 2014).

Nos últimos anos tem havido um progresso no campo da ciência da prevenção sobre o conhecimento dos fatores de risco e proteção contra o uso de drogas. Com eles, é possível implementar programas mais específicos e adequados ao grupo de risco do qual os indivíduos-alvo do programa fazem parte (Sloboda; Glantz; Tarter, 2012). Um programa de prevenção ao uso de drogas deve enfatizar a redução dos fatores de riscos e ampliar os fatores de proteção nos principais domínios da prevenção: interpessoais ou individuais, familiares e sociais (Sanchez, 2014).

Os fatores de risco caracterizam-se por condições que aumentam a chance do uso de drogas, e os fatores de proteção são definidos como características que reduzem a chance deste uso ocorrer (Schenker; Minayo, 2005). No entanto, um indivíduo não inicia o consumo de drogas motivado por apenas um fator isolado de

forma linear e direta, mas sim por uma série de fatores interligados. É da combinação entre fatores de risco e proteção que pode resultar uma maior resiliência ou vulnerabilidade em relação ao comportamento do uso e abuso de drogas (Stead *et al.*, 2007).

Os fatores de risco, entretanto, assumem valores diferentes, que dependem dos traços de personalidade, da fase de desenvolvimento, e dos contextos em que o indivíduo está inserido, podendo influenciar o uso e abuso de drogas de diversas maneiras (Robertson *et al.*, 2003). A presença de fortes fatores de proteção pode reduzir a influência dos fatores de risco (Iglesias, 2002). Desta forma, a prevenção tem a função de balancear os fatores de risco e a proteção, de modo que os fatores de proteção inibam os fatores de risco (Sloboda, 2015).

A literatura científica apresenta vários fatores de risco e proteção sobre o uso de drogas. Os principais estão agrupados nos domínios individual, familiar e social (Sloboda; Glantz; Tarter, 2012; Schenker; Minayo, 2005), como ilustrado a seguir, no **Quadro 1**.

Quadro 1. Fatores de risco e proteção sobre o uso de drogas nos domínios individual, familiar e social.

Domínios	Fatores de risco	Fatores de proteção
Individual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Predisposição genética; ✓ Sintomas depressivos; ✓ Transtorno de conduta; ✓ Falta de autocontrole; ✓ Alienação ou rebeldia; ✓ Baixa autoestima; ✓ Atitudes positivas em relação ao uso de drogas; ✓ Uso precoce de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Habilidades sociais; ✓ Habilidades para resolver problemas; ✓ Bom temperamento / estabilidade emocional; ✓ Evitar situações de perigo; ✓ Boa autoestima.
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Histórico familiar de consumo de drogas ou doenças mentais; ✓ Carência de vínculo com a mãe; ✓ Carência de monitoramento familiar; ✓ Conflitos familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relação calorosa com a mãe; ✓ Bom gerenciamento familiar; ✓ Bons modelos parentais; ✓ Estrutura familiar recompensadora; ✓ Envolvimento parental de qualidade com as atividades da criança/adolescente; ✓ Regras parentais claras relacionadas ao uso de drogas.
Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rejeição dos colegas; ✓ Privação econômica e social; ✓ Disponibilidade de drogas; ✓ Escasso vínculo com a vizinhança/comunidade desorganizada; ✓ Normas comunitárias favoráveis ao consumo de drogas; ✓ Baixo rendimento escolar; ✓ Fraca ligação com a escola; ✓ Associação com colegas usuários de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizações acadêmicas; ✓ Envolvimento em atividades comunitárias e sociais; ✓ Limitação nas possibilidades de acesso a drogas; ✓ Fortes vínculos escolares; ✓ Fortes vínculos com colegas.

Fonte: Sloboda; Glantz; Tarter, 2012; Schenker; Minayo, 2005.

1.4 Prevenção ao uso de drogas no ambiente escolar

Pesquisadores e profissionais do campo da ciência da prevenção consideram o ambiente escolar propício para a realização de ações preventivas visto que é um acesso diário às crianças e adolescentes, sendo possível alcançar um número maior de indivíduos em fase de risco para o uso de drogas (Sloboda; Bukoski, 2003; Cossu *et al.*, 2015).

A escola oferece, além da educação formal, um espaço de construção e consolidação de vínculos entre alunos e professores (Forster *et al.*, 2015) e de desenvolvimento cognitivo, social e emocional dos alunos (Yule e Prince, 2012). A função educacional da escola proporciona a construção de conhecimentos concebidos pelo confronto dos inúmeros saberes existentes nos conhecimentos científicos das disciplinas, nas crenças e valores próprios dos alunos e seus familiares, nos meios de comunicação, além daqueles trazidos pelos professores através de sua experiência (Brasil, 2009).

O ambiente escolar é um importante espaço de transição entre o mundo da casa e o mundo mais amplo. É na escola que se inicia a vida em sociedade, sendo este o ambiente em que o aluno vivencia as primeiras experiências de vida comunitária longe da família (Sudbrack; Conceição; Ramos, 2014). Cabe à escola oferecer um espaço de participação, realização e criação, além de situações instigantes, como parte de seu processo educativo, que respondam às necessidades e motivações dos alunos (Albertani, 2014).

Programas escolares de prevenção ao uso de drogas contribuem para o fortalecimento de escolhas positivas para a saúde através de ações que promovem relações sociais de cooperação e habilidades sociais e psicológicas (Hopfer *et al.*,

2010). Portanto, prevenção não significa negar, proibir ou autorizar o consumo de drogas, mas oferecer condições para a tomada de decisões responsáveis e conscientes (Albertani; Sodelli, 2014), sendo a escola um espaço privilegiado para a participação efetiva dos alunos no processo de reflexão acerca do consumo de drogas (Paiva e Costa, 2014). A capacidade de tomada de decisão de maneira responsável no que se refere ao consumo de drogas não é uma condição natural, ela se constrói por meio do processo educativo (Albertani; Sodelli, 2014). Além disso, há evidências de que os programas de prevenção podem melhorar os resultados acadêmicos (Ringwalt *et al.*, 2011; Snyder e Howard, 2015), bem como reduzir outros comportamentos de risco à saúde (Hale *et al.*, 2014).

Existem potencialmente três períodos da adolescência em que as intervenções preventivas podem propiciar melhores resultados: primeiro, quando as intervenções são realizadas antes da experimentação inicial de alguma droga. O segundo compreende o período em que a maioria dos adolescentes começa a vivenciar as exposições às drogas, e o terceiro e último, quando aumenta a prevalência do uso de drogas e ocorre uma mudança no padrão de consumo (McBride, 2003). Estudos sugerem que para o desenvolvimento de programas efetivos na redução da incidência e prevalência as ações precisam acompanhar o desenvolvimento dos adolescentes implementando estratégias de intervenção contínuas. As ações de prevenção no ambiente escolar que são desenvolvidas de modo pontual e descontinuado contribuem para a baixa adesão dos alunos e não apresentam resultados positivos na prevenção ao uso de drogas (Rohrbach *et al.*, 2005; Lennox; Cecchini, 2008; Sloboda *et al.*, 2008; Midford, 2010). Assim, na implementação de ações preventivas é importante considerar a fase de desenvolvimento dos alunos, visto que as diferentes

fases apresentam diversas possibilidades e oportunidades para a prevenção do uso de drogas (Onrust *et al.*, 2016).

Para Albertani e Sodelli (2014), o mais adequado e efetivo para prevenir o uso de drogas no ambiente escolar é inserir o tema no Projeto Político Pedagógico como parte do processo educacional. O Projeto Político Pedagógico é um instrumento de trabalho de cada instituição de ensino para orientar as atividades educacionais durante o ano letivo. Em linhas gerais, o Projeto Político Pedagógico é um documento formal que determina quais os objetivos da escola, apresenta como os conteúdos serão ensinados no ano letivo, quais competências a escola deve desenvolver nos alunos e como pretende alcançar os objetivos. Além disso, adequa as diretrizes da educação nacional com a realidade da escola, considerando a realidade social, cultural e econômica do local onde está inserida (Veiga, 2001).

De acordo com Meyer (2004), a integração do programa ao currículo da escola é um dos princípios fundamentais para a educação escolar sobre drogas, principalmente quando o programa está inserido de forma clara e ampla, respeitando os estágios de desenvolvimento dos alunos.

No entanto, a inclusão do programa de prevenção ao uso de drogas no currículo da escola ainda é um desafio no contexto escolar devido à falta de formação dos profissionais da educação (Moreira *et al.*, 2015). Alguns dirigentes escolares consideram que os profissionais que atuam na escola não têm a formação adequada para tratar o assunto de drogas na sala de aula e consideram mais adequado recorrer a profissionais ou instituições/ONGs especializadas para desenvolver o tema através de palestras e desenvolvimento de projetos, de maneira desassociada das demais atividades curriculares (Araújo, 2003).

De acordo com Jacobina *et al.* (2014), o projeto pedagógico de uma escola é o resultado da interação entre os objetivos e as prioridades definidas pela comunidade escolar que direcionam as ações essenciais para a construção de uma nova realidade. É um processo que demanda comprometimento e envolvimento dos representantes dos diferentes segmentos da escola: diretores, coordenadores pedagógicos, professores, funcionários, alunos, familiares e a comunidade como um todo. Na construção de um projeto a utilização de teorias sólidas requer o aperfeiçoamento e a formação dos profissionais da escola. Assim, será possível romper as resistências em relação às novas práticas educativas e atrair os profissionais para assumir de forma comprometida e responsável currículos inovadores, que possam incluir um programa de prevenção ao uso de drogas.

Estudos evidenciam que os dirigentes escolares, diretores e coordenadores pedagógicos são os principais tomadores de decisão no que diz respeito à adoção de um programa de prevenção ao uso de drogas (Fagen; Flay, 2009; Little *et al.*, 2015). Cursos de formação em prevenção ao uso de drogas são de extrema importância tanto para os dirigentes escolares quanto para os professores que desenvolvem as atividades com os alunos (Moreira *et al.*, 2015). No entanto, Placco *et al.* (2012) recomendam que a formação dos dirigentes deve proporcionar o desenvolvimento de competências diferentes dos professores, cuja especificidade é o ensinar, contribuindo para a constituição de profissionais abertos à mudança, ao novo e à própria aprendizagem. Assim, deve torná-los capazes de desenvolverem programas de prevenção com base em evidência científica e oferecer apoio organizacional para a prática das estratégias preventivas na escola (Greenberg, 2010).

Já a formação dos professores faz-se necessária para oferecer apoio, segurança e confiança na capacidade de implementar um programa de prevenção ao

uso de drogas, o que exige habilidades interativas e práticas de gestão em sala de aula com as quais muitos professores não estão familiarizados (Sy; Glanz, 2008; Ringwalt *et al.*, 2010).

Segundo Little *et al.* (2015), enquanto as escolas oferecem uma enorme oportunidade de alcançar os indivíduos ao longo do desenvolvimento da adolescência em ambientes bem controlados, fatores contextuais únicos incorporados à estrutura da escola podem impedir a implementação de um programa de prevenção ao uso de drogas. As escolas tendem a ser sobrecarregadas de reuniões, prioridades acadêmicas e políticas. Além disso, muitas escolas dispõem de pouco recurso financeiro para investir em formação e material para o desenvolvimento de um programa de prevenção ao uso de drogas (Pereira; Paes; Sanchez, 2016).

Moreira *et al.* (2015) desenvolveram um estudo qualitativo com 25 professores do Ensino Fundamental II de escolas municipais da cidade de São Paulo. Os resultados deste estudo permitiram identificar fatores que dificultam que a escola e seus educadores desenvolvam ações de prevenção ao uso de drogas e promoção de saúde no contexto escolar. A presença de representações sociais que relacionam linearmente o consumo de drogas à violência, gerando sentimentos de medo e insegurança nos professores. A responsabilização de outras instituições pela prevenção, diversas demandas do sistema público de ensino, dificuldade integração da família nas ações preventivas, pouco tempo de existência de políticas públicas pautadas pela parceria entre os setores de saúde e educação, pouco conhecimentos científicos sobre drogas e carência de vivências práticas de ações preventivas no contexto escolar.

1.4.1 Modelos teóricos dos programas escolares de prevenção ao uso de drogas

Grande parte do debate científico sobre o que constitui um programa escolar efetivo de prevenção ao uso de drogas gira em torno dos modelos teóricos que são a base para o planejamento das atividades do programa (Hansen *et al.*, 2007).

Na década de 90, as ações preventivas ao uso de drogas desenvolvidas nas escolas eram embasadas em oito modelos: (1) Modelo do amedrontamento: oferece informações que enfatizam as consequências negativas do consumo de drogas lícitas e ilícitas; (2) Modelo do conhecimento científico: oferece informações sobre drogas de modo imparcial e científico para que os adolescentes possam tomar decisões racionais e fundamentadas nos dados científicos sobre as drogas; (3) Modelo de educação afetiva: estimula e valoriza a autoestima, a capacidade de lidar com a ansiedade, a habilidade de decisão e relacionamento com o grupo; (4) Modelo de estilo de vida saudável: educa para uma vida de hábitos saudáveis, educação alimentar, educação sexual, estímulo para a prática de atividades físicas, uso adequado de remédios e segurança no trânsito (escolha correta de quem dirigirá o carro em um passeio de grupo); (5) Modelo da pressão positiva do grupo: identifica, dentro do grupo de adolescentes, os líderes naturais para desenvolver ações preventivas; (6) Oferecimento de alternativas: desenvolvimento de atividades alternativas, esportivas, artísticas e culturais, com o objetivo de proporcionar prazer e crescimento pessoal no ambiente escolar (Carlini-Cotrim; Rosemberg, 1990); (7) Modelo de redução de oferta: visa a redução da disponibilidade de drogas através de políticas públicas e políticas internas de alguns estabelecimentos; (8) Modelo de

treinamento para resistir: ensina os adolescentes a resistirem frente à oferta de drogas (Moreira *et al.*, 2006).

No entanto, alguns estudos de revisão sistemática e de meta-análise sobre os resultados de programas escolares de prevenção ao uso de drogas mostraram que programas com bases nestes modelos, principalmente quando aplicados de forma isolada, apresentaram baixa evidência científica na redução da prevalência e incidência do consumo de drogas (Faggiano *et al.*, 2008a; Foxcroft; Tsertsvadze, 2011; Espada *et al.*, 2015; Das *et al.*, 2016).

Estudos recentes indicam que os programas baseados numa abordagem de influência social têm mais probabilidade de serem eficazes. Os modelos contemporâneos à prevenção do uso de álcool e outras drogas oferecidas nas escolas desenvolvem o treinamento de habilidades de resistência social, reforçam as competências pessoais e interpessoais através de técnicas interativas e educação normativa (Faggiano *et al.*, 2008b; Giannotta *et al.*, 2014; Guo *et al.*, 2015).

Griffin e Botvin (2010) apresentam três abordagens contemporâneas baseadas em evidências para a prevenção ao abuso de drogas na escola. A primeira é a abordagem de resistência social, cujas intervenções são projetadas com o objetivo de aumentar a conscientização dos estudantes sobre as diversas influências sociais que contribuem para o uso de drogas e ensinar-lhes habilidades específicas para resistir às pressões sociais, influência de amigos, adultos e meios de comunicação, para o consumo de drogas. No caso da educação normativa, as intervenções incluem conteúdos e atividades para corrigir percepções errôneas sobre o consumo de drogas entre estudantes. A premissa dessa abordagem é educar os jovens sobre a prevalência real do uso e sobre a percepção a respeito da aceitação social do uso de drogas. As intervenções baseadas em habilidades pessoais e sociais desenvolvem

amplo conjunto de competências pessoais e sociais através do treinamento de habilidades para a vida: a) resolução de problemas e habilidades de tomada de decisão; b) habilidades cognitivas para resistir a influências interpessoais ou da mídia; c) habilidades para aumentar o autocontrole e a autoestima; d) estratégias de enfrentamento para aliviar o stress e a ansiedade através do uso de habilidades de enfrentamento ou técnicas de relaxamento comportamentais; e) habilidades sociais e habilidades assertivas.

Em geral, os programas preventivos que integram mais de um modelo de prevenção são mais eficazes na prevenção ao uso de drogas do que aqueles baseados apenas em um único modelo (Das *et al.*, 2016).

1.5 Princípios de boas práticas em prevenção ao uso de drogas

Os estudos do campo da prevenção do uso de drogas reforçam a necessidade da implantação de programas preventivos baseados em evidências científicas. Atualmente, a literatura científica dispõe de informações sobre programas de prevenção que são efetivos na redução da incidência e prevalência do consumo de drogas (LeNoue; Riggs, 2016). Contudo, a literatura científica evidencia também que alguns programas são iatrogênicos, ou seja, que estimulam o uso de drogas (Werch e Owen, 2002).

Segundo Rohrbach *et al.* (2005), um programa de prevenção escolar nem sempre se alicerça em evidências da eficácia do programa, mas em ações intuitivas dos profissionais das escolas. Porém, para reduzir a chance de resultados iatrogênicos é fundamental que as ações de prevenção ao uso de drogas sejam pautadas em evidências científicas (Petersen *et al.*, 2016).

Ishaak *et al.* (2014) definem a evidência científica, neste contexto específico, como sendo quando as estratégias, procedimentos e métodos utilizados no programa foram cuidadosamente validados e padronizados em condições de pesquisa e apresentaram resultados positivos em relação à mudança de comportamento sobre o uso de drogas.

No entanto, a prática de oferecer programas baseados em evidência é um desafio para os cientistas e profissionais do campo da ciência da prevenção em diversos países (Domitrovich *et al.*, 2008; Velasco *et al.*, 2017). Estudos realizados nos Estados Unidos, país com alta prevalência em programas de prevenção ao uso de drogas, mostraram que metade das escolas oferece programas baseados em evidências (Hallfors; Godette, 2002; Ringwalt *et al.*, 2004; Rohrbach *et al.*, 2005).

Nos últimos anos, pesquisadores e importantes instituições do campo da ciência da prevenção começaram a identificar as características de programas de prevenção associados a resultados positivos (Midford *et al.*, 2002; NIDA, 2003; Meyer, 2004; Peters *et al.*, 2009; Thom, 2017). Essas características são denominadas "princípios de boas práticas", ou seja, um conjunto de diretrizes com base na prática efetiva da prevenção escolar ao uso de drogas (Bond; Hauf, 2004).

Os princípios de boas práticas fornecem uma estrutura de diretrizes para apoiar a prática eficaz nas intervenções preventivas sobre drogas dentro das escolas. Assim sendo, eles são destinados a orientar os dirigentes, professores e funcionários, bem como outras partes interessadas, na tomada de decisões relacionadas à prática da prevenção ao uso de drogas de acordo com a necessidade de cada comunidade escolar (Meyer, 2004). Enfim, esses princípios podem ajudar os profissionais de prevenção ao uso de drogas a selecionar, modificar, ou criar programas

mais eficazes, por estarem alicerçados em componentes comuns em programas efetivos ou eficazes (Nation *et al.*, 2003).

Além disso, o padrão definido através de pesquisas que apresentam as principais características associadas à boa prática em prevenção pode ser utilizado pelo profissional do campo de prevenção como uma lista de verificação para garantir que todos os aspectos do trabalho de prevenção de alta qualidade tenham sido considerados no programa (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011) e também para permitir melhorias contínuas ao longo do tempo e institucionalizar o campo da ciência da prevenção no nível de prática (Campello *et al.*, 2014).

Com o propósito de orientar o desenvolvimento de uma prática eficaz na prevenção do abuso de drogas, o National Institute on Drug Abuse – Instituto Nacional sobre o Abuso de Drogas (2003), principal instituto na área de drogas, sugere quinze princípios de boas práticas que devem ser considerados na elaboração de um programa de prevenção, como ilustrado a seguir, no **Quadro 2**.

Quadro 2. Princípios de boas práticas de prevenção do National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2003).

<i>Princípios de Boas Práticas de Prevenção</i>	
1	Aumentar os fatores de proteção e reduzir os fatores de risco.
2	Trabalhar todas as formas de abuso de drogas, individualmente ou em combinação, incluindo as drogas lícitas, as drogas ilícitas e o uso indevido de medicamentos.
3	Abordar o tipo de problema de abuso de drogas da comunidade, identificar fatores de risco modificáveis e fortalecer os fatores de proteção identificados.
4	Adaptar as estratégias para abordar os riscos específicos da idade e das características do grupo de alunos.
5	Incluir a participação da família.
6	Envolver a comunidade.
7	Ser projetados para intervir desde a infância para lidar com agressividade, habilidades sociais e dificuldades acadêmicas.

8	No Ensino Fundamental incluir abordagens para treinamento de habilidades, tais como: autocontrole, reconhecimento das emoções, comunicação, resolução de problemas sociais e apoio acadêmico.
9	No Ensino Médio deve-se incluir estratégias de suporte acadêmico, hábitos de estudo, comunicação, relacionamento com os pares, autoeficácia e assertividade, habilidades para a resistência à oferta de drogas e reforço de atitudes antidrogas.
10	Reforçar os programas em momentos de transição escolar.
11	Combinar mais de um modelo de prevenção.
12	Basear-se em programa com eficácia comprovada cientificamente.
13	Ser contínuo e de longo prazo, atingindo os diversos momentos de desenvolvimento dos alunos.
14	Incluir treinamento de professores para saber lidar com os alunos em sala de aula.
15	Utilizar técnicas interativas de atividades, tais como workshops, roda de discussão, dramatização e dinâmicas de grupo.

Fonte: NIDA, 2003.

Small, Cooney e O'Connor (2009), com base na literatura científica sobre as características dos programas de prevenção ao uso de drogas que apresentaram resultados positivos, organizaram os princípios de boas práticas em categorias, considerando as etapas para implementação de um programa de prevenção, desde o planejamento até a avaliação do programa. Na primeira categoria, que trata do desenho e conteúdo do programa, recomenda-se a utilização de um modelo teórico para o planejamento das atividades, adequar a dosagem do programa às necessidades e características da população-alvo, abordar os fatores de risco e proteção incluindo a participação da família e da comunidade e utilizar técnicas interativas. Na segunda categoria, que trata da relevância do programa, o programa deve ser adequado à fase de desenvolvimento dos alunos e o conteúdo deve ser apropriado e relevante à realidade social e cultural em que os alunos estão inseridos. Na terceira categoria, implementação do programa, faz-se necessário o apoio institucional, o treinamento dos profissionais para desenvolvimento das atividades e a

promoção de boas relações entre os membros da equipe de implementação do programa. Na quarta categoria, avaliação de programas e garantia de qualidade, sugere-se a utilização de materiais e procedimentos padronizados que facilitam a implementação através de diretrizes claras, maior monitoramento das ações, menor desvio do que foi planejado no programa e comprometimento da equipe com o acompanhamento e avaliação do programa.

Mediante o exposto, programas de prevenção ao uso de drogas que seguem boa parte dos princípios de boas práticas são mais propensos a apresentarem resultados positivos, pois as ações desenvolvidas têm por base características de evidências científicas de sucesso. (Sloboda *et al.*, 2008; Sanchez, 2016).

1.6 Uso de drogas entre escolares e práticas de prevenção ao uso de drogas no Brasil

No Brasil, o consumo de drogas tem sido identificado como o principal comportamento de risco entre adolescentes (Madruga *et al.*, 2012). O início do consumo de álcool e outras drogas ocorre na adolescência, entre os 13 e 14 anos de idade (Malta *et al.* 2011). O levantamento epidemiológico de base populacional realizado com mais de 50 mil estudantes do Ensino Fundamental II e Médio, com idades entre 10 a 19 anos, em 27 capitais brasileiras, mostrou que 60,5% relataram consumo de álcool na vida, 25,5% de drogas ilícitas e 16,9% de tabaco (Carlini *et al.*, 2010).

Além deste levantamento, o último estudo nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), com amostra de 102.072 estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental, mostrou que, em relação ao consumo na vida, 55,5% já havia consumido bebidas

alcoólicas, 21,4% relataram algum episódio de embriaguez, 18,4% consumiram tabaco e 9% drogas ilícitas (Brasil, 2016).

Inquestionavelmente, a prevalência de uso de drogas lícitas e ilícitas entre os estudantes brasileiros sinaliza a relevância e a oportunidade para as escolas estabelecerem ações de prevenção ao uso de drogas (Horta *et al.*, 2014). O Censo Escolar de Educação Básica de 2016 mostrou que 12.242.897 alunos estão matriculados nas escolas de Ensino Fundamental II, e 8.131.988 alunos estão matriculados nas escolas de Ensino Médio (INEP, 2017).

Logo, as escolas brasileiras estão em posição privilegiada para promover e manter programas de prevenção ao uso de drogas, visto que podem atingir um número significativo de adolescentes (Simões *et al.*, 2014). Quando o consumo de drogas acontece na adolescência pode tornar-se um comportamento que leva a uma progressão do abuso e dependência e conseqüente desenvolvimento de transtornos associados ao uso, alterações neurobiológicas e outros problemas de saúde e sociais (Bava e Tapert, 2010; Sloboda, 2014; Barry *et al.*, 2016), entre eles o início precoce da atividade sexual (Miller *et al.*, 2007), distúrbios físicos e mentais, desemprego, acidentes, suicídio e violência (Guo *et al.*, 2015). A intervenção na adolescência é, portanto, fundamental para diminuir significativamente a chance do indivíduo desenvolver dependência química na idade adulta, além de reduzir as despesas da saúde pública que são decorrentes das conseqüências do abuso de álcool e outras drogas (Iglesias, 2002).

Um estudo recente com 41 profissionais de escolas brasileiras, que teve como objetivo caracterizar os programas de prevenção ao uso de drogas existentes nas escolas públicas e privadas de ensino fundamental e médio, mostrou que parte do que os dirigentes relataram como programa de prevenção eram, na verdade, atividades

preventivas isoladas e pontuais, como, por exemplo, palestras, aulas, seminários, atividades lúdicas e visitas técnicas a clínicas de reabilitação. O estudo mostrou também alta prevalência do Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD) e baixa prevalência de programas baseados em evidências científicas (Neto, 2016).

O PROERD, programa oferecido pela Polícia Militar de diferentes estados, tem por base o Programa *Drug Abuse Resistance Education* (DARE), desenvolvido nos Estados Unidos (Shamblen *et al.*, 2014). O programa visa reduzir a violência e o consumo de drogas entre os alunos do Ensino Fundamental através de informações sobre drogas para auxiliá-los nas tomadas de decisões saudáveis. Nos estudos realizados nos Estados Unidos o currículo do DARE não evidenciou eficácia na redução do consumo de drogas (Pan; Bai, 2009; Lynam *et al.*, 1999). Em São Paulo, o currículo foi avaliado no ano de 2007 e evidenciou ser neutro, ou seja, não apresentou diferenças estatísticas entre os grupos controle e intervenção (Shamblen *et al.*, 2014). Porém, não há estudos de avaliação de efetividade do novo currículo, *Keepin' it REAL* intitulado no Brasil como "Caindo na Real", adotado em 2014 pela equipe da Polícia Militar responsável pela implementação do PROERD, em parceria com o DARE. O programa *Caindo na Real* é baseado na teoria de aprendizagem socioemocional, desenvolvido em 10 aulas por polícias estaduais, para alunos de 5º e 7º ano do ensino fundamental II, utilizando-se de materiais didáticos e conteúdos específicos para cada faixa etária (PROERD, 2013; PROERD, 2015). O objetivo do programa é desenvolver habilidades de vida essenciais para o aprimoramento emocional e relacional dos alunos, visando a promoção de saúde. São trabalhadas habilidades de tomada de decisão, comunicação interpessoal, relacionamentos,

técnicas de resistência e informações sobre drogas e bullying (Harthun et al., 2009; Gosin, Marsiglia & Hecht, 2003).

Além dos esforços dos Governos Estaduais, responsáveis pela disseminação do PROERD no Brasil, publicações oficiais do Governo Federal brasileiro na área da educação e saúde reconhecem que o ambiente escolar é privilegiado para desenvolver estratégias de promoção de saúde aos estudantes: Parâmetros Curriculares Nacionais: temas transversais (Brasil, 1997); Política Nacional Sobre Drogas (Brasil, 2005) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2010).

Em 2007, a partir do Decreto nº 6.286, foi instituído o “Programa Saúde na Escola” – PSE, que visa melhorar a qualidade de vida dos alunos da rede pública através de ações de promoção da alimentação saudável, cultura de paz e direitos humanos, prevenção e redução do consumo de drogas e promoção da saúde sexual. Este programa é implementado através de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, por meio de suporte do SUS (Sistema Único de Saúde), via Estratégia da Saúde da Família (Brasil, 2007).

Posteriormente, o aumento do consumo de drogas e o alarme provocado pela mobilização social, especialmente em torno do crack, provocaram a expansão de políticas públicas (Horta et al., 2014). Conforme apresentado por Pedroso e Merchant-Hamann (2017), para responder às demandas sociais e políticas relacionadas ao aumento do consumo de álcool, crack e outras drogas, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), investiu na adaptação, implantação e avaliação de três programas de prevenção do uso de drogas com evidência científica comprovada em outros países, Good Behavior Game (GBG), Unplugged e Strengthening Families Program – SFP 10-14.

O Good Behavior Game (GBG) é um programa escolar amplamente disseminado nos Estados Unidos, destinado a crianças de 6 a 10 anos do Ensino Fundamental I, que posteriormente foi adaptado à realidade brasileira e passou a chamar Jogo Elos. O programa não oferece conteúdo específico, mas apresenta um método pedagógico direcionado para a gestão da sala de aula através de algumas regras de convivência que são acordadas coletivamente, entre a turma e o professor. A proposta do programa é desenvolver atividades escolares para fomentar atitudes participativas, democráticas e colaborativas, de maneira a contribuir na aprendizagem e aprimoramento de habilidades sociais como autoconhecimento, autocontrole, autonomia, empatia, escuta, oralidade e tolerância, para diminuir fatores de risco, construindo atitudes resilientes e solidificando fatores de proteção em termos psicossociais para o uso futuro de drogas (Kellam et al., 2008; Ford et al., 2013; Schneider et al., 2016).

O programa escolar Unplugged de prevenção ao uso de drogas é destinado a adolescentes entre 12 e 14 anos do Ensino Fundamental II, amplamente disseminado na Europa, após a adaptação brasileira passou a chamar #Tamojunto. O programa tem como objetivo retardar o início e suspender a progressão do consumo de drogas. Contempla 12 aulas com duração de 1 hora, conduzidas por professores, com frequência semanal, durante um semestre letivo. A estrutura do programa foi baseada em evidências científicas e engloba o Modelo Influência Social Global, que trabalha habilidades sociais e pessoais, conhecimento sobre drogas e crenças normativas. Durante as sessões, as habilidades para a vida trabalhadas neste programa compreendem o desenvolvimento de pensamento crítico, tomada de decisões, solução de problemas, pensamento criativo, comunicação eficaz, habilidade interpessoal, autopercepção, empatia e manejo de emoções (Kreeft et al., 2009;

Sanchez et al., 2016; Sanchez et al., 2017). Além das atividades com os alunos, são realizadas três oficinas de pais ou responsáveis, que são planejadas e coordenadas pelos profissionais da escola e pelos profissionais das unidades básicas de saúde localizadas no entorno das escolas.

O Strengthening Families Program – SFP 10-14 é um programa de prevenção ao uso de drogas destinado a crianças e adolescentes entre 10 a 14 anos e aos familiares ou cuidadores, independente do envolvimento parental em abuso de drogas. Originalmente desenvolvido nos Estados Unidos, na adaptação brasileira passou a se chamar Famílias fortes. O programa tem por objetivo reduzir os fatores de risco quanto ao uso de drogas pelo fortalecimento dos vínculos familiares, entendidos como fatores de proteção contra o uso e abuso de drogas. Contempla 7 sessões semanais, com 4 sessões de reforço conduzidas ao longo dos seis meses seguintes ao término da intervenção. Para os adolescentes, o conteúdo do programa envolve a promoção de autoeficácia, habilidades de manejo do estresse e habilidades sociais assertivas de enfrentamento à pressão dos pares. Para a família, o conteúdo envolve o fortalecimento de habilidades parentais de expressão de afeto, consistência no estabelecimento de regras e coesão familiar (Stolle et al., 2011).

Além da implantação dos programas em si, o Governo Federal tem investido na avaliação desses programas para verificar o efeito entre os alunos brasileiros e efetuar as adaptações necessárias para adequar os programas à realidade brasileira. Desta forma, as iniciativas do Ministério da Saúde evidenciam mudanças significativas para o avanço da ciência da prevenção no Brasil (Sanchez et al., 2016; Schneider et al., 2016; Sanchez et al., 2017).

Igualmente, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça, tem realizado ações importantes para o campo da prevenção ao

uso de drogas no âmbito escolar, desenvolvendo há uma década o curso de prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas, alinhada com a Política Nacional sobre Drogas e com abrangência em todo o território nacional (Sudbrack; Cestari, 2005; Brasil, 2005).

Diante do exposto, é notório que ações para prevenção ao uso de drogas estão sendo implementadas no sistema educacional brasileiro, porém, não há dados científicos sobre a real prevalência destes programas, quais são as atividades utilizadas, modelos teóricos que direcionam os programas e, além de tudo, se os programas e atividades utilizadas são embasados em evidências científicas. Assim, a necessidade e importância de identificar as ações para prevenção ao uso de drogas nas escolas são evidentes para a prática de uma educação preventiva eficaz ao uso de drogas no Brasil.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas do ensino fundamental II (do 6º a 9º ano) e ensino médio (1º a 3º ano) das redes pública e privada de ensino.

2.2 Específicos

1. Estimar a prevalência de escolas que desenvolvem programas de prevenção ao uso de drogas no Brasil;
2. Identificar as estratégias pedagógicas desenvolvidas no contexto escolar com o objetivo de prevenção do uso de drogas psicotrópicas;
3. Verificar a existência de evidências científicas associadas aos programas desenvolvidos nas escolas brasileiras e a adequação dos mesmos aos princípios do NIDA para programas eficazes de prevenção em escolas.

MÉTODOS

3 MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Foi realizado em estudo transversal com uma amostra probabilística de dirigentes das escolas públicas e privadas das cinco regiões brasileiras (Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-Oeste). Para fins deste estudo, considerou-se dirigente da escola o diretor, coordenador pedagógico ou o coordenador de programa de prevenção.

O desenho do estudo foi baseado no previamente elaborado por Ringwalt, *et al.* (2002) no levantamento nacional norte-americano "School-Based Substance Use Prevention Programs Study - SSUPPS", financiado pelo National Institutes of Health (NIH).

3.2 Amostragem

3.2.1 Cálculo da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se o universo finito de escolas de ensino fundamental II (a partir do 6º ano) e ensino médio localizadas em zonas urbanas (n= 52.065). Foram incluídas apenas as escolas ativas, do ensino regular, excluindo-se as escolas de assentamentos, sistema prisional e escolas indígenas.

Utilizou-se para o sorteio da amostra o Cadastro Nacional das Escolas de Educação Básica, Censo Escolar de 2012, fornecido pelo Instituto Nacional de

Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Esse cadastro contém informações de todas as escolas públicas e particulares dos estados da Federação.

A **figura 1** apresenta a distribuição por rede de ensino das escolas brasileiras. Nesse total de escolas, pode-se perceber que 73% pertenciam à rede pública de ensino e 27% à rede privada de ensino.

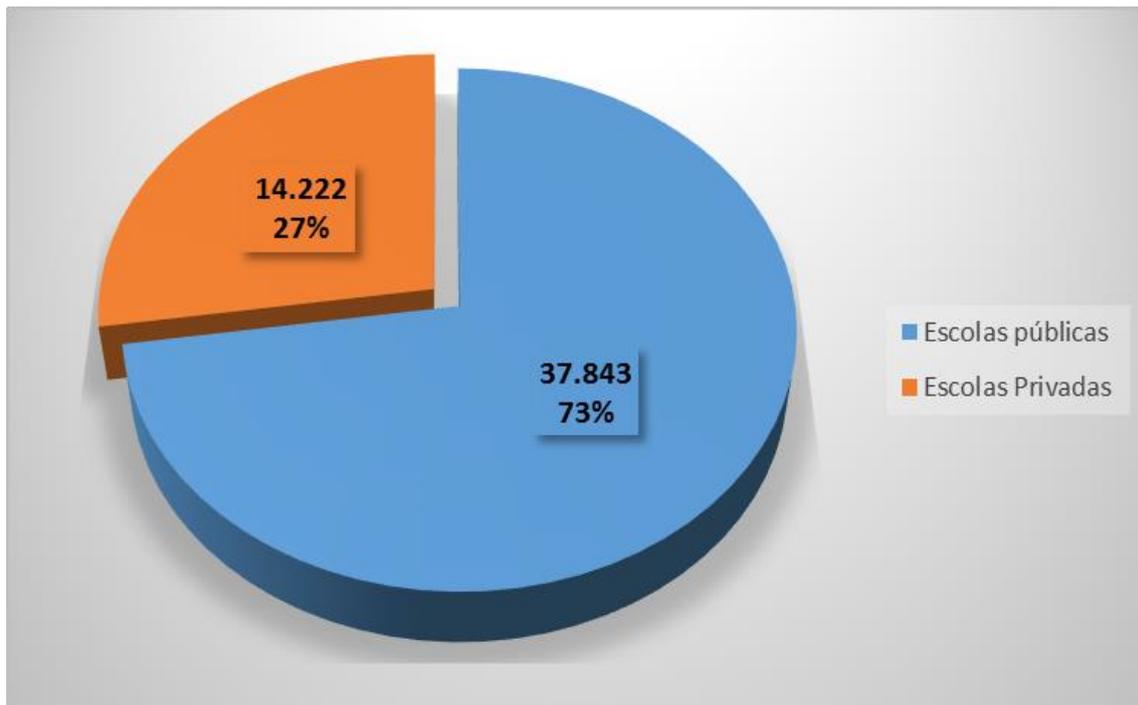


Figura 1. Distribuição de escolas brasileiras do ensino fundamental II e médio localizadas nas regiões urbanas, INEP 2012 (n=52.065).

A amostra foi inicialmente estratificada por tipo de escola e para representar diferenças socioeconômicas e culturais existentes entre os estados brasileiros, utilizou-se estratificação pelos estados.

A **Tabela 1** apresenta a distribuição da população das escolas públicas e privadas dos estados brasileiros, totalizando 54 estratos.

Tabela 1. Distribuição da população de escolas públicas e privadas dos estados brasileiros, INEP 2012.

Estados	População		
	Privada	Pública	Total
Distrito Federal	187	224	411
Goiás	510	1.343	1.853
Mato Grosso	180	768	948
Mato Grosso do Sul	170	533	703
Ceara	788	1.851	2.639
Maranhão	358	1.548	1.906
Paraíba	290	948	1.238
Piauí	258	1.097	1.355
Rio Grande do Norte	264	783	1.047
Alagoas	244	497	741
Bahia	801	2.411	3.212
Pernambuco	818	1.443	2.261
Sergipe	196	409	605
Acre	17	139	156
Amapá	20	121	141
Amazonas	109	551	660
Para	341	1.179	1.520
Rondônia	54	290	344
Roraima	07	89	96
Tocantins	60	450	510
Espirito Santo	187	730	917
Rio de Janeiro	1.887	2.328	4.215
Minas Gerais	1.775	5.918	7.693
São Paulo	3.327	5.809	9.136
Paraná	616	1.662	2.278
Rio Grande do Sul	450	3.199	3.649
Santa Catarina	308	1.523	1.831
Total	14.222	37.843	52.065

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se o universo finito de escolas ($n=52.065$), nível de confiança de 95%, um erro absoluto de 3% e uma distribuição de respostas de 50% (por não haver dados prévios sobre a prevalência de programas de prevenção nas escolas brasileiras), o que gerou uma amostra de 1.046 escolas.

A **Tabela 2** apresenta o resultado de estratificação proporcional a rede de ensino e estado da amostra de 1.046 escolas.

Tabela 2. Resultado de estratificação proporcional a rede de ensino e estado da amostra de 1.046 escolas, INEP 2012.

Estados	População		
	Privada	Pública	Total
Distrito Federal	4	5	8
Goiás	10	27	37
Mato Grosso	4	15	19
Mato Grosso do Sul	3	11	14
Ceara	16	37	53
Maranhão	7	31	38
Paraíba	6	19	25
Piauí	5	22	27
Rio Grande do Norte	5	16	21
Alagoas	5	10	15
Bahia	16	48	65
Pernambuco	16	29	45
Sergipe	4	8	12
Acre	0	3	3
Amapá	0	2	3
Amazonas	2	11	13
Para	7	24	31
Rondônia	1	6	7
Roraima	0	2	2
Tocantins	1	9	10
Espirito Santo	4	15	18
Rio de Janeiro	38	47	85
Minas Gerais	36	119	155
São Paulo	67	117	184
Paraná	12	33	46
Rio Grande do Sul	9	64	73
Santa Catarina	6	31	37
Total	286	760	1046

3.2.2 Sorteio da amostra

Considerando-se as potenciais perdas amostrais comuns em estudos com coleta de dados via internet (Andrews; Nonnecke; Preece, 2003; Granello; Wheaton, 2004), optou-se por um sorteio de 2.090 escolas, para que fosse garantido, mesmo após as potenciais perdas e substituições, o tamanho mínimo necessário calculado.

A amostra foi recrutada através de sorteio aleatório simples da população-alvo, através do Excel (RAND) das escolas, mantendo a proporcionalidade do sorteio e das substituições de acordo com o universo amostral de cada região e cada rede de ensino, tornando, assim, a amostra autoponderada (**Figuras 2 e 3**).

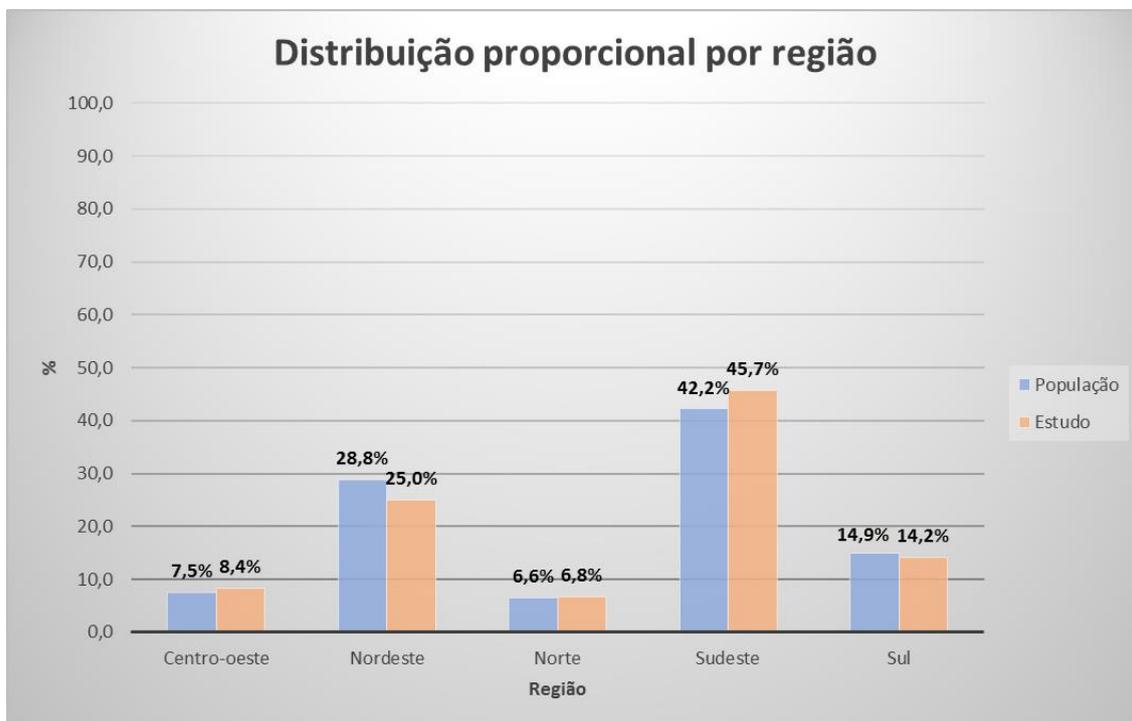


Figura 2. Distribuição proporcional do sorteio de acordo com universo amostral de cada região do Brasil.

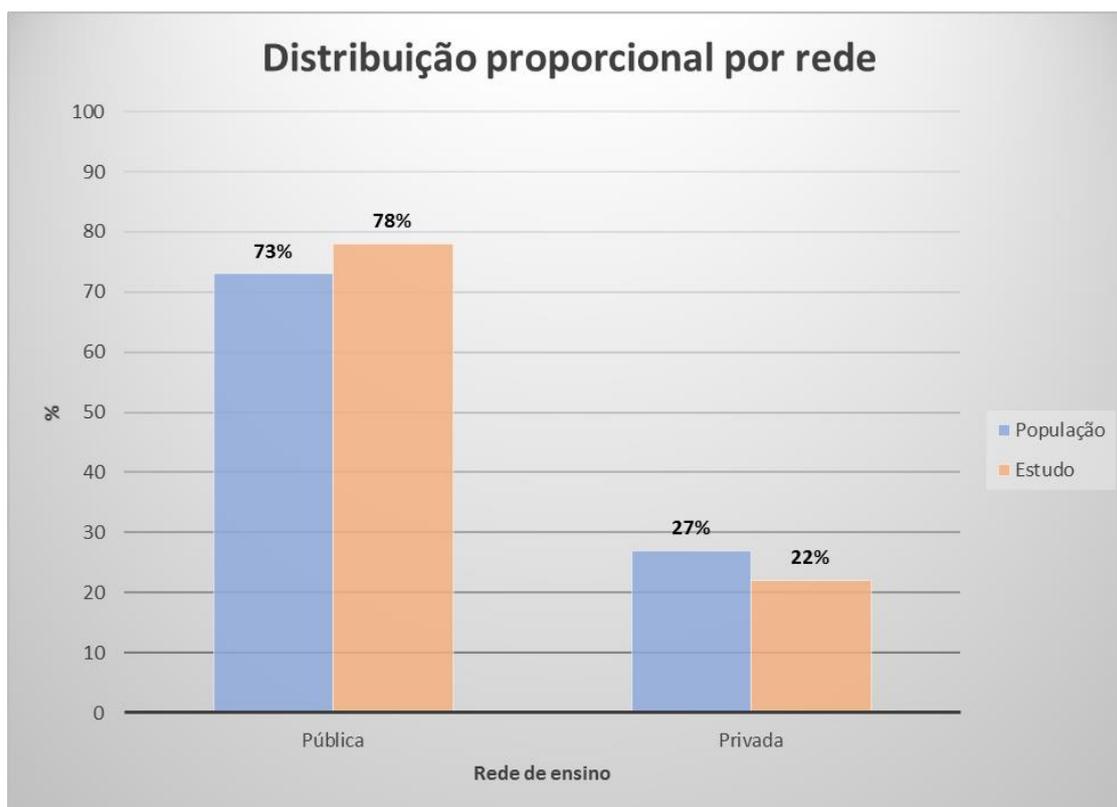


Figura 3: Distribuição proporcional do sorteio de acordo com universo amostral de cada rede de ensino.

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados no ano letivo de 2014 após o estudo piloto realizado com 263 dirigentes de escolas das redes pública e privada da cidade de São Paulo no ano de 2013 (Pereira; Paes; Sanchez, 2015).

Todos os dirigentes que participaram do presente estudo inicialmente foram convidados a participar por mensagem enviada por correio eletrônico para os endereços eletrônicos das escolas (**Anexo 1**). Utilizou-se para o envio dos e-mails o programa “SurveyMonkey”, que permitiu encaminhar mensagens a todos os endereços eletrônicos simultaneamente.

A ferramenta “SurveyMonkey” é um programa de internet que permite o envio de questionários on-line e seu registro em banco de dados que posteriormente pode ser convertido em planilha do Excel (<https://pt.surveymonkey.com/>).

No convite eletrônico, foram apresentados aos dirigentes a instituição responsável pela pesquisa, o objetivo, a importância da participação, o procedimento para participação, o tempo médio para o preenchimento do questionário, a garantia do anonimato, o link seguro para acesso do termo de consentimento, o link de remoção para quem não pretendia participar e o contato do pesquisador.

Os dirigentes, após clicarem no link que estava cadastrado no convite eletrônico, foram encaminhados a uma tela com o termo de consentimento livre-esclarecido - TCLE (**Anexo 2**) e, após leitura, optaram por clicar em “aceito” ou “não aceito”. Os entrevistados que clicaram em “não aceito” foram considerados como recusas. Os entrevistados que clicaram em “aceito”, em seguida iniciaram o preenchimento do questionário.

Após a conclusão do preenchimento do questionário, a escola não tinha mais acesso a ele, visto que o endereço do IP era automaticamente identificado e bloqueado para novo preenchimento. Esse procedimento evitou duplicidade nas respostas.

Os entrevistados que não responderam à pesquisa após 4 envios de e-mails, foram contatados por telefone para convidá-los oralmente e para esclarecer as possíveis dúvidas. Nessa fase, realizaram-se 1.555 contatos telefônicos. Essa estratégia foi necessária para a conclusão da coleta de dados.

3.4 Instrumento

Utilizou-se um questionário fechado (**Anexo 3**), de autopreenchimento e anônimo, preenchido via internet e com 45 questões organizadas em 7 módulos: dados do entrevistado, dados da escola, educação em saúde na escola, a escola e as drogas, capacitação da equipe na área de drogas, prevenção do uso de drogas na escola e características do programa.

Algumas questões foram extraídas do questionário de (Ringwalt *et al.*, 2002), aplicado em escolas dos Estados Unidos, e outras foram criadas para responder à necessidade de compreensão das características dos programas brasileiros e testadas em sua compreensão durante o estudo piloto.

Módulo 1: questões sobre os dados pessoais e formação profissional do dirigente da escola: gênero; idade; formação; cargo atual; tempo de atuação profissional.

Módulo 2: questões sobre as características da escola: números de alunos; nível de ensino oferecido; rede de ensino a que pertence; valor da mensalidade; número de professores.

Módulo 3: questões com informações sobre a educação em saúde na escola: atividades realizadas com objetivo de trabalhar temas relacionados a saúde; como se insere a educação em saúde no projeto político-pedagógico; desenvolvimento de atividade orientada pelo PSE.

Módulo 4: questões sobre a escola e as drogas: concordância do dirigente se a escola é um espaço adequado para desenvolver programa de prevenção ao uso de drogas; possibilidade de trabalhar com os alunos conteúdos relacionados ao uso de drogas na escola; medida tomada frente ao

flagrante de uso de drogas, comunicação com os pais; consumo e/ou porte de drogas na escola; oferecimento de atividades extracurriculares.

Módulo 5: questões sobre a capacitação da equipe na área de drogas: participação em cursos sobre drogas; carga horário do curso; informações sobre o preparo dos professores.

Módulo 6: questões sobre a prevenção do uso de drogas na escola: se a escola possui um programa de prevenção ao uso de drogas inserido no cotidiano e no projeto político-pedagógico; frequência das atividades; período de duração; nível oferecido; tempo que a escola desenvolve programa de prevenção; prioridade para o desenvolvimento de programas de prevenção; ações desenvolvidas nos últimos 5 anos; barreiras para a implementação de programa de prevenção ao uso de drogas na escola; dificuldades para realização do programa; entidades promotoras; modelos em programa de prevenção; avaliação dos resultados; realidade das escolas em relação ao programa de prevenção às drogas; quem o dirigente acredita que deveria ser chamado para desenvolver um programa de prevenção ao uso de drogas na escola; atividades desenvolvidas na escola para prevenção ao uso de drogas; métodos utilizados para encorajar os professores para desenvolverem atividades de prevenção; recursos disponíveis; público-alvo das atividades de prevenção ao uso de drogas; substâncias trabalhadas nas atividades de prevenção ao uso de drogas.

Módulo 7: questões com os princípios de prevenção para programas eficazes em escolas sugeridos pelo NIDA (2003): focar na redução de fatores de risco e fortalecimento dos fatores de proteção ao uso de drogas; tratar de todas as drogas; lidar com o uso de drogas dos estudantes da escola; ajuste para atingir a idade e características pessoais do grupo de estudantes da escola;

participação da família; participação da comunidade; atividades que são trabalhadas desde a pré-escola para lidar com agressividade, habilidades sociais e dificuldades escolares; para o ensino fundamental trabalha treinamento de habilidades como: autocontrole, reconhecimento das emoções, comunicação, solução de problemas e competências acadêmicas; para o ensino médio envolve: suporte acadêmico, hábitos de estudo, comunicação, relacionamento com os pares, auto eficácia e assertividade, habilidades para a resistência à oferta de drogas, reforço de atitudes antidrogas; reforço do programa de prevenção em momentos de transição da vida, por exemplo, no 9º ano do ensino fundamental e no 3º ano do ensino médio; combinação de mais de uma dimensão de prevenção, ou seja, envolve programa escolar, familiar e comunitário; o programa é baseado em outro programa cuja eficácia já foi comprovada cientificamente; o programa é contínuo e de longo prazo, atingindo diversas séries em diversos momentos do ano; inclui treinamento de professores para saber lidar com a turma em sala de aula; utiliza técnica interativas de atividades: workshops, roda de discussões, teatralização e dinâmicas de grupo.

As questões sobre a estrutura escolar foram extraídas do banco de dados do Cadastro Nacional das Escolas de Educação Básica, Censo Escolar de 2012, que é o dado oficial do governo e é fornecido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP).

3.5 Crítica dos Dados

A inserção dos dados foi realizada automaticamente após a conclusão de cada questionário, no término da coleta os dados foram extraídos do sistema

“SurveyMonkey” e todas as respostas foram testadas em sua coerência. Como o questionário foi on-line, preenchido diretamente no sistema pelos dirigentes, não foi necessária conferência da digitação, mas sim da coerência das respostas.

Na análise crítica dos dados foram excluídos os campos abertos em que os dirigentes completavam as categorias “outros” e 214 questionários que estavam incompletos com menos 30% das questões respondidos.

3.6 Ética

O TCLE e os procedimentos éticos da pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, sob o número 250.091 (**Anexo 4**).

ARTIGO 1

4 ARTIGO 1: Prevenção ao uso de drogas: fatores associados à implantação de programas nas escolas urbanas brasileiras

Autores

Ana Paula Dias Pereira

Zila M. Sanchez

Resumo

Introdução: A escola oferece um ambiente de aprendizagem que contribui na construção de valores pessoais, crenças, hábitos e estilos de vida. Proporciona configurações convenientes para a realização de programas de prevenção ao uso de drogas, conseguindo atingir os adolescentes, que compõem o grupo populacional de maior risco para o início do consumo. O objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas urbanas do ensino fundamental II e ensino médio das redes pública e privada de ensino no Brasil. **Método:** Foi realizado um estudo transversal de base populacional com uma amostra probabilística de 1.151 dirigentes de escolas estratificadas pelas 5 regiões brasileiras, em 2014. Aplicou-se um questionário fechado, de autopreenchimento e online. Regressão logística permitiu identificar os fatores associados à implantação de programas de prevenção nas escolas. **Resultados:** Constatou-se que 51,1% das escolas possuíam programas de prevenção ao uso de drogas. Fatores associados à implantação de programas de prevenção nas escolas foram: pertencer à rede pública; possuir biblioteca; desenvolver atividades sobre sexualidade; desenvolver atividades do “Programa da Saúde na Escola”; oferecer atividades extracurriculares; ter administradores preocupados com a prevenção e possuir dirigente que participou de curso de formação na área de drogas. **Conclusões:** O desenvolvimento de práticas preventivas ao uso de drogas nas escolas brasileiras poderá ser ampliado caso haja maior instrumentalização das escolas, através de formação especializada de dirigentes e professores, expansão do Programa da Saúde na Escola e o desenvolvimento concomitante de aspectos estruturais e curriculares das escolas.

Palavras-chave: Prevenção. Drogas. Programas. Saúde Escolar. Adolescentes. Estudo Transversal.

Introdução

Programas de prevenção ao uso de drogas para adolescentes têm sido desenvolvidos e implementados em ambientes escolares em diversos países [1]. A escola oferece um ambiente de aprendizagem que contribui na construção de valores pessoais, crenças, hábitos e estilos de vida em momentos em que os adolescentes estão mais susceptíveis a refletir sobre esses aspectos, interferindo diretamente na produção social da saúde [2]. Nessa perspectiva, as escolas proporcionam configurações convenientes para a realização de programas de prevenção ao uso de drogas, conseguindo atingir os adolescentes, que compõem o grupo populacional de maior risco para o início do consumo [3].

Intervenções preventivas implementadas no início e durante a adolescência têm o potencial de diminuir os índices de consumo de drogas e problemas associados na idade adulta [4, 5]. Tais evidências têm sido demonstradas por estudos de eficácia e efetividade de programas de prevenção escolares nas últimas décadas [6-8]. Destaca-se ainda que, análises de custo-efetividade da implantação desses programas indicam que as intervenções preventivas em escolas produzem uma economia de US\$ 38 em tratamento para cada dólar investido nessas intervenções [9].

Estudos que avaliem a presença de programas de prevenção em escolas, suas características e a identificação de possíveis facilitadores e entraves na implantação deles, permitem uma tomada de decisão político-pedagógica que facilite a introdução futura de programas de prevenção no currículo escolar [5]. Em alguns países desenvolvidos, os estudos sobre prevalência e os fatores associados à implantação

de programas escolares de prevenção ao uso de drogas estão muito à frente do que ocorre em países da América Latina, como o Brasil. A discussão atual vai além e enfoca o nível de evidência científica dos programas implantados nas escolas.

Por exemplo, nos Estados Unidos, alguns estudos têm sido conduzidos para estimar a prevalência de programas de prevenção baseados em evidências nas escolas [10-13] e para avaliar os fatores associados à adoção desses programas que tenham evidência científica de eficácia ou efetividade [14]. Os achados mostram que menos da metade das escolas norte-americanas (47%) relato o uso de um programa de prevenção ao uso de drogas baseado em evidências, sendo que a maioria das escolas, na última década, ainda optava pela implantação de programas sem eficácia ou efetividade determinada [12].

Em relação aos fatores associados à adoção de um programa curricular com evidência científica de eficácia ou efetividade nas escolas americanas, verificou-se que o tempo maior dedicado pelos dirigentes nas atividades de prevenção do uso de drogas em suas escolas [15] e a disponibilidade de recursos financeiros parecem estar associados à decisão de implementar programas nas escolas [16]. Outro fator associado à implementação de programas nas escolas é a assistência que as escolas recebem de agências governamentais e o fornecimento de materiais informativos sobre prevenção [14].

O Brasil, um país de dimensões continentais que possui uma das sociedades mais desiguais da atualidade, com um índice de GINI de 0.5, possui cerca de 97,4% da população de 06 a 14 anos e 87,7% para a população de 15 a 19 anos de idade frequentando suas escolas, tendo um alcance quase universal do ensino entre crianças e adolescentes mais jovens [17]. Estudo epidemiológico de base populacional realizado com mais de 50 mil estudantes de 10 a 19 anos, em 27 capitais

brasileiras, apontou que 60,5% relataram consumo na vida de bebidas alcoólicas, 25,5% de drogas ilícitas e 16,9% de tabaco, evidenciando um importante problema social e de saúde pública no âmbito escolar [18]. Porém, apesar de uma clara definição da realidade do consumo de drogas por estudantes brasileiros nos últimos 30 anos [18], pouco, ou quase nada, é sabido sobre a implantação de programas de prevenção ao uso de drogas em escolas deste país. Não há informações governamentais ou científicas sobre a existência desses programas em escolas brasileiras ou, pior ainda, até o momento esse tema não foi estudado nos países em desenvolvimento.

Sabe-se que o Brasil mantém políticas públicas destinadas à saúde dos alunos, como o “Programa Saúde na Escola” – PSE, que tem como finalidade contribuir na formação integral dos alunos da rede pública, através de ações de promoção da alimentação saudável, cultura de paz e direitos humanos, prevenção e redução do consumo de álcool, tabaco e outras drogas e promoção da saúde sexual. No entanto, não existem registros sobre a real implantação de tais ações e de suas características nas escolas brasileiras [17, 19].

Dessa forma, considerando-se a necessidade de avaliação da dimensão da implantação de programas escolares de prevenção ao uso de drogas no Brasil, este estudo foi conduzido para estimar a prevalência e os fatores associados à implantação dos referidos programas nas escolas do ensino fundamental II (do 6º a 9º ano) e ensino médio (1º a 3º ano) das redes pública e privada de ensino.

Este estudo investigou as características demográficas das escolas, estrutura escolar e atividades curriculares. A hipótese do presente estudo era de que esses fatores influenciam na tomada de decisão para a implementação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras.

Método

Foi realizado um estudo transversal de base populacional com uma amostra probabilística de dirigentes das escolas públicas e privadas das regiões Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que são as 5 regiões administrativas brasileiras de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [20]. Para fins deste estudo, foram considerados dirigentes da escola o diretor, coordenador pedagógico ou o coordenador do programa de prevenção.

Participantes

A amostra do estudo foi constituída por dirigentes de escolas públicas e privadas, através de um sorteio aleatório simples das escolas estratificadas pelas cinco regiões do Brasil, mantendo a proporcionalidade do sorteio e das substituições de acordo com o universo amostral de cada região e cada rede de ensino. O presente estudo limitou-se a escolas que ofereciam o ensino fundamental II e/ou ensino médio, localizadas nas regiões urbanas. As escolas das áreas rurais foram excluídas devido à falta de conexão com a internet. Utilizou-se o Cadastro Nacional das Escolas de Educação Básica, Censo Escolar de 2012, fornecido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Assim, o universo amostral do estudo foi de 52.065 escolas.

Para o cálculo da amostra, considerou-se o universo finito de escolas ($n=52.065$), nível de confiança de 95%, um erro absoluto de 3% e uma distribuição de

respostas de 50% (por não haver dados prévios sobre a prevalência de programas de prevenção nas escolas brasileiras), o que gerou uma amostra de 1.046 escolas.

Considerando-se as potenciais perdas amostrais comuns em pesquisas com coleta de dados via internet [21, 22], optou-se por um sorteio de 2.090 escolas, para que fosse garantido, mesmo após as potenciais perdas e substituições, o tamanho mínimo necessário calculado.

A amostra de dirigentes escolares foi escolhida porque estudos mostraram que diretores e coordenadores pedagógicos são os principais tomadores de decisão sobre a adoção de um programa de prevenção de uso drogas [16, 23].

Instrumento e Variáveis

Utilizou-se um questionário fechado, de autopreenchimento e anônimo, preenchido via internet e com 45 questões que avaliaram: características do entrevistado; característica da escola; educação em saúde na escola; capacitação dos respondentes na área de drogas e o processo de tomada de decisão sobre a adoção dos programas de prevenção ao uso de drogas. Algumas questões foram extraídas do questionário de [24], aplicado em escolas dos EUA, e outras foram criadas para responder à necessidade de compreensão das características dos programas brasileiros e testadas em sua compreensão durante o estudo piloto.

As variáveis sobre a estrutura escolar foram extraídas do banco de dados do Cadastro Nacional das Escolas de Educação Básica, Censo Escolar de 2012, que é o dado oficial do governo e é fornecido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP).

Variável de desfecho

A variável desfecho para a análise estatística foi “ter ou não um programa de prevenção ao uso de drogas inserido no cotidiano e no projeto político-pedagógico da escola” (sim/não).

Variáveis explicativas

As variáveis explicativas foram divididas em 5 blocos: dados demográficos do respondente, características demográficas da escola, estrutura escolar, atividades curriculares desenvolvidas na escola e fatores organizacionais associados à tomada de decisão para a adoção de um programa de prevenção ao uso de drogas.

As variáveis demográficas do respondente avaliadas foram: sexo (feminino e masculino); idade (categorizadas em faixas: 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos e 60-69 anos); escolaridade (ensino médio, ensino superior incompleto, ensino superior completo, pós-graduação lato sensu – especialização, pós-graduação stricto sensu – mestrado/doutorado); cargo (diretor, coordenador pedagógico, coordenador de programa de prevenção e outros); tempo que trabalhava no cargo atual, na escola e na educação (em anos).

Características das escolas foram avaliadas pelas seguintes variáveis: rede de ensino (pública ou privada), região (Sudeste, Sul, Nordeste, Norte e Centro-Oeste), localização (capital ou interior) e porte da escola (pequeno \leq 800 alunos, médio = 801 a 1.600 alunos e grande = mais de 1600 alunos).

A estrutura escolar foi analisada através das variáveis binárias (sim/não): laboratório de informática, laboratório de ciências, sala de leitura e biblioteca.

Quanto às atividades curriculares, as variáveis analisadas binárias (sim/não) foram: se a escola desenvolvia atividades para trabalhar temas relacionados à saúde,

sexualidade, hábitos alimentares, atividades do Programa Saúde na Escola (PSE), atividades extracurriculares; se a escola tem a prática de experimentar novos currículos, programas e práticas de ensino considerados inovadores e participação dos respondentes em cursos sobre o tema drogas.

Procedimentos

Os dados foram coletados no ano letivo de 2014 após o estudo piloto realizado com 263 dirigentes de escolas das redes pública e privada da cidade de São Paulo no ano de 2013 [22].

Todos os dirigentes que participaram do presente estudo, inicialmente foram convidados a participar por mensagem enviada por correio eletrônico para os endereços eletrônicos das escolas. Utilizou-se para o envio dos e-mails o programa “SurveyMonkey”, que permitiu encaminhar mensagens a todos os endereços eletrônicos simultaneamente. Os entrevistados que não responderam à pesquisa após 4 envios de e-mails, foram contatados por telefone para convidá-los oralmente e para esclarecer as possíveis dúvidas. Nessa fase, realizaram-se 1.555 contatos telefônicos.

Análise de dados

Na análise descritiva, as variáveis qualitativas foram resumidas em frequências absolutas, porcentagens e intervalos de confiança de 95%. Para as variáveis numéricas, os dados foram apresentados em medianas e intervalos interquartis. O teste do qui-quadrado foi utilizado para todas as comparações iniciais de variáveis categóricas. Com o objetivo de identificar fatores associados à implantação de

programas de prevenção ao uso de drogas, foram ajustados modelos de regressão logística, considerando como variável desfecho ter programa de prevenção. As variáveis explicativas analisadas foram as relacionadas aos dados demográficos do respondente, características demográficas da escola, estrutura escolar e atividades curriculares.

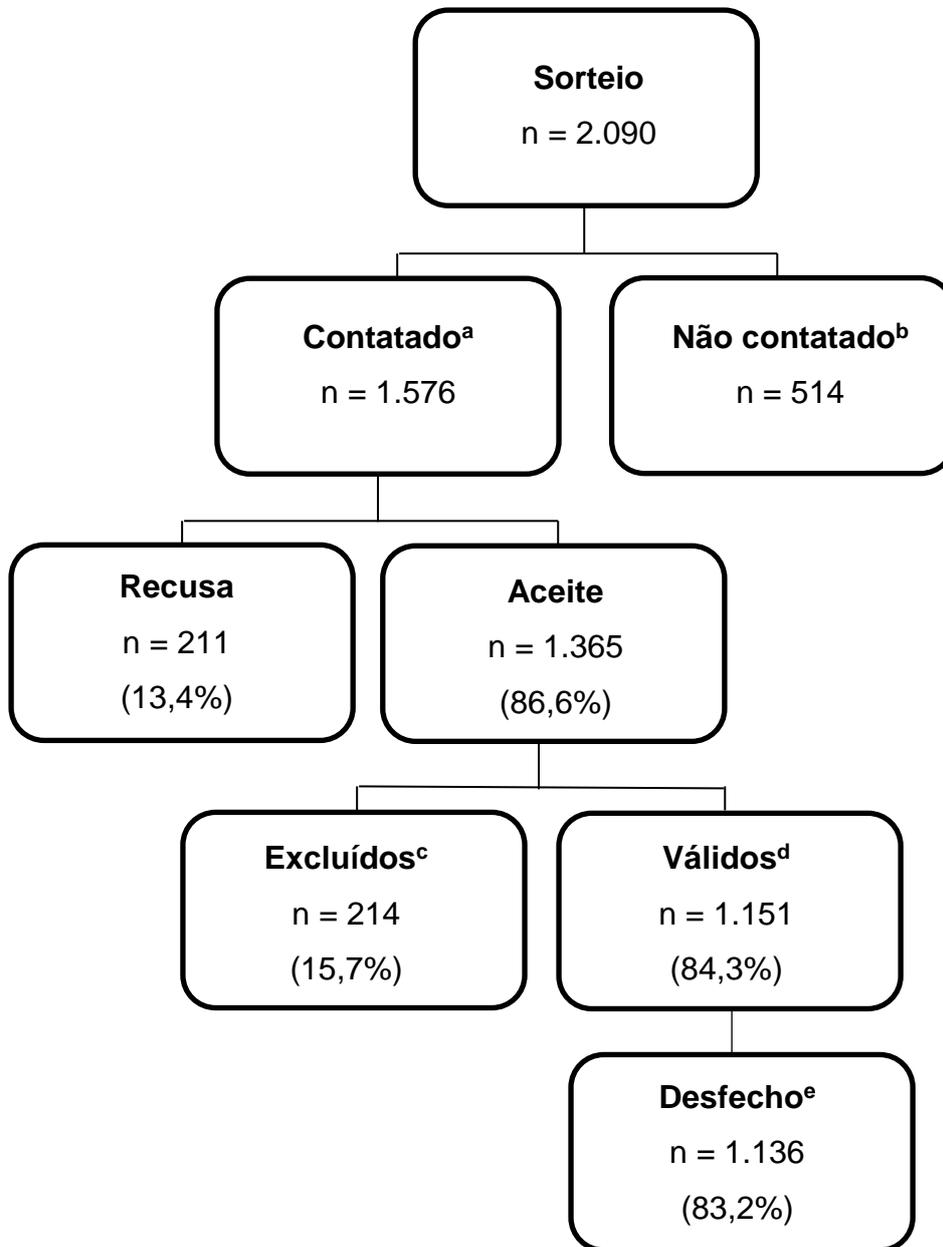
Inicialmente, analisaram-se as variáveis separadamente por modelos de regressão logística univariada. Então, montou-se um modelo de regressão logística em que variáveis com $p < 0,20$ na análise univariada foram incluídas. A partir de um modelo inicial com todas as variáveis selecionadas, as variáveis sem significância estatística foram excluídas por bloco até se chegar a um modelo final, apenas com as variáveis que foram significantes. O nível de significância para os testes de hipótese e modelo final foi de 5%. O valor do ajuste do modelo de regressão final foi avaliado pelo uso do teste Hosmer-Lemeshow. Os resultados estão apresentados como odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Todas as análises foram realizadas em Stata 13.

Resultados

Do total de 2.090 escolas selecionadas para participarem do estudo, 514 não responderam ao convite. Dentre as 1.576 que responderam ao convite, 211 (13,4%) se recusaram a participar. Do total de 1151 questionários válidos, 1136 dirigentes responderam à questão sobre o desfecho e foram incluídos nas análises (**Figura 1**). A **tabela 1** mostra o perfil dos respondentes. Houve predominância de diretores, sexo feminino, na faixa etária de 40 a 49 anos e com alta escolaridade. O tempo de trabalho na escola atual variou entre menos de um ano até 42 anos (mediana= 8 anos). Mais

da metade dos entrevistados tinha pelo menos 20 anos de atuação na educação e mais de 4 anos no cargo atual.

Figura 1: Fluxograma da amostra de escolas brasileiras participantes do estudo



^aContatos telefônicos e/ou por e-mail concluídos

^bContatos telefônicos e/ou por e-mail não realizadas após diversas tentativas

^cQuestionários com menos de 30% das questões preenchidas foram excluídos das análises

^dQuestionários analisados

^eQuestionários analisados que responderam à pergunta desfecho

Tabela 1: Características demográficas e tempo de atuação profissional dos respondentes, dirigentes das escolas, Brasil, 2014

(n=1.136).

Variáveis	Possui programa de prevenção ao uso de drogas									p-valor
	Sim			Não			Total			
	n= 580			n= 556			n= 1.136			
	n	%	95% IC	n	%	95% IC	n	%	95% IC	
Sexo^a										
Feminino	440	76,0	72,3 - 79,7	405	73,0	69,1 - 76,6	845	74,5	71,9 - 77,0	0,243
Masculino	139	24,0	20,6 - 27,7	150	27,0	23,4 - 30,9	289	25,5	23,0 - 28,1	
Faixa Etária										
20 – 29 anos	18	3,1	1,8 - 4,9	34	6,1	4,3 - 8,4	52	4,6	3,4 – 6,0	0,060
30 – 39 anos	164	28,3	24,6 - 32,1	175	31,5	27,6 - 35,5	339	29,8	27,2 - 32,6	
40 – 49 anos	249	42,9	38,9- 47,1	216	38,8	34,8 - 43,0	465	40,9	38,1 - 43,9	
50 – 59 anos	124	21,4	18,1 - 24,9	114	20,5	17,2 - 24,1	238	21,0	18,6 - 23,4	
60 – 69 anos	25	4,3	2,8 - 6,3	17	3,1	1,8 - 4,8	42	3,7	2,7 – 5,0	
Escolaridade^a										
Ensino Médio	2	0,3	0,04 - 0,1	7	1,3	0,5 - 2,6	9	0,8	0,4 - 1,5	0,042
Ensino Superior Incompleto	9	1,6	0,7 - 2,9	11	2,0	1,0 - 3,5	20	1,8	1,1 - 2,7	
Ensino Superior Completo	115	19,9	16,7 - 23,3	140	25,2	21,6 - 29,0	255	22,5	20,1 - 25,0	
Pós-graduação latu-sensu (especialização)	402	69,4	65,5 - 73,2	363	65,3	61,2 - 69,2	765	67,4	64,6 - 70,1	
Pós strictu-sensu (mestrado ou doutorado)	51	8,8	6,6 - 11,4	35	6,3	4,4 - 8,6	86	7,6	6,1 - 9,3	
Cargo^b										
Diretor	281	54,8	50,3 - 59,1	219	47,4	42,8 - 52,1	500	51,3	48,1 - 54,45	0,012
Coordenador Pedagógico	182	35,5	31,3 - 39,8	210	45,5	40,8 - 50,1	392	40,2	27,1 - 43,4	
Coordenador de Programa de Prevenção	37	7,2	5,1 - 9,8	22	4,8	3,1 - 7,1	59	6,1	4,6 - 7,7	

Outros	13	2,5	1,4 - 4,3	11	2,4	1,2 - 4,2	24	2,5	1,6 - 3,6	
Tempo de trabalho (anos)	Média	DP	95% IC	Média	DP	95% IC				
Cargo atual	6,8	6,1	6,3 - 7,3	5,9	5,8	5,4 - 6,3				0,008
Escola atual	10,4	8,0	9,8 - 11,1	9,0	7,5	8,4 - 9,6				0,002
Educação	20,2	8,4	19,5 - 20,8	18,2	8,8	17,4 - 18,9				0,001

^a Missing não excedeu 1%

^b13% dessa variável resposta é missing

Constatou-se que a prevalência das atividades de prevenção ao uso de drogas inserida no cotidiano e no projeto pedagógico das escolas é de 51,1% (IC95% 48,1 – 54,0). As características demográficas e estruturais e as atividades curriculares das escolas, estratificadas pela presença ou ausência de programas de prevenção do uso de drogas, são apresentadas na **tabela 2**. Participaram do estudo escolas das 5 regiões brasileiras, predominou a participação de escolas públicas, de pequeno porte e localizadas interior dos estados. A maioria das escolas tinha laboratório de informática (63,6%), enquanto menos de metade tinha uma biblioteca, laboratório de ciências ou sala de leitura. O currículo das atividades realizadas nas escolas incluiu atividades relacionadas à saúde do aluno. Os dados indicaram uma alta prevalência de atividades voltadas para a saúde, a sexualidade e os hábitos alimentares.

Tabela 2: Características demográficas das escolas, estrutura escolar e atividades curriculares, Brasil, 2014 (n=1.136).

Variáveis	Possui programa de prevenção ao uso de drogas						Total			p-valor
	Sim			Não						
	n	%	95% IC	n	%	95% IC	n	%	95% IC	
	<i>n= 580</i>			<i>n= 556</i>			<i>n= 1.136</i>			
Características demográficas										
Rede										
Privada	115	19,8	16,7 - 23,3	140	25,2	21,6 - 29,0	255	22,4	20,1 - 25,0	0,031
Pública	465	80,2	76,7 - 83,3	416	74,8	71,0 - 78,4	881	77,6	75,0 - 79,9	
Região										
Sudeste	299	51,6	47,4 - 55,7	220	39,6	35,5 - 43,8	519	45,7	42,8 - 48,6	<0,001
Sul	95	16,4	13,5 - 19,7	66	11,9	9,9 - 14,8	161	14,2	12,2 - 16,3	
Nordeste	94	16,2	13,3 - 19,5	190	34,2	30,2 - 38,3	284	25,0	22,5 - 27,6	
Norte	37	6,4	4,5 - 8,7	40	7,2	5,2 - 9,7	77	6,8	5,4 - 8,4	
Centro-oeste	55	9,5	7,2 - 12,2	40	7,2	5,2 - 9,7	95	8,4	6,8 - 10,1	
Porte^a										
Pequeno	403	69,5	65,6 - 73,2	394	70,9	66,9 - 74,6	797	70,2	67,3 - 73,0	0,818
Médio	147	25,3	21,8 - 29,1	132	23,7	20,3 - 27,5	279	24,6	22,1 - 27,2	
Grande	30	5,2	3,5 - 7,3	30	5,4	3,7 - 7,6	60	5,3	4,0 - 6,7	
Localização										
Capital	118	20,5	17,3 - 24,1	110	20,0	16,7 - 23,6	228	20,3	17,9 - 22,7	0,828
Interior	457	79,5	75,9 - 82,7	440	80,0	76,4 - 83,3	897	79,7	77,1 - 82,2	
Estrutura Escolar										
Laboratório de Informática (Sim)	405	70,6	66,6 - 74,2	310	56,4	52,1 - 60,5	715	63,6	60,7 - 66,4	<0,001
Laboratório de Ciências (Sim)	151	26,3	22,7 - 30,1	109	19,8	16,6 - 23,4	260	23,1	20,7 - 25,7	<0,001
Sala de Leitura (Sim)	153	26,7	23,1 - 30,5	139	25,3	21,7 - 29,1	292	26,0	23,4 - 28,6	0,597
Biblioteca (Sim)	304	53,0	48,8 - 57,1	199	36,2	32,2 - 40,2	503	44,8	41,8 - 47,7	<0,001

Atividades curriculares

Saúde (Sim)	573	98,8	97,5 - 99,5	524	94,2	92,0 - 96,0	1097	96,6	95,3 - 97,5	<0,001
Educação Sexual (Sim)	553	95,3	93,3 - 96,9	480	86,3	83,2 - 89,1	1033	90,9	89,1 - 92,5	<0,001
Hábitos Alimentares (Sim)	545	94,0	91,7 - 95,8	469	84,4	81,1 - 87,3	1014	89,3	87,3 - 91,0	<0,001
PSE ^b (Sim)	244	42,1	38,0 - 46,2	160	28,8	25,0 - 32,7	404	35,6	32,8 - 38,4	<0,001
Extracurriculares ^c (Sim)	455	78,9	75,3 - 82,1	373	67,1	63,0 - 71,0	828	73,1	70,4 - 75,6	<0,001
Novas práticas de ensino (Sim)	507	89,1	86,2 - 91,5	341	79,3	75,2 - 83,0	848	84,9	82,5 - 87,0	<0,001
Participou de curso ^d (Sim)	430	74,1	70,4 - 77,7	309	55,6	51,3 - 59,8	739	65,1	62,2 - 67,8	<0,001

^a Pequeno (até 800 alunos); Médio (801 até 1600 alunos); Grande (+1.600 alunos)

^b Programa Saúde na Escola do Governo Federal

^c Atividades desenvolvidas fora do horário regular das aulas

^d Dirigentes que participaram de cursos sobre drogas

A **tabela 3** mostra os fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras. Os dados sugerem que as escolas públicas, em comparação com as escolas privadas, tinham 38% mais chance de terem um programa de prevenção ao uso de drogas (OR = 1,38; IC 95%: 1,00-1,91). No que tange à região do Brasil, as escolas do Nordeste do país têm menos chance de apresentar programas de prevenção, quando comparada com a região Sudeste, que é a região com maior população (OR = 0,35; IC 95%: 0,24; 0,49). A estrutura física da escola também apresentou associação com a presença de programas de prevenção. Escolas com bibliotecas têm quase o dobro de chances de reportarem a implantação de um programa de prevenção do que aquelas que não possuem bibliotecas (OR = 1,73; IC 95%: 1,28; 2,35). Desenvolver atividades relacionadas ao tema sexualidade (OR = 2,34; IC 95%: 1,43; 3,81), oferecer atividades extracurriculares (OR = 2,00; IC 95%: 1,48; 2,64), desenvolver atividades orientadas pelo “Programa Saúde do Escolar – PSE” (OR = 1,98; IC 95%: 1,48; 2,69) e ter dirigente que participou de curso de formação na área de drogas (OR = 1,97; IC 95%: 1,50; 2,58) foram positivamente associados à presença de programas de prevenção do uso de drogas.

O valor da avaliação de qualidade do teste Hosmer-Lemeshow para a adoção de um programa de prevenção de uso de drogas na escola no modelo logístico final (**Tabela 4**) foi de 0,420, indicando que o modelo foi adequadamente ajustado.

Tabela 4: Fatores organizacionais associados à adoção de um programa de prevenção ao uso de drogas, Brasil, 2014 (n=1.136).

Variáveis	Regressão univariada			Regressão multivariada		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
Características demográficas da escola						
Rede						
Privada	1,00	-	-	1,00	-	-
Pública	1,36	1,03 - 1,80	0,031	1,38	1,00- 1,91	0,047
Região						
Sudeste	1,00	-	-	1,00	-	-
Sul	1,06	0,74 - 1,52	0,754	0,59	0,39 - 0,90	0,015
Nordeste	0,36	0,27 - 0,49	<0,001	0,35	0,24 - 0,49	<0,001
Norte	0,68	0,42 - 1,10	0,116	0,56	0,33 - 0,96	0,350
Centro-oeste	1,01	1,14 - 1,61	0,959	0,72	0,45 - 1,16	0,183
Estrutura Escolar						
Laboratório de Informática (Sim)	1,85	1,45 - 2,37	<0,001	-	-	-
Laboratório de Ciências (Sim)	1,44	1,09 - 1,91	0,010	-	-	-
Biblioteca (Sim)	1,98	1,56 - 2,52	<0,001	1,73	1,28 - 2,35	<0,001
Atividades Curriculares						
Saúde (Sim)	5,00	2,19 - 11,4	<0,001	-	-	-
Educação Sexual (Sim)	3,24	2,06 - 5,12	<0,001	2,34	1,43 - 3,81	0,001
Hábitos Alimentares (Sim)	2,99	1,91 - 4,36	<0,001	-	-	-
PSE (Sim)	1,80	1,40 - 2,30	<0,001	1,98	1,49 - 2,64	<0,001
Extracurriculares (Sim)	1,83	1,40 - 2,39	<0,001	2,00	1,48 - 2,69	<0,001
Novas práticas de ensino (Sim)	2,13	1,50 - 3,03	<0,001	-	-	-
Participou de curso - Dirigente (Sim)	2,29	1,78 - 2,94	<0,001	1,97	1,50 - 2,58	<0,001

Discussão

O presente estudo mostrou que a metade das escolas que participaram do estudo possui um programa de prevenção ao uso de droga inserido no currículo escolar. Os fatores associados à implantação de programas nas escolas foram: rede de ensino à qual a escola pertence, região do Brasil em que a escola está localizada, presença de biblioteca nas suas instalações, desenvolvimento de atividades sobre sexualidade, oferecimento de atividades extracurriculares (“fora do horário regular das aulas”), desenvolvimento de atividades orientadas pelo “Programa Saúde na Escola – PSE” e ter dirigentes que participaram de curso de formação na área de drogas.

Poucos estudos internacionais avaliaram a prevalência de programas de prevenção no currículo de escolas de ensino fundamental II e ensino médio. Nos Estados Unidos, a prevalência de programas de prevenção ao uso de drogas no contexto escolar é maior do que a identificada no Brasil: três quartos das escolas possuem um programa inserido no currículo. Essa prevalência decorre de esforços políticos, investimentos e divulgações científicas que além de estimular a introdução de programas nas escolas, contribuem para melhorar a qualidade da implantação dos mesmos [12,26].

Nesse sentido é fundamental identificar os fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas para produzir conhecimento que permita aumentar a prevalência da implantação de programas. Ao compreender os fatores que favorecem as escolas a implantarem um programa de prevenção ao uso de drogas, os gestores escolares e governamentais podem moldar diretrizes e disponibilizar recursos que aumentem a oferta de programas no contexto escolar, o que potencialmente levará a reduções no consumo de álcool, tabaco e outras drogas

entre os adolescentes que frequentam estas escolas [27, 28]. Porém, é importante apontar que estudo sobre fatores associados à implantação e prevalência não responde sobre a qualidade e efetividade dos programas, necessitando de outros desenhos de estudos para tal. Essa ressalva é importante, pois o fato de sabermos que um programa está sendo implantado não garante que esse programa esteja efetivamente reduzindo o consumo. No entanto, permite identificar um esforço da comunidade escolar para tal.

Houve maior participação de escolas públicas no presente estudo, e essa predominância está de acordo com a distribuição de escolas públicas no Brasil, sendo que, atualmente 73% das escolas pertencem à rede pública de ensino [29].

Além disso, os dados obtidos mostraram que as escolas públicas desenvolvem mais programas de prevenção ao uso de drogas em comparação com as escolas privadas. No entanto, há evidências de que os adolescentes de classes sociais mais favorecidas estão em alto risco de consumo de álcool e drogas no Brasil [30]. O último levantamento nacional realizado com 50.890 estudantes das redes pública e privada das 27 capitais brasileiras, mostrou maior prevalência de alunos de escolas privadas que consumiram drogas [18]. Esses resultados sugerem que os dados sobre a prevalência do uso de drogas entre os alunos devem ser efetivamente divulgados aos dirigentes de escolas privada para evitar a manutenção de mitos sobre a baixa prevalência de consumo entre estudantes de classes sociais mais favorecidas e estimular a necessidade de maior preocupação com esta situação em suas escolas [14]. É possível que os administradores das escolas de classes sociais mais favorecidas não percebam a necessidade de implementar atividades de prevenção do uso de drogas [31].

Outro fator associado à característica demográfica da escola é a região do Brasil em que a escola está localizada. As escolas da região Nordeste foram menos propensas a ter um programa de prevenção em comparação com a região Sudeste, que é a região com maior população. Assim, o presente estudo evidencia desigualdades, entre as regiões do país, em relação às ações preventivas para o uso de drogas nas escolas brasileiras e indica a necessidade de investimentos mais significativos nas ações governamentais que chegam às escolas do país como um todo. Achados semelhantes foram identificados em outro estudo avaliando as configurações escolares no Brasil [32].

A estrutura física da escola parece também estar associada à implantação de programas. Escolas que possuem biblioteca desenvolvem mais programas de prevenção ao uso de drogas do que aquelas que não possuem. Esse dado provavelmente sugere que essas são escolas nas quais os diretores se preocupam com a formação integral dos estudantes, estimulando o hábito da leitura e propiciando o acesso às informações. A informação tem se mostrado protetora ao consumo de drogas [33], e, conseqüentemente, dependendo do acervo dessas bibliotecas, elas podem estar contribuindo para a formação dos alunos inclusive no que tange o consumo de drogas.

Aspectos da atividade curricular também se associam à implantação de programas. Por exemplo, a presença do “Programa Saúde na Escola” (PSE) quase dobra a chance da existência de um programa de prevenção ao uso de drogas nas escolas que aderiram ao referido programa do governo federal. Nesse programa, as escolas podem, com o auxílio de profissionais da saúde, desenvolver atividades de promoção e saúde, como estímulo a hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas e prevenção ao uso de drogas [19]. Dessa forma, há evidências de que a implantação

desse programa acaba efetivamente favorecendo o desenvolvimento de alguma atividade de prevenção ao uso de drogas. No entanto, o PSE é implantado apenas em escolas públicas, o que sugere a necessidade de ampliação do programa para a rede privada de ensino. Por outro lado, observou-se que 28,8% das escolas que recebem orientações do PSE ainda não estão desenvolvendo programas de prevenção ao uso de drogas, o que vai contra as diretrizes desse programa e remete à necessidade de fiscalização do que tem sido ofertado nas diferentes escolas.

Observou-se ainda que o desenvolvimento de atividades sobre educação sexual está associado à presença de programa de prevenção ao uso de drogas, sugerindo que as escolas que desenvolvem programas de prevenção ao uso de drogas estão trabalhando simultaneamente com mais de um comportamento de risco e potencialmente integrando a informação sobre abuso de drogas com a informação sobre comportamento sexual. Tal procedimento é importante, visto que já existem evidências científicas de que a sexualidade de risco na adolescência está associada à prática de binge drinking (definido como beber cinco ou mais doses de álcool em uma ocasião) e consumo de drogas ilícitas [34]. Além disso, programas que integram também outros comportamentos de risco à temática das drogas, costumam mostrar maior eficácia do que programas que tratam isoladamente da questão das drogas entre estudantes, pois os comportamentos de risco estão associados [34, 35].

Ainda em relação às atividades oferecidas pelas escolas, um dos principais achados deste estudo é que as escolas que oferecem atividades extracurriculares desenvolvem mais programas de prevenção ao uso de drogas do que as escolas que não desenvolvem. De acordo com um estudo realizado entre 2.903 adolescentes poloneses de 13 e 14 anos de idade, a participação em atividades esportivas, religiosas e artísticas se mostrou protetora ao consumo de álcool [36]. Os

pesquisadores sugerem que essa proteção deriva da ocupação do tempo livre, permitindo que o estudante aprenda papéis sociais e desenvolva habilidades que contribuem para o desenvolvimento positivo dos adolescentes [36-38], podendo, inclusive, complementar o possível efeito protetor do programa de prevenção instalado na escola.

Participar de cursos de treinamento foi associado à implementação de programas de prevenção nas escolas. No Brasil, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça oferece cursos gratuitos com o objetivo de capacitar profissionais da área de educação para a prevenção ao uso de drogas nas escolas [33]. Em nosso estudo, observou-se que as escolas nas quais os dirigentes participaram de curso de formação sobre drogas tendiam a implementar programas de prevenção com mais frequência. Provavelmente, a capacitação dos dirigentes e dos professores em curso de formação sobre drogas permite que esses profissionais despertem para a necessidade da implantação dos programas e se sintam preparados para desenvolver as diretrizes de um processo de implantação [8].

Algumas limitações estão presentes e precisam ser destacadas. A coleta de dados via internet gerou um índice de aceite relativamente baixo entre os diretores (cerca de 65,3%), e as escolas não participantes diferiram das escolas participantes em relação a região do Brasil e do tipo de escola. Houve perdas maiores na região Norte e Centro-Oeste do país e entre escolas privadas. Também, é possível que tenha havido algum viés de informação nas respostas, visto que o questionário é de autopreenchimento e está sujeito à interpretação individual do respondente. Além disso, devido ao desenho do estudo transversal, não se pode inferir causalidade entre os fatores associados e a implantação de programas, pois não se identifica a relação temporal entre eles.

Por fim, este estudo não foi desenhado com o intuito de avaliar a qualidade dos programas implantados nas escolas, mas sim para identificar a existência ou não de programas em uma amostra probabilística no Brasil. Dessa forma, futuros estudos devem ser desenhados a fim de avaliar a eficácia e efetividade dos programas desenvolvidos. Os resultados podem orientar as políticas públicas que favoreçam a implantação de programas em escolas em países em desenvolvimento, como o Brasil.

Os resultados do presente estudo sugerem que o desenvolvimento de práticas preventivas ao uso de drogas no contexto escolar poderá ser mais difundido caso haja maior instrumentalização das escolas, através de formação especializada de dirigentes e professores, além do estímulo a alianças consistentes entre os setores da saúde e da educação, aumentando a participação de programas como o Programa de Saúde do Escolar (PSE) e o desenvolvimento concomitante de aspectos estruturais e curriculares das escolas.

Com base nos dados aqui apresentados, recomendamos algumas ações que podem contribuir para a implementação de programas futuros em uma perspectiva de sistema, tais como: produção e disseminação de conhecimentos científicos que possam estimular a adoção de novos programas no país; estrutura política e legislativa favorável para a implementação de programas de prevenção de drogas no contexto escolar; aplicação de leis de políticas preventivas; formação em prevenção ao uso de drogas para profissionais da saúde e educação; compromisso dos dirigentes em relação à prática de prevenção ao uso de drogas nas escolas; investimento em infraestrutura e recursos em todo o país; expansão das políticas públicas para rede privada de ensino; ações governamentais consistentes em parceria com pesquisadores da área de prevenção, as quais auxiliem na tomada de decisão das políticas de prevenção.

Conclusão

Os resultados do presente estudo sugerem que o desenvolvimento de práticas preventivas ao uso de drogas no contexto escolar poderá ser mais difundido caso haja maior instrumentalização das escolas, através de formação especializada de dirigentes e professores, além do estímulo a alianças consistentes entre os setores da saúde e da educação, aumentando a participação de programas como o Programa de Saúde do Escolar (PSE) e o desenvolvimento concomitante de aspectos estruturais e curriculares das escolas.

Existem várias lições que podem ser aprendidas com o presente estudo, especialmente para capacitar diretores e partes interessadas que planejam implementar um programa para prevenir o uso de drogas em sua escola ou distrito escolar. A influência da administração da escola na adoção de programas de prevenção de drogas foi evidente neste estudo. As escolas cujos administradores / diretores participaram de cursos de treinamento em drogas tendem a implementar programas de prevenção mais frequentemente em suas escolas, sugerindo a necessidade de expandir a distribuição pública de tais programas no Brasil e em países com estrutura educacional similar. Além disso, alguns aspectos do currículo escolar foram associados à adoção de programas de prevenção, como a implementação simultânea de atividades de educação sexual, a disponibilidade de atividades extracurriculares ("fora do horário escolar") e a realização de atividades desenvolvidas pelo Programa de Saúde Escolar governamental.

Declarações

Agradecimentos

Agradecemos a todos os dirigentes das escolas participantes do estudo e as agências de financiamento do estudo.

Financiamento

O presente estudo foi financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) processo número 472991/2012-4 (auxílio à pesquisa concedido a Zila Sanchez) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior), bolsa de doutorado a Ana Pereira.

Contribuições dos autores

A APDP foi responsável pela coleta de dados, análise de dados e escrita do artigo. A ZMS foi responsável pela concepção e desenho do estudo e pela revisão do artigo. Ambos os autores leram e aprovaram o artigo final.

Aprovação Ética

Todos os procedimentos éticos da pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, sob o número 250.091 e estão de acordo com a declaração de Helsinki de 1964.

O consentimento informado foi obtido de todos os participantes do estudo.

Referencias

1. Griffin KW, Botvin GJ. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010;19:505-26.
2. Aerts D, Alves GG, La Salvia MW, Abegg C. Health promotion: convergence between the principles of health surveillance and socially responsible schools. *Cad Saude Publica*. 2004;20:1020-8.
3. Caria MP, Faggiano F, Bellocco R, Galanti MR, Group E-DS. Classroom characteristics and implementation of a substance use prevention curriculum in European countries. *Eur J Public Health*. 2013;23:1088-93.
4. Spoth R, Trudeau L, Redmond C, Shin C. Replication RCT of early universal prevention effects on young adult substance misuse. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82:949-63.
5. Hopfer S, Davis D, Kam JA, Shin Y, Elek E, Hecht ML. A review of elementary school-based substance use prevention programs: identifying program attributes. *J Drug Educ*. 2010;40:11-36.
6. Agabio R, Trincas G, Floris F, Mura G, Sancassiani F, Angermeyer MC. A Systematic Review of School-Based Alcohol and other Drug Prevention Programs. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2015;11:102-12.
7. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspect Public Health*. 2012;132:128-34.
8. Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, et al. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*. 2012;379:1653-64.
9. Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training: preventing substance misuse by enhancing individual and social competence. *New Dir Youth Dev*. 2014;2014:57-65.
10. Ringwalt C, Hanley S, Vincus AA, Ennett ST, Rohrbach LA, Bowling JM. The prevalence of effective substance use prevention curricula in the nation's high schools. *J Prim Prev*. 2008;29:479-88.
11. Hanley SM, Ringwalt C, Ennett ST, et al. The prevalence of evidence-based substance use prevention curricula in the nation's elementary schools. *J Drug Educ*. 2010;40:51-60.
12. Ringwalt C, Vincus AA, Hanley S, Ennett ST, Bowling JM, Haws S. The prevalence of evidence-based drug use prevention curricula in U.S. middle schools in 2008. *Prev Sci*. 2011;12:63-69.

13. Kumar R, O'Malley PM, Johnston LD, Laetz VB. Alcohol, tobacco, and other drug use prevention programs in U.S. schools: a descriptive summary. *Prev Sci.* 2013;14(6):581-592.
14. Rohrbach LA, Ringwalt CL, Ennett ST, Vincus AA. Factors associated with adoption of evidence-based substance use prevention curricula in US school districts. *Health Educ Res.* 2005;20(5):514-526.
15. Rohrbach LA, Grana R, Sussman S, Valente TW. TYPE II translation transporting prevention interventions from research to real-world settings. *Eval Health Prof.* 2006;29:302-33.
16. Little MA, Pokhrel P, Sussman S, Rohrbach LA. The process of adoption of evidence-based tobacco use prevention programs in California schools. *Prev Sci.* 2015;16:80-9.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. IBGE: Rio de Janeiro; 2013.
18. Carlini E, Noto A, Sanchez Z, Carlini C, Locatelli D, Amato T. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas: São Paulo; 2010.
19. Brasil. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007: Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2007. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Accessed 01 Nov 2014.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Divisão em Regiões. https://ww2.ibge.gov.br/english/geociencias/geografia/default_div_int.shtm?c=1. Accessed 01 Jul 2015.
21. Granello DH, Wheaton JE. Online data collection: Strategies for research. *Journal of Counseling & Development.* 2004;82:387-93.
22. Andrews D, Nonnecke B, Preece J. Electronic survey methodology: A case study in reaching hard-to-involve Internet users. *International journal of human-computer interaction.* 2003;16:185-210.
23. Ringwalt C, Ennett ST, Vincus AA, Rohrbach LA, Simons-Rudolph A. Who's calling the shots? Decision-makers and the adoption of effective school-based substance use prevention curricula. *J Drug Educ.* 2004;34:19-31.
24. Ringwalt CL, Ennett S, Vincus A, Thorne J, Rohrbach LA, Simons-Rudolph A. The prevalence of effective substance use prevention curricula in U.S. middle schools. *Prev Sci.* 2002;3:257-65.

25. Pereira AP, Paes Â, Sanchez ZM. Factors associated with the implementation of programs for drug abuse prevention in schools. *Rev Saude Publica*. 2016;50:44.
26. Bruckner TA, Domina T, Hwang JK, Gerlinger J, Carpenter C, Wakefield S. State-level education standards for substance use prevention programs in schools: a systematic content analysis. *J Adolesc Health*. 2014;54:467-73.
27. Little MA, Sussman S, Sun P, Rohrbach LA. The Effects of Implementation Fidelity in the Towards No Drug Abuse Dissemination Trial. *Health Educ (Lond)*. 2013;113.
28. Moreira FG, Silveira DX, Andreoli SB. Knowledge and attitudes related to drug abuse and prevention displayed by public school educators. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31:95-100.
29. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira Censo Escolar da Educação Básica 2013: Censo escolar da educação básica 2013. INEP: Brasília. 2014.
30. Sanchez ZM, Locatelli DP, Noto AR, Martins SS. Binge drinking among Brazilian students: a gradient of association with socioeconomic status in five geo-economics regions. *Drug and alcohol dependence*. 2013;127:87-93.
31. Humensky JL. Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2010;5:19.
32. Horta RL, Andersen CS, Pinto RO, et al. Health promotion in school environment in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2017;51:27.
33. Sanchez ZvdM, Oliveira LGd, Ribeiro LA, Nappo SA. The role of information as a preventive measure to the drug use among young people at risk. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:699-708.
34. Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68:489-94.
35. Jackson C, Geddes R, Haw S, Frank J. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*. 2012;107:733-47.
36. Habib EL, Zimmerman MA, Ostaszewski K. International note: prevailing with extracurricular activities in an alcohol-dominated environment: sex differences in resilience among middle school youth. *J Adolesc*. 2014;37:901-4.
37. Elder C, Leaver-Dunn D, Wang MQ, Nagy S, Green L. Organized group activity as a protective factor against adolescent substance use. *American Journal of Health Behavior*. 2000;24:108-13.

38. Modecki KL, Barber BL, Eccles JS. Binge drinking trajectories across adolescence: For early maturing youth, extra-curricular activities are protective. *Journal of Adolescent Health*. 2014;54(1):61-6.
39. Sudbrack MFO, Cestari DM. O modelo sistêmico e da educação para a saúde na prevenção da drogadição no contexto da escola: proposta do Projeto Piloto SENAD/MEC e UNB. *Proceedings of the 1th Simpósio Internacional do Adolescente*. 2005.

ARTIGO 2

5 ARTIGO 2: Características dos Programas escolares de Prevenção ao Uso de Drogas no Brasil

Autores

Ana Paula Dias Pereira

Zila M. Sanchez

Resumo

Objetivo: Identificar as características dos programas de prevenção ao uso de drogas desenvolvidos nas escolas brasileiras e verificar a existência de princípios de boas práticas de prevenção nestes programas. **Método:** Estudo transversal com uma amostra probabilística de 1.151 dirigentes das escolas públicas e privadas das cinco regiões brasileiras. Aplicou-se um questionário fechado, de autopreenchimento e online. Considerou-se para o presente 580 questionários das escolas cujos dirigentes responderam possuir um programa de prevenção ao uso de drogas. Regressão de Poisson permitiu identificar os fatores associados à maior quantidade de princípios de boas práticas de prevenção nos programas. **Resultados:** 51.1% das escolas brasileiras declaram possuir um programa de prevenção ao uso de drogas. Esses programas se operacionalizam sem regularidade e com duração média de um trimestre, dirigidos principalmente aos alunos, com integração de diferentes modelos teóricos e promovidos principalmente pela Polícia Militar. As escolas privadas possuem 14% mais chance de apresentarem mais princípios de boas práticas em seus programas, quando comparadas às escolas públicas. Foi observado que programas ofertados por uma equipe da própria escola ou por uma instituição da área de saúde ou pela secretaria de educação possuem maiores chances de apresentarem mais princípios de boas práticas. **Conclusão:** As ações de prevenção ao uso drogas nas escolas brasileiras necessitam de aperfeiçoamento das medidas adotadas. Os programas não se baseiam em evidências científicas e boas práticas em prevenção.

Palavras-chave: Prevenção. Drogas. Programas. Saúde Escolar. Adolescentes.

Introdução

Programas de prevenção são comumente considerados estratégias apropriadas e efetivas para prevenir o uso de drogas no ambiente escolar¹ tendo como objetivo criar novos fatores de proteção e reduzir os fatores de risco dos alunos em idade escolar^{2,3}. Embora muitos estudos apresentem resultados positivos na capacidade dos programas escolares em reduzir ou retardar o consumo de álcool e outras drogas^{4,5}, outros estudos têm evidenciado potencial efeito iatrogênico de alguns programas escolares de prevenção do uso de drogas⁶.

Estudos do campo da ciência da prevenção sugerem que as ações de prevenção ao uso de drogas nas escolas devam ser baseadas em evidências científicas, ou seja, que tenham apresentado resultados positivos em estudos de avaliação de eficácia ou efetividade, economizando, assim, recursos financeiros e humanos investidos em ações de pouco ou nenhum efeito^{2,4,7}. No entanto, a prática de oferecer programas baseados em evidência é um desafio em diversos países⁸.

Revisões sistemáticas sobre as características dos programas de prevenção ao uso de drogas que apresentaram resultados positivos identificaram ações como: o uso de métodos interativos, seções estruturadas, intervenções aplicadas por profissionais treinados, intervenções que proporcionam oportunidades para praticar e aprender habilidades pessoais e sociais e que contemplam múltiplas dimensões como comunidade e família^{9,10}.

O National Institute of Drug Abuse - NIDA apresenta os princípios de boas práticas em prevenção desenvolvidos com bases nas principais evidências científicas sobre componentes de programas que, quando presentes, favorecem o aparecimento de resultados positivos, ou seja, redução no uso de drogas entre os participantes¹¹.

Dessa forma, é sugerido que os profissionais que atuam no campo da prevenção se orientem pelas recomendações de boas práticas, a fim de que as ações desenvolvidas tenham maior chance de sucesso, por estarem alicerçadas em componentes comuns em programas efetivos ou eficazes em contexto internacional¹².

No Brasil, pouco se sabe sobre as características dos programas de prevenção ao uso de drogas que estão sendo realizados nas escolas e se os componentes básicos de boas práticas de prevenção estão presentes nessas intervenções. Nesse sentido, é fundamental que esses programas sejam identificados e compreendidos em sua composição através de um diagnóstico, a fim de favorecer o avanço da prevenção segura nas escolas brasileiras.

Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar as características dos programas de prevenção ao uso de drogas desenvolvidos nas escolas brasileiras e verificar a existência de princípios de boas práticas de prevenção nesses programas.

Método

Foi realizado um estudo transversal com uma amostra probabilística de dirigentes das escolas públicas e privadas das cinco regiões brasileiras (Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-Oeste).

Amostra

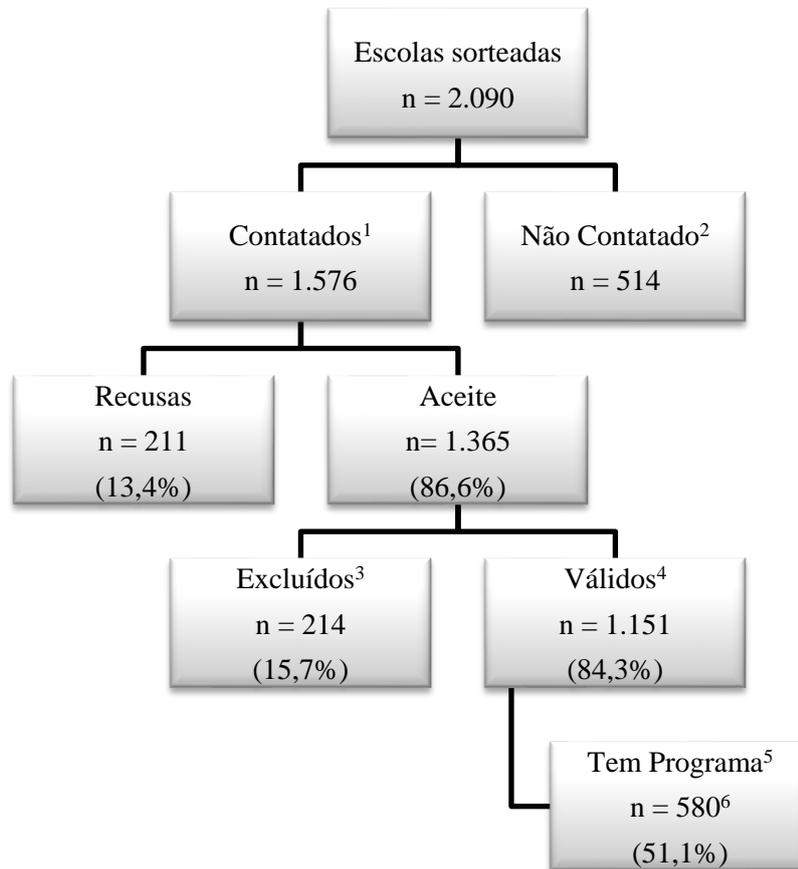
A população-alvo do estudo era a de dirigentes de escolas públicas e privadas de ensino fundamental II e/ou ensino médio, localizadas nas regiões urbanas, registradas no Cadastro Nacional das Escolas de Educação Básica, Censo Escolar de 2012, fornecido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

(INEP). A amostra foi recrutada através de sorteio aleatório simples da população-alvo, via Excel (RAND) das escolas, mantendo a proporcionalidade do sorteio e das substituições de acordo com o universo amostral de cada região e cada rede de ensino, tornando, assim, a amostra autoponderada.

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se o universo finito de escolas ($n=52.065$), nível de confiança de 95%, um erro absoluto de 3% e uma distribuição de respostas de 50% (por não haver dados prévios sobre a prevalência de programas de prevenção nas escolas brasileiras), o que gerou uma amostra de 1.046 escolas. Considerando-se as potenciais perdas amostrais comuns em estudos com coleta de dados via internet ^{13,14}, optou-se por um sorteio de 2.090 escolas, para que fosse garantido, mesmo após as potenciais perdas e substituições, o tamanho mínimo necessário calculado.

Conforme apresentado na **Figura 1**, foram considerados para o presente estudo 1.151 questionários válidos, dos quais 580 (51,1%) dirigentes responderam que a escola possuía um programa de prevenção ao uso de drogas inserido no projeto político-pedagógico da escola.

Figura 1: Fluxograma da amostra do estudo, Brasil, 2014.



¹Contatos telefônicos e/ou por e-mail concluídos

²Contatos telefônicos e/ou por e-mail não realizadas após diversas tentativas

³Questionários com menos de 30% das questões preenchidas foram excluídos das análises

⁴Questionários analisados

⁵15 missing's – base de cálculo da porcentagem n=1.136

⁶Questionários analisados que responderam possuir um programa de prevenção ao uso de drogas

Coleta de dados

Os dirigentes inicialmente foram convidados a participar do estudo por mensagem enviada para os endereços eletrônicos das escolas. Utilizou-se para o envio dos e-mails o programa “SurveyMonkey”, que permitiu encaminhar mensagens a todos os endereços eletrônicos simultaneamente. Os entrevistados que não responderam à pesquisa, após 4 envios de e-mails, foram contatados por telefone. Os dados foram coletados no ano de 2014.

Instrumentos e variáveis

Utilizou-se um questionário fechado, de autopreenchimento e anônimo, com 45 questões que avaliaram: características do entrevistado; característica da escola; educação em saúde na escola; capacitação dos respondentes na área de drogas e os princípios de boas práticas de prevenção ao uso de drogas do NIDA. Algumas das questões foram extraídas do questionário de Ringwalt et al.¹⁵ e outras questões foram criadas para responder à necessidade de compreensão das características dos programas brasileiros e testadas em sua compreensão durante o estudo realizado na cidade de São Paulo¹⁶.

As variáveis referentes às características dos dirigentes participantes foram sexo; idade; escolaridade; cargo; participação em curso sobre drogas.

As características demográficas da escola avaliadas foram: rede de ensino; região do Brasil; localização e porte da escola.

Sobre os programas desenvolvidos na escola avaliou-se a frequência anual de aplicação; período de duração; público-alvo; nível de ensino ao qual o programa era oferecido; entidades promotoras; modelos teóricos; tipo de atividades desenvolvidas na escola sobre o tema drogas.

Por fim, foi avaliada a presença de boas práticas de prevenção, através dos 15 princípios sugeridos pelo NIDA¹¹: focar na redução de fatores de risco e fortalecimento dos fatores de proteção ao uso de drogas; tratar de todas as drogas; Lidar com o uso de drogas dos estudantes da escola; ajuste para atingir a idade e características pessoais do grupo de estudantes da escola; participação da família; Participação da comunidade; atividades que são trabalhadas desde a pré-escola para lidar com agressividade, habilidades sociais e dificuldades escolares; para o ensino fundamental trabalha treinamento de habilidades como: autocontrole, reconhecimento das emoções, comunicação, solução de problemas e competências acadêmicas; para o ensino médio envolve: suporte acadêmico, hábitos de estudo, comunicação, relacionamento com os pares, auto eficácia e assertividade, habilidades para a resistência à oferta de drogas, reforço de atitudes antidrogas; reforço do programa de prevenção em momentos de transição da vida, como por exemplo, no 9º ano do ensino fundamental e no 3º ano do ensino médio; combinação de mais de uma dimensão de prevenção, ou seja, envolve programa escolar, familiar e comunitário; programa é baseado em outro programa cuja eficácia já foi comprovada cientificamente; programa é contínuo e de longo prazo, atingindo diversas séries em diversos momentos do ano; Inclui treinamento de professores para saber lidar com a turma em sala de aula; utiliza técnica interativas de atividades: workshops, roda de discussões, teatralização e dinâmicas de grupo.

Análise de dados

Na análise descritiva, as variáveis qualitativas foram resumidas em frequências absolutas, prevalência e intervalos de confiança de 95%. Para a variável numérica, número de princípios de boas práticas de prevenção, os dados foram apresentados

em média, mínimo/máxima e desvio padrão. Na análise inferencial, foi utilizada a regressão de Poisson para avaliar os fatores associados à maior quantidade de princípios de boas práticas de prevenção nos programas, reportadas pelos dirigentes, considerando como variável dependente (desfecho) a soma das 15 variáveis de princípios de boas práticas de prevenção que podiam, assim, gerar uma pontuação total de boas práticas que potencialmente variaria entre 0 e 15.

As variáveis independentes (explicativas) analisadas foram as relacionadas às características das escolas (rede, região, porte e localização) e entidades promotoras dos programas de prevenção ao uso de drogas. A partir de um modelo inicial com as variáveis com $p < 0,20$, as variáveis sem significância estatística foram excluídas de maneira decrescente de acordo com o valor de p , passo a passo, até se chegar a um modelo final, apenas com as variáveis significantes a 5%. Os dados da regressão de Poisson são apresentados em IRR (incidence rate ratio) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Todas as análises foram realizadas com o programa Stata 13. Nas análises não foram utilizados pesos amostrais de correção, pois a amostra foi construída de maneira autoponderada, ou seja, mantendo a proporção de escolas sorteadas de acordo com o universo de cada região do Brasil, através de sorteio aleatório simples por região. As recusas foram proporcionais em todas as regiões.

Aprovação Ética

O TCLE e os procedimentos éticos da pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o número 250.091.

Resultados

A **Tabela 1** mostra as características dos respondentes e das escolas do estudo. Observou-se predominância de escolas que pertenciam à rede pública de ensino, de porte pequeno, localizadas na região Sudeste e nos municípios que não são capitais de estados brasileiros. A maioria dos participantes eram diretores, do sexo feminino, na faixa etária de 40 a 49 anos e com nível de ensino de pós-graduação.

Tabela 1: Características dos respondentes e das escolas que participaram do estudo, Brasil, 2014 (n=1.151).

Características dos Respondentes			Características demográficas das escolas		
Total n= 1.151			Total n= 1.151		
<i>Variáveis</i>	<i>n (%)</i>	<i>95% IC</i>	<i>Variáveis</i>	<i>n (%)</i>	<i>95% IC</i>
Sexo			Rede		
Feminino	855 (74,4)	71,8 - 76,9	Pública	893 (77,6)	75,1 - 80,0
Masculino	294 (25,6)	23,1 - 28,2	Privada	258 (22,4)	20,0 - 24,9
Idade			Região		
20 – 29 Anos	55 (4,8)	3,6 - 6,2	Sudeste	524 (45,4)	42,6 - 48,4
30 – 39 Anos	343 (29,8)	27,2 - 32,5	Sul	163 (14,2)	12,2 - 16,3
40 – 49 Anos	471 (40,9)	38,1 - 43,8	Nordeste	287 (24,9)	22,5 - 27,5
50 – 59 Anos	239 (20,8)	18,4 - 23,2	Norte	77 (6,7)	5,3 - 8,3
60 – 69 Anos	43 (3,7)	2,7 - 5,0	Centro-oeste	100 (8,7)	7,1 - 10,5
Escolaridade			Porte¹		
Ensino Médio	29 (2,5)	1,7 - 3,6	Pequeno	809 (70,3)	67,5 - 72,9
Ensino Superior	259 (22,5)	20,1 - 25,0	Médio	281 (24,4)	22,0 - 27,0
Especialização	773 (67,2)	64,4 - 69,9	Grande	61 (5,3)	4,1 - 6,8
Stricto Sensu	89 (7,7)	6,3 - 9,4	Localização		
Cargo			Não Capital	908 (79,6)	77,2 - 81,9
Diretor	505 (51,2)	48,0 - 54,3	Capital	232 (20,4)	18,0 - 22,8
Coordenador					
Pedagógico	397 (40,2)	37,1 - 43,3			
Coordenador de					
Programa de					
Prevenção	60 (6,1)	4,7 - 7,7			
Outros	25 (2,5)	1,6 - 3,7			
Participou de curso sobre drogas					
Sim	739 (65,1)	62,2 - 67,8			

Do total de participantes, 51,1% declararam que suas escolas possuíam programa de prevenção ao uso de drogas e assim foram direcionados a responder sobre as características dos mesmos, dados apresentados na **tabela 2**. A maioria dos programas era aplicada sem regularidade e a oferta, quando ocorria, tinha duração média de um trimestre. Quase todos os programas foram oferecidos para os alunos e em menos da metade deles houve participação da família e da comunidade. Os dados mostram maior prevalência de oferta de programas de prevenção ao uso de drogas para alunos matriculados no ensino fundamental II (6º ao 9º ano). Observou-se que cerca de 40% implementaram programas desenvolvidos pela equipe da própria escola e cerca de 30% relataram que os programas foram oferecidos por instituições da área da saúde. No entanto, a Polícia Militar se destaca como principal entidade promotora de programas nas escolas, estando presente em mais de 70% das escolas que reportam possuir programas. Isso significa, ainda, que, na amostra completa, 35,7% (411/1151) das escolas reportaram aplicar PROERD (Programa Educacional de Resistências às Drogas e Violência).

Ainda de acordo com a **Tabela 2**, pode-se observar que os programas de prevenção ao uso de drogas oferecidos nas escolas participantes do estudo combinavam mais de um modelo teórico. Mais de 80% das escolas relataram aplicar programas que trabalhavam educação para a saúde, educação afetiva e conhecimento científico. O modelo de amedrontamento ainda esteve presente em 45% das escolas.

Nota-se ainda que quase 90% das escolas realizam, como atividade preventiva, palestras com convidados e cerca de 40% das escolas fazem palestras com ex-usuários. Projeção de filmes e solicitação de trabalhos sobre o tema drogas também são atividades de alta prevalência nos programas (**Tabela 2**).

Tabela 2: Características de prevenção ao uso de drogas no projeto político-pedagógico das escolas que responderam possuir programa, Brasil, 2014 (n=580).

Total n= 580			Total n= 580		
Variáveis	n (%)	95% IC	Variáveis	n (%)	95% IC
Frequência das atividades			Modelos em programas de prevenção		
Esporádica	340 (58,6)	54,5 - 62,7	Ed ¹ . para saúde	515 (90,5)	87,8 - 92,8
Sistemática	240 (41,4)	37,3 - 45,5	Ed ¹ . afetiva	501 (88,5)	85,6 - 91,0
Período de duração			Conhecimento científico	461 (81,3)	77,8 - 84,4
Um ano	65 (11,6)	9,1 - 14,5	Alternativas ²	389 (69,1)	65,1 - 72,9
Um semestre	116 (20,7)	17,4 - 24,3	Habilidades ³	386 (68,1)	64,1 - 71,9
Um trimestre	321 (57,2)	53,0 - 61,4	Treinamento para resistir	383 (67,1)	63,0 - 70,9
Um mês	26 (4,6)	3,0 - 6,7	Amedrontamento	253 (45,1)	40,9 - 49,3
< mês	33 (5,9)	4,1 - 8,2	Pressão do grupo positiva	159 (28,4)	24,7 - 32,4
Público Alvo			Atividades de prevenção ao uso de drogas		
Alunos	555 (97,4)	95,7 - 98,5	Palestras convidados	505 (87,7)	84,7 - 90,2
Professores	267 (46,8)	42,7 - 51,0	Trabalhos escolares	496 (86,7)	83,6 - 89,4
Pais	230 (40,4)	36,3 - 44,5	Filmes	463 (81,2)	77,8 - 84,3
Comunidade	180 (31,6)	27,8 - 35,6	Dinâmicas	340 (70,0)	65,7 - 74,0
Funcionários	184 (32,3)	28,5 - 36,3	Fornece mat. pedagógico	392 (69,0)	65,0 - 72,8
Nível de ensino oferecido			Eventos especiais	344 (60,1)	56,0 - 64
Fundamental I	195 (33,6)	29,8 - 37,6	Projetos Multidisciplinares	339 (59,3)	55,1 - 63,3
Fundamental II	380 (65,5)	61,5 - 69,4	Teatro	273 (56,6)	52,1 - 61,1
Ensino Médio	253 (43,6)	39,5 - 47,8	Palestras ex-usuários	235 (42,0)	37,8 - 46,2
Entidades que promovem o programa			Projeto de uma disciplina	229 (40,0)	36,0 - 44,2
Polícia Militar	411 (73,4)	69,5 - 77,0	Aulas curriculares	196 (34,3)	30,4 - 38,3
Equipe escola	238 (42,5)	38,4 - 46,7	Quest. sobre "drogas"	169 (35,4)	31,1 - 39,9
Saúde ⁴	176 (31,4)	27,6 - 35,4			
Educação ⁵	101 (18,0)	14,9 - 21,5			
ONG'S	35 (6,3)	4,4 - 8,6			
Gr ⁶ . Religiosos	55 (9,8)	7,5 - 12,6			

¹ Educação; ²Oferecimento de alternativas; ³Habilidades pessoais e sociais; ⁴Instituição da área da saúde; ⁵Secretaria da educação; ⁶Grupos.

A **Tabela 3** apresenta os princípios de boas práticas de prevenção das escolas que responderam possuir um programa de prevenção ao uso de drogas. Constatou-se que a maioria das escolas trabalha fatores de risco e proteção, além de apresentar informações sobre as principais drogas conhecidas, de maneira ajustada à idade dos participantes.

Tabela 3: Princípios de boas práticas de prevenção das escolas que responderam possuir um programa de prevenção ao uso de drogas, Brasil, 2014 (n=382*).

Princípios de boas práticas	Total n= 382		
	N	%	IC 95%
Fatores de riscos e proteção	362	94,8	92,0 - 96,8
Apresenta informações sobre as principais drogas conhecidas	349	92,6	89,4 - 95,0
Ajuste idade e características grupo	284	76,3	71,7 - 80,6
Ensino fundamental: treinamento de habilidades	240	64,5	59,4 - 69,4
Utiliza técnica interativas de atividades	229	61,7	56,6 - 66,7
Contínuo e de longo prazo	221	59,4	54,2 - 64,4
Participação da família	192	51,3	46,1 - 56,5
Combina mais de um modelo de prevenção (programa escolar, familiar e comunitário)	184	50,8	45,5 - 56,1
Ensino médio: habilidades para a resistência a oferta de drogas	164	46,9	41,5 - 52,2
Pré-escola (agressividade, habilidades sociais e dificuldades escolares)	172	46,4	41,2 - 51,6
Desenhado para os alunos da escola	160	43,0	37,9 - 48,2
Participação da comunidade	144	38,7	33,7 - 43,9
Baseado em outro programa cuja eficácia já foi comprovada cientificamente	137	37,7	32,7 - 42,9
Treinamento de professores	119	32,2	27,4 - 37,2
Reforço do programa em momentos de transição da vida escolar	115	32,1	27,3 - 37,2

*Total de escolas que responderam ao módulo completo sobre princípios de boas práticas de prevenção nas escolas. Optou-se por não imputar as não-respostas.

Quando avaliado o número total de princípios de boas práticas de prevenção presentes em cada programa, observou-se que em média os dirigentes reportaram possuir programas adequados a 8,3 princípios em suas escolas, variando de 0 (mínimo) a 15 (máxima) e desvio padrão de 3,3 (dado não apresentado em tabela).

A **Tabela 4** apresenta os fatores associados à maior quantidade de princípios de boas práticas de prevenção nos programas identificados no estudo. O modelo final demonstra que as escolas privadas possuem 14% mais probabilidade de apresentarem mais princípios de boas práticas em seus programas, quando comparadas às escolas públicas. Além disso, ser ofertado por uma equipe da própria escola ou por uma instituição da área de saúde ou pela secretaria de educação também aumenta a quantidade de princípios de boas práticas apresentados pelo programa (IRR= 1,17; 1,08-1,27, IRR=1,09; 1,00-1,19 e IRR= 1,20; 1,09-1,33, respectivamente).

Tabela 4: Regressão de Poisson para contagem do número de princípios de boas práticas de prevenção nos programas identificados no estudo, de acordo com auto-relato dos entrevistados (n=382).

	Regressão univariada			Regressão multivariada		
	IRR	IC95%	p-valor	IRR	IC95%	p-valor
Características demográficas das escolas						
Rede						
Pública	1,00	--	--	1,00	--	--
Privada	1,11	1,01 - 1,21	0,030	1,14	1,03 - 1,25	0,008
Região						
Sudeste	1,00	--	--	--	--	--
Sul	0,97	0,88 - 1,08	0,645	--	--	--
Nordeste	1,01	0,90 - 1,12	0,907	--	--	--
Norte	0,98	0,83 - 1,15	0,793	--	--	--
Centro-oeste	1,04	0,90 - 1,19	0,623	--	--	--
Porte¹						
Pequeno	1,00	--	--	--	--	--
Médio	1,10	1,01 - 1,20	0,031	--	--	--
Grande	1,16	0,98 - 1,38	0,074	--	--	--
Localização						
Capital	1,00	--	--	--	--	--
Não Capital	1,04	0,94 - 1,14	0,471	--	--	--
Entidades que promovem o programa						
Polícia Militar (Proerd) ¹	0,93	0,86 - 1,01	0,092	--	--	--
Equipe da própria escola ¹	1,22	1,13 - 1,32	<0,001	1,17	1,08 - 1,27	<0,001
Instituição da área da saúde ¹	1,17	1,08 - 1,27	<0,001	1,09	1,00 - 1,19	0,048
Secretaria da educação ¹	1,21	1,10 - 1,32	<0,001	1,20	1,09 - 1,33	<0,001
ONG'S não religiosas ¹	1,12	0,98 - 1,28	0,096	--	--	--
Grupos Religiosos ¹	1,09	0,96 - 1,24	0,201	--	--	--

¹ "Não" é a referência

Discussão

Os dados do presente estudo sugerem que a prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras se operacionaliza sem regularidade e com duração média de um trimestre, dirigidas principalmente aos alunos do ensino fundamental II (6º ao 9º ano), com integração de diferentes modelos teóricos e promovidos principalmente pela Polícia Militar (PM). Os fatores associados à presença de maior quantidade de princípios de boas práticas de prevenção nos programas identificados foram: pertencer à rede privada de ensino e receber programas ofertados por equipe da própria escola; instituição da área de saúde ou secretaria de educação.

No presente estudo, observou-se que algumas características dos programas de prevenção ao uso de drogas são semelhantes aos relatados por um estudo realizado em 79 escolas do município de São Paulo na década de 80¹⁷. A maior parte dos dirigentes que participaram do estudo de Carlini-Cotrim e Rosemberg¹⁷ relatou que os programas ocorriam com regularidade esporádica, sendo promovidos por entidades não educacionais e oferecidos principalmente aos alunos. Esse resultado sugere que as escolas brasileiras fizeram poucos progressos na direção da implementação de currículos de prevenção do uso de drogas baseados evidências nas últimas três décadas.

Estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos (EUA) sobre a prevalência de implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas mostraram que o progresso para implementação de currículos com evidências científicas comprovadas foi gradativo e lento^{5,18-21}. Esse progresso ocorreu com investimentos, medidas de políticas públicas consistentes e através de registro nacional de programas e práticas baseadas em evidência em prevenção ao uso de

drogas^{19,20}. No Brasil, a prevenção ao uso de drogas faz parte de um dos componentes de ação do “Programa Saúde na Escola” (PSE), uma parceria do Ministério da Saúde e da Educação, implantado nas escolas públicas, por meio de suporte do SUS, via “Estratégia de Saúde da Família”²², além de fazer parte do capítulo 4 da Política Nacional sobre Drogas.

Constatou-se neste estudo baixa inclusão dos familiares como público dos programas, sendo os alunos (94,0%) o principal público-alvo deles. Tal achado sugere que a maioria dos programas não contempla currículos integrados com a comunidade e família, prática de intervenção que seria necessária em programas eficazes de prevenção ao uso de drogas por adolescentes²⁴⁻²⁷.

Um trimestre foi o período médio de implantação dos programas. Esse período pode ser considerado adequado dependendo do conteúdo trabalhado⁹. A literatura científica sugere que o período das intervenções do programa ocorra em 10 a 15 seções estruturadas para atingir resultados positivos na prevenção ao uso de drogas¹². Dessa forma, considerando-se encontros semanais, espera-se um programa que ocorra no período de 3 a 4 meses.

Foi observado neste estudo que a PM é a principal entidade promotora de programas nas escolas brasileiras. O programa oferecido pela PM é o PROERD (Programa Educacional de Resistência às Drogas e Violência) que tinha por base, até 2014, ano em que os dados do presente estudo foram coletados, o Projeto DARE (Drug Abuse Resistance Education), desenvolvido pelo Departamento de Polícia dos EUA²⁸. Estudos de avaliação do programa DARE sugerem que o programa não foi eficaz na prevenção ao uso de drogas por adolescentes²⁹⁻³².

Observou-se ainda que programas de prevenção ao uso de drogas oferecidos nas escolas brasileiras combinavam mais de um modelo teórico. Estudos sugerem

que os programas que combinam vários modelos de prevenção foram significativamente mais eficazes do que aqueles baseados somente em um modelo^{23,33}.

Apesar de a maioria das escolas incluir modelos indicados pela literatura científica em seus programas, 45% das escolas ainda se utilizam do modelo de amedrontamento, que têm sido apontado como ineficaz na prevenção ao uso de drogas em adolescentes¹⁰. Outro resultado do estudo que evidencia a prática de intervenções que visam o amedrontamento nas escolas participantes é a oferta de palestras com ex-usuários como atividade do programa. A presença de ex-usuários de drogas nas atividades preventivas das escolas sugere a ausência de embasamento científico na prática preventiva de 40% das escolas, de que essa técnica preventiva está associada à ausência de efeito ou mesmo a resultados negativos^{12,27}.

Observou-se que a maioria das escolas realiza palestras com convidados, solicita trabalhos, apresenta filmes sobre drogas, fornece material, trata do tema drogas em eventos especiais e faz dinâmicas de grupo com os alunos. Entretanto, não ficou claro nos resultados do presente estudo, se essas atividades são ações isoladas ou ações integradas. Contudo, programas baseados em boas práticas em prevenção na escola proporcionam experiências práticas para os participantes, ao contrário de programas que oferecem apenas informações e discussão, permitindo que os alunos desenvolvam e pratiquem novas habilidades através de atividades interativas⁸.

Em relação às boas práticas de prevenção, os dirigentes relataram em média 8,3 dos 15 sugeridos pelo NIDA¹¹ presentes nos programas de prevenção ao uso de drogas das escolas participantes do estudo. As escolas trabalham em seus programas os fatores de risco e proteção, apresentam informações sobre as principais drogas,

oferecem treinamentos de habilidades no ensino fundamental e utilizam técnicas interativas. Porém, observou-se que mais de 60% dos programas não foram baseados em outros programas cuja eficácia foi comprovada, não envolveram treinamento de professores e não foi oferecido reforço do programa em momentos de transição da vida escolar, sugerindo falha de aspectos importantes de boas práticas em prevenção¹².

A maior quantidade de princípios de boas práticas de prevenção foi identificada em escolas privadas, o que pode ser consequência da disponibilidade de mais recursos financeiros para investimento em formação dos profissionais e compra de material adequado. O estudo realizado com 263 dirigentes de escolas do município de São Paulo sobre fatores associados à implementação de programas de prevenção ao uso de drogas, mostrou que as restrições econômicas são um grande desafio no processo de implantação na rede pública de ensino¹⁶.

Por fim, foi observado que programas ofertados por uma equipe da própria escola ou por uma instituição da área de saúde ou pela secretaria de educação aumentam a chance de apresentarem mais princípios de boas práticas. Esse resultado evidencia a importância do envolvimento da equipe da escola e do apoio da secretaria da educação na prática de prevenção ao uso de drogas para o desenvolvimento de atividades baseadas nos princípios de boas práticas em prevenção. Assim, a expansão das ações do PSE³⁴ pode contribuir para o avanço na prática de prevenção baseadas em evidencia nas escolas brasileiras.

Como limitações do estudo, destaca-se a dificuldade em se conseguir contato com 25% das escolas sorteadas, o que acabou reduzindo a possibilidade de generalização dos achados. Outra limitação diz respeito ao instrumento fechado e de autopreenchimento, que não permitiu investigarmos com mais detalhes os programas

que estão sendo implementados nas escolas e a compreensão exata das perguntas pelos respondentes. Idealmente, teríamos feito visitas para observar os programas de prevenção em todas as escolas, mas tais métodos estão além do escopo deste estudo. Apesar das limitações, esta é a primeira tentativa de avaliar as características dos programas em amostra probabilística de escolas brasileiras.

Conclusão

A prática de prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras necessita de aperfeiçoamento de ações. Os programas são realizados através de atividades que não se baseiam necessariamente nos princípios de boas práticas de prevenção. É de suma importância que os responsáveis pela adoção de um programa de prevenção se orientem pelas recomendações de boas práticas, a fim de que as ações desenvolvidas sigam evidências científicas de sucesso. A oferta de cursos de qualidade que instrumentalizem os profissionais do campo da prevenção, a elaboração de diretrizes nacionais de boas práticas em prevenção ao uso de drogas e a implantação de políticas públicas baseadas em evidências podem contribuir para garantir que os dirigentes das escolas brasileiras possam implantar um programa eficaz na prevenção ao uso de drogas e que se enquadre na proposta pedagógica de cada escola. Por fim, futuros estudos devem ser planejados para avaliar a eficácia e a efetividade desses programas, contribuindo na decisão dos dirigentes para a adoção de programas de melhor custo-efetividade.

Referências

1. Zavela KJ. Developing effective school-based drug abuse prevention programs. *Am J Health Behav.* 2002;26(4):252-265.
2. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive medicine.* 2008;46(5):385-396.
3. Hale DR, Fitzgerald-Yau N, Viner RM. A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence. *Am J Public Health.* 2014;104(5):e19-41.
4. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(5):CD009113.
5. LeNoue SR, Riggs PD. Substance Abuse Prevention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2016;25(2):297-305.
6. Werch CE, Owen DM. Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *J Stud Alcohol.* 2002;63(5):581-590.
7. Sloboda Z, Pyakuryal A, Stephens PC, et al. Reports of substance abuse prevention programming available in schools. *Prevention Science.* 2008;9(4):276-287.
8. Thom B. Good practice in school based alcohol education programmes. *Patient Educ Couns.* 2017;100 Suppl 1:S17-S23.
9. Nation M, Crusto C, Wandersman A, et al. What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist.* 2003;58(6-7):449.
10. Peters LW, Kok G, Ten Dam GT, Buijs GJ, Paulussen TG. Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC Public Health.* 2009;9:182.
11. NIDA. National Institute on Drug Abuse. Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders. Diane Publishing; 2003.
12. UNODC. International Standards on drug Use Prevention Viena. In: UNODC; 2013.
13. Granello DH, Wheaton JE. Online data collection: Strategies for research. *Journal of Counseling & Development.* 2004;82(4):387-393.
14. Andrews D, Nonnecke B, Preece J. Electronic survey methodology: A case study in reaching hard-to-involve Internet users. *International journal of human-computer interaction.* 2003;16(2):185-210.
15. Ringwalt CL, Ennett S, Vincus A, Thorne J, Rohrbach LA, Simons-Rudolph A. The prevalence of effective substance use prevention curricula in U.S. middle schools. *Prev Sci.* 2002;3(4):257-265.

16. Pereira AP, Paes Â, Sanchez ZM. Factors associated with the implementation of programs for drug abuse prevention in schools. *Rev Saude Publica*. 2016;50:44.
17. Carlini-Cotrim B, Rosemberg F. Drogas: prevenção no cotidiano escolar. *Cadernos de Pesquisa*. 1990. (74):40-46.
18. Hallfors D, Godette D. Will the Principles of Effectiveness' improve prevention practice? Early findings from a diffusion study. *Health Education Research*. 2002;17(4):461-470.
19. Ringwalt C, Hanley S, Vincus AA, Ennett ST, Rohrbach LA, Bowling JM. The prevalence of effective substance use prevention curricula in the nation's high schools. *J Prim Prev*. 2008;29(6):479-488.
20. Ringwalt C, Vincus AA, Hanley S, Ennett ST, Bowling JM, Haws S. The prevalence of evidence-based drug use prevention curricula in U.S. middle schools in 2008. *Prev Sci*. 2011;12(1):63-69.
21. Hanley SM, Ringwalt C, Ennett ST, et al. The prevalence of evidence-based substance use prevention curricula in the nation's elementary schools. *J Drug Educ*. 2010;40(1):51-60.
22. Brasil. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007: Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2007.
23. Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, DE 27 de outubro de 2005.
24. Das JK, Salam RA, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta ZA. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *J Adolesc Health*. 2016;59(4S):S61-S75.
25. Kuntsche S, Kuntsche E. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. *Clin Psychol Rev*. 2016;45:89-101.
26. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;9.
27. Griffin KW, Botvin GJ. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010;19(3):505-526.
28. Shamblen SR, Courser MW, Abadi MH, Johnson KW, Young L, Browne TJ. An international evaluation of DARE in São Paulo, Brazil. *Drugs: education, prevention and policy*. 2014;21(2):110-119.
29. Pan W, Bai H. A multivariate approach to a meta-analytic review of the effectiveness of the DARE program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2009;6(1):267-277.
30. Vincus AA, Ringwalt C, Harris MS, Shamblen SR. A short-term, quasi-experimental evaluation of DARE's revised elementary school curriculum. *Journal of drug education*. 2010;40(1):37-49.

31. West SL, O'Neal KK. Project DARE outcome effectiveness revisited. *American Journal of Public Health*. 2004;94(6):1027-1029.
32. Perry CL, Komro KA, Veblen-Mortenson S, et al. A randomized controlled trial of the middle and junior high school DARE and DARE Plus programs. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2003;157(2):178-184.
33. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(9):CD009307.
34. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. Intersectorality in the 'Health in Schools' Program: an evaluation of the political-management process and working practices. *Cien Saude Colet*. 2017;22(6):1781-1790.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do consumo de drogas na população é um problema sério de saúde pública (Bavarian *et al.*, 2015). O reconhecimento da necessidade de implementação de ações de prevenção ao uso de drogas pautadas em evidências científicas no período da adolescência é evidente na literatura (Bava e Tapert, 2010; Sloboda, 2014; Barry *et al.*, 2016). No Brasil, nota-se que o início do consumo ocorre no período da adolescência e a maioria da população dessa faixa etária está inserida no contexto escolar (Carlini *et al.*, Malta *et al.*, 2011; 2010; INEP, 2017). Porém, as publicações científicas não apresentam resultados sobre a real implantação de programas de prevenção ao uso de drogas e de suas características nas escolas brasileiras.

Dessa forma, o primeiro passo para avaliar a dimensão da implantação de programas escolares de prevenção ao uso de drogas no Brasil foi identificar a prevalência, identificar os fatores associados à implantação dos programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas do ensino fundamental II e ensino médio das redes pública e privada e conhecer as características de tais programas. Pretende-se, com o presente estudo, contribuir com esse campo tão importante e que carece de informações científicas.

Prevalências de programas de prevenção ao uso de drogas no Brasil

Constatou-se, com os resultados do presente estudo que a metade dos dirigentes das escolas participantes declarou possuir um programa de prevenção ao uso de droga inserido no currículo escolar. A incorporação do programa ao projeto político-pedagógico da escola é um dos princípios fundamentais para prevenção escolar sobre drogas (Meyer, 2004; Albertani e Sodelli 2014). No entanto, metade das

escolas pode não estar desenvolvendo programas de prevenção ao uso de drogas ou podem estar desenvolvendo ações pontuais e descontínuas. Assim, o presente estudo evidencia a dificuldade de integração do programa de prevenção ao uso de drogas ao currículo escolar. Nesse sentido, são necessárias ações emergentes que possam contribuir para os profissionais da educação enfrentar os desafios e obstáculos educacionais para aumento da prevalência e integração de programas de prevenção ao uso de drogas ao projeto político-pedagógico da escola.

Fatores associados à implantação dos programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras

Esta pesquisa forneceu informações relevantes acerca dos fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas de ensino fundamental II e ensino médio do Brasil. Os fatores associados identificados foram à rede de ensino à qual a escola pertence, região do Brasil em que a escola está localizada, presença de biblioteca nas suas instalações, desenvolvimento de atividades sobre sexualidade, oferecimento de atividades extracurriculares (“fora do horário regular das aulas”), desenvolvimento de atividades orientadas pelo “Programa Saúde na Escola – PSE” e ter dirigentes que participaram de curso de formação na área de drogas.

Os resultados evidenciaram que as escolas da rede pública de ensino têm mais chance de implementar um programa de prevenção quando comparado com a rede privada de ensino. Outro fator associado à característica demográfica da escola diz respeito à região do Brasil que a escola está localizada. As escolas da região Nordeste apresentaram menor chance de ter um programa de prevenção em comparação com

a região Sudeste. Assim, os achados do estudo evidenciam desigualdades, entre as regiões do país, em relação às ações preventivas ao uso de drogas nas escolas brasileiras, além de indicar a necessidade de investimento mais significativo em ações governamentais que alcancem as escolas do país como um todo.

Em relação à estrutura física da escola, o presente estudo mostrou que escolas que possuem biblioteca desenvolvem mais programas de prevenção ao uso de drogas do que aquelas que não possuem. Esse resultado denota outro perfil de desigualdade que está relacionado à disponibilidade de recursos para educação.

Além disso, aspectos da atividade curricular também se associam à implantação de programas. As escolas que oferecem atividades extracurriculares desenvolvem mais programas de prevenção ao uso de drogas do que as escolas que não oferecem tais atividades. O desenvolvimento de atividades sobre educação sexual está associado à presença de programa de prevenção ao uso de drogas. Esses dados sugerem que as ações de prevenção ao uso de drogas estão integradas com outras ações que contemplam, nas abordagens educativas, a interface entre a saúde e a educação. Logo, essas atividades curriculares apresentam-se como estratégias valiosas para o desenvolvimento saudável dos alunos (Jackson *et al.*, 2012; Habib *et al.*, 2014).

Os achados do presente estudo reforçam a importância da atuação intersetorial direcionadas para saúde dos alunos na implementação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas. O estudo sugere que ações do “Programa Saúde na Escola” (PSE) quase dobram a chance da existência de um programa de prevenção ao uso de drogas nas escolas que aderiram ao referido programa do Governo Federal.

Porém, observou-se que não são todas as escolas que recebem orientações do PSE que desenvolvem programas de prevenção ao uso de drogas, o que vai contra

as diretrizes desse programa e remete à necessidade de fiscalização do que tem sido ofertado nas diferentes escolas. Além disso, o PSE é implantado apenas em escolas públicas, o que sugere a necessidade de ampliação do programa para a rede privada de ensino.

Conforme preconizado na literatura, observou-se a importância dos dirigentes no que diz respeito à adoção de um programa de prevenção ao uso de drogas (Fagen; Flay, 2009; Little *et al.*, 2015). As escolas nas quais os dirigentes participaram de curso de formação sobre drogas tendiam a implementar programas de prevenção com mais frequência. Provavelmente, a capacitação dos dirigentes em curso de formação sobre drogas permite que esses profissionais despertem para a necessidade da implantação dos programas e se sintam preparados para desenvolver as diretrizes de um processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas na escola (Catalano *et al.*, 2012).

Características dos programas de prevenção ao uso de drogas no Brasil

Em relação às características dos programas de prevenção ao uso de drogas no Brasil, os resultados obtidos sugerem que a prevenção ao uso de drogas se operacionaliza sem regularidade e com duração média de um trimestre, dirigidas principalmente aos alunos do ensino fundamental II (6º ao 9º ano), com integração de diferentes modelos teóricos e promovidos principalmente pela Polícia Militar (PM).

Apesar de a maioria das escolas incluir modelos indicados pela literatura científica em seus programas, quase a metade ainda utiliza o modelo de amedrontamento, que tem sido apontado como ineficaz na prevenção ao uso de

drogas em adolescentes (Peters *et al.*, 2009). A presença de ex-usuários de drogas nas atividades preventivas das escolas sugere a ausência de embasamento científico na prática preventiva de 40% das escolas. Essa técnica preventiva está associada à ausência de efeito ou mesmo a resultados negativos. (Griffin e Botvin, 2010; UNODC, 2013).

Observou-se ainda que a maioria das escolas realiza palestras com convidados, solicita trabalhos, apresenta filmes sobre drogas, fornece material, trata do tema drogas em eventos especiais e faz dinâmicas de grupo com os alunos. Entretanto, não ficou claro se essas atividades são ações isoladas ou ações integradas ao programa desenvolvido na escola.

Princípios de boas práticas de prevenção nos programas desenvolvidos nas escolas brasileiras

É de suma importância que os responsáveis pela adoção de um programa de prevenção se orientem pelas recomendações de boas práticas, a fim de que as ações desenvolvidas sigam evidências científicas de sucesso (Nation, 2003). Porém, a formação dos dirigentes das escolas brasileiras requer aperfeiçoamento e adequação aos princípios de boa prática em prevenção. Constatou-se que em relação às boas práticas de prevenção, os dirigentes relataram em média 8,3 dos 15 sugeridos pelo NIDA, 2003. As escolas trabalham em seus programas os fatores de risco e proteção, apresentam informações sobre as principais drogas, oferecem treinamentos de habilidades no ensino fundamental e utilizam técnicas interativas. Entretanto, a maioria dos programas não foi baseada em outros programas cuja eficácia foi comprovada, não envolveu treinamento de professores e não foi oferecido reforço do

programa em momentos de transição da vida escolar, sugerindo falha de aspectos importantes de boas práticas em prevenção (NIDA, 2003).

Os resultados permitiram identificar os fatores associados à presença de maior quantidade de princípios de boas práticas de prevenção nos programas desenvolvidos nas escolas brasileiras: pertencer à rede privada de ensino e receber programas ofertados por equipe da própria escola; instituição da área de saúde ou secretaria de educação.

Observou-se maior quantidade de princípios de boas práticas de prevenção em escolas privadas, o que pode ser consequência da disponibilidade de mais recursos financeiros para investimento em formação dos profissionais e compra de material adequado em escolas da rede privada de ensino. Talvez as escolas da rede pública estejam ofertando programas de qualidade inferior quando comparados aos programas da rede privada de ensino, pois os resultados evidenciam que há menos princípios de boas práticas presentes nos programas das escolas públicas.

É notória, nos achados deste estudo, a importância do apoio da secretaria da educação e dos profissionais da área da saúde no desenvolvimento de programas de prevenção ao uso de drogas baseadas nos princípios de boas práticas em prevenção. Constatou-se que programas ofertados por uma equipe da própria escola ou por uma instituição da área de saúde ou pela secretaria de educação aumentam a probabilidade de apresentarem mais princípios de boas práticas. Portanto, a ampliação e aperfeiçoamento das ações do PSE, parcerias consistentes entre os setores da educação e da saúde e, cursos de formação para equipe da escola, poderão contribuir para a prática eficaz nas intervenções preventivas sobre drogas nas escolas brasileiras.

Limitações do estudo

Os resultados deste estudo devem ser considerados com base em algumas limitações. A coleta de dados via internet gerou um índice de aceite relativamente baixo entre os diretores e as escolas não participantes diferiram das escolas participantes em relação à região do Brasil e do tipo de escola. Houve perdas maiores na região Norte e Centro-Oeste do país e entre escolas privadas. Além disso, é possível que tenha havido algum viés de informação nas respostas, visto que o questionário é de autopreenchimento e está sujeito à interpretação individual do respondente e também o instrumento fechado não permitiu investigarmos com mais detalhes os programas que estão sendo implementados nas escolas e a compreensão exata das perguntas pelos respondentes. Idealmente, teríamos feito visitas para observar os programas de prevenção em todas as escolas, mas tais métodos estão além do escopo deste estudo. E, devido ao desenho do estudo transversal, não se pode inferir causalidade entre os fatores associados e a implantação de programas, pois não se identifica a relação temporal entre eles.

Recomendações e conclusões

Os programas de prevenção ao uso drogas no Brasil ainda requerem aperfeiçoamento do ponto de vista teórico e prático. Em geral, percebe-se que a implantação e execução de programas de prevenção ao uso de drogas são desafiantes. A partir dos dados obtidos neste estudo e investigações da literatura científica, algumas recomendações importantes poderão contribuir para a expansão de programas baseados em evidências científicas no Brasil, sendo elas:

- Produção e disseminação do conhecimento científico que possa estimular a adoção de novos programas e contribuir para a prática baseada em evidência científica;
- Implementação de um registro nacional de programas baseados em evidência em prevenção ao uso de drogas, incluindo diretrizes de como elaborá-los;
- Estrutura política e legislativa favorável para a implementação de programas de prevenção baseados em evidências científicas no contexto escolar;
- Investimento em pesquisa de avaliação de eficácia dos programas desenvolvidos no país;
- Uma política de coordenação de vários setores e níveis (nacional, estadual e municipal) para subsidiar e acompanhar o desenvolvimento de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas;
- Formação em prevenção ao uso de drogas de profissionais das áreas de saúde e educação;
- Compromisso dos dirigentes em relação à prática de prevenção baseada em evidência científica;
- Investimento em infraestrutura e em material didático para o desenvolvimento dos programas;
- Expansão das políticas públicas para rede privada de ensino;
- Ações governamentais consistentes em parceria com pesquisadores da área de prevenção, que auxiliem na tomada de decisão das políticas de prevenção;
- Elaboração de diretrizes nacionais de boas práticas em prevenção ao uso de drogas.

No entanto, todas as propostas sugeridas acima dependem de esforços dos envolvidos com a prevenção ao uso de drogas no Brasil, pesquisadores, dirigentes,

profissionais da saúde e até mesmo dos profissionais da segurança pública, uma vez que a Polícia Militar é a principal entidade promotora dos programas no Brasil.

Conforme sugerido pela UNODC (2003), faz-se necessária para o desenvolvimento de programas de prevenção ao uso de drogas no Brasil a implantação de um sistema nacional eficaz de prevenção ao uso de drogas que proporcione um conjunto integrado de ações e políticas baseadas em evidências científicas.

Deseja-se com este estudo elucidar profissionais da educação, da saúde, pesquisadores e governantes sobre as relações entre fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas e a importância da prática baseada em evidência científica. A partir dos dados aqui apresentados, espera-se que ações preventivas sejam pautadas em princípios de boa prática de prevenção. Porém, sem esforços políticos e sem divulgações científicas de práticas eficazes no Brasil, pouco será conquistado. Futuros estudos devem ser planejados para avaliar a eficácia e a efetividade desses programas, contribuindo na decisão dos dirigentes para a adoção de programas de melhor custo-efetividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albertani HMB, Sodelli M. Drogas e educação: a escola (real) e a prevenção (possível). In: Rozani TM, Silveira PS. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar*. Juiz de Fora : UFJF; 2014. p. 133-155.

Andrews D, Nonnecke B, Preece J. Electronic survey methodology: A case study in reaching hard-to-involve Internet users. *International journal of human-computer interaction*. 2003.16(2):185-210.

Araújo UF. *Temas Transversais e a Estratégia de Projetos*. São Paulo: Moderna. 2003. p.111.

Barry AE, King J, Sears C, Harville C, Bondoc I, Joseph K. Prioritizing alcohol prevention: establishing alcohol as the gateway drug and linking age of first drink with illicit drug use. *Journal of school health*. 2016. 86(1):31-38.

Bava S, Tapert SF. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology review*. 2010. 20(4):398-413.

Bavarian N, Duncan R, Lewis KM, Miao A, Washburn IJ. Adolescent Substance Use Following Participation in a Universal Drug Prevention Program: Examining Relationships With Program Recall and Baseline Use Status. *Subst Abus*. 2015. 36(3):359-367.

Bond LA, Hauf AMC. Taking Stock and Putting Stock in Primary Prevention: Characteristics of Effective Programs. *The Journal of Primary Prevention*. 2004. 24(3):199-221.

Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Jama*. 1995. 273(14):1106-1112.

Brasil. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007: Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2007.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional sobre drogas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde na escola. *Cadernos de Atenção Básica*, 2009. 24: 96.

Brasil. 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, 2010.

Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília: MEC, 1997.

Campello G, Sloboda Z, Heikkil H, Brotherhood A. International standards on drug use prevention: the future of drug use prevention world-wide. *International Journal of Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*. 2014.1(2):6-27.

Campos GM, Figlie NB. Prevenção ao uso nocivo de substâncias focada no indivíduo e no ambiente. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.481- 494.

Carlini ELA, Noto AR, Sanchez ZM, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. In. São Paulo SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.; 2010.

Carlini-Cotrim B, Rosemberg F. Drogas: prevenção no cotidiano escolar. *Cadernos de Pesquisa*. 1990. 74:40-46.

Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, Greenberg MT, Irwin CE, Ross DA, Shek DTL. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*. 2012. 379(9826):1653-1664.

Cordova D, Estrada Y, Malcolm S, Huang S, Brown CH. Pantin, H., & Prado, G. Prevention science: An epidemiological approach. *Defining prevention science*. Springer; 2014. p.1-23.

Cossu G, Cantone E , Pintus M , Cadoni M , Pisano A, Otten R, Kuijpers R, Pintus E, Sancassiani F, Moro MF, Holzinger A, Mereu A, Preti A, Carta MG. Integrating Children with Psychiatric Disorders in the Classroom: A Systematic Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. 2015. 11(Suppl 1 M3):41.

Das JK, Salam RA, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta ZA. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *J Adolesc Health*. 2016. 59(4S):S61-S75.

Domitrovich CE, Bradshaw CP, Poduska JM, Hoagwood K, Buckley JA, Olin S, Romanelli LH, Leaf PJ, Greenberg MT, Jalong NS. Maximizing the implementation quality of evidence-based preventive interventions in schools: A conceptual framework. *Advances in School Mental Health Promotion* . 2008. 1(3):6-28.

Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime - UNODC. *Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas*. Viena: UNODC, 2013.

Espada JP, González MO, Orgilés M, Lloret D, Guillén-Riquelme A. Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*. 2015. 27(1):5-12.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011. 284p.

Fagen MC, Flay BR. Sustaining a school-based prevention program: results from the Aban Aya Sustainability Project. *Health Educ Behav.* 2009. 36(1):9-23.

Faggiano F, Galanti MR, Bohrn K, Burkhart G, Vigna-Taglianti F, Cuomo L, Fabiani L, Panella M, Perez T, Siliquini R, Kreeft PVD, Vassara M, Wiborg G. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *Prev Med.* 2008b. 47(5):537-543.

Faggiano, Vigna-Taglianti FD, Versino E, ZambonA, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive medicine.* 2008a. 46(5):385-396.

Ford CB, Keegan N, Poduska JM, Kellam SG, Litman J. *Good Behavior Game Implementation Manual.* Washington: American Institute for Research. 2003.

Forster M, Grigsby TJ, Bunyan A, Unger JB, Valente TW. The protective role of school friendship ties for substance use and aggressive behaviors among middle school students. *Journal of school health.* 2015. 85(2):82-89.

Foxcroft DR. Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? *Prevention Science.* 2014. 15(6):818-822.

Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011. 124p.

Giannotta F, Vigna-Taglianti F, Galanti MR, Scatigna M, Faggiano F. Short-term mediating factors of a school-based intervention to prevent youth substance use in Europe. *J Adolesc Health.* 2014. 54(5):565-573.

Gosin M, Marsiglia FF, Hecht ML. keepin'it REAL: A drug resistance curriculum tailored to the strengths and needs of pre-adolescents of the southwest. *Journal of Drug Education.* 2003. 33(2):119-142.

Granello DH, Wheaton JE. Online data collection: Strategies for research. *Journal of Counseling & Development.* 2004;82(4):387-393.

Greenberg MT. School-based prevention: Current status and future challenges. *Effective Education.* 2010 2:27–52.

Griffin KW, Botvin GJ. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2010. 19(3):505-26.

Guo JL, Lee TC, Liao JY, Huang CM. Prevention of illicit drug use through a school-based program: results of a longitudinal, cluster-randomized controlled trial. *J Adolesc Health.* 2015. 56(3):314-322.

Habib EL, Zimmerman MA, Ostaszewski K. International note: prevailing with extracurricular activities in an alcohol-dominated environment: sex differences in resilience among middle school youth. *J Adolesc.* 2014.37:901-4.

Hale DR, Fitzgerald-Yau N, Viner RM. A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence. *Am J Public Health*. 2014. 104(5):e19-41.

Halfors D, Godette D. Will the Principles of Effectiveness' improve prevention practice? Early findings from a diffusion study. *Health Education Research*. 2002. 17(4):461-470.

Hansen WB, Dusenbury L, Bishop D, Derzon JH. Substance abuse prevention program content: systematizing the classification of what programs target for change. *Health Education Research*. 2007. 22(3):351-360.

Harrop E, Catalano RF. Evidence-based prevention for adolescent substance use. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2016. 25(3):387-410.

Harthun ML, Dustman PA, Reeves LJ, Hecht ML, Marsiglia FF. Using community-based participatory research to adapt keepin' it REAL. *Journal of Alcohol & Drug Education*. 2009. 53:12-38.

Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. *Addictive behaviors*. 2002. 27(6):951-976.

Hopfer S, Shin Y, Davis D, Elek E, Kam J, Hecht M. A review of elementary school-based substance use prevention programs: identifying program attributes. *J Drug Educ*. 2010. 40(1):11-36.

Horta RL, Horta BL, Costa AWN, Prado RR, Oliveira-Campos M, Malta DC. Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014. 17(Suppl 1):31-45.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). *Censo escolar da educação básica de 2016*. Brasília: Ministério da Educação - INEP, 2017.

Iglesias EB. *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002. 480p.

Ishaak F, de Vries NK, van der Wolf K. Test implementation of a school-oriented drug prevention program "Study without Drugs": pre- and post-testing for effectiveness. *BMC Public Health*. 2014. 14:590

Jacobina OMP, Nunes MC, PIREZ MG, Pinheiro JL. Integrando o tema drogas às disciplinas curriculares. In: Brasil. *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Educação*. 6 ed. Brasília: Ministério da Justiça; 2014. p.206-210.

Jackson C, Geddes R, Haw S, Frank J. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*. 2012. 107:733-47.

Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, Toyinbo P, Petras H, Ford C, Windham A, Wilcox HC. Effects of a universal classroom behavior management

program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008. 95(Suppl. 1):1-28.

Kreeft, PVD, Wiborg G, Galanti MR, Siliquini R, Bohrn K, Scatigna M, Lindahl AM, Melero JC, Vassara M, Faggiano F, EU-Dap Group. 'Unplugged': A new European school programme against substance abuse. *Drugs: Education, Prevention & Policy*. 2009. 16(2):167-181.

Leavell HR, Clark EG. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. An Epidemiologic Approach. 1958.

Lennox RD, Cecchini MA. The NARCONON drug education curriculum for high school students: a non-randomized, controlled prevention trial. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2008. 3:8.

LeNoue SR, Riggs PD. Substance Abuse Prevention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016. 25(2):297-305.

Little MA, Pokhrel P, Sussman S, Rohrbach LA. The process of adoption of evidence-based tobacco use prevention programs in California schools. *Prev Sci*. 2015. 16(1):80-89.

Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil - A national survey. *Addictive Behaviors*. 2012. 37:1171-1175.

Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, Neto OLM. Prevalence of alcohol and drug consumption among adolescents: data analysis of the National Survey of School Health. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2011. 14:136-146.

McBride N. A systematic review of school drug education. *Health Education Research*. 2003. 18(6):729-742.

Meyer L. *Principles for school drug education*. Canberra, Austrália: Department of Education, Science, & Training. 2004. 60p.

Midford R, Munro G, McBride N, Snow P, Ladzinski U. Principle that underpin effective school-based drug education. *J. Drug Education*. 2002. 32(4):363-386.

Midford R. Drug prevention programmes for young people: where have we been and where should we be going? *Addiction*. 2010. 105(10):1688-1695.

Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*. 2007. 119(1):76-85.

Moreira A, Lemos Vóvio C, De Micheli D. Prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador. *Educação e Pesquisa*. 2015. 41(1):119-135.

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

Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer K L, Seybolt D, Morrissey-Kane E, Davino K. What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*. 2003. 58(6-7):449.

National Institute on Drug Abuse - NIDA. *Preventing Drug Use Among Children and Adolescent: a research-based guide*. 2 ed. Bethesda, MD: NIH Publications, 2003. 41p.

Neto MTS. *Avaliação das características dos programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas implantados nas escolas brasileiras* [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2016. 148p.

O'Connell ME, Boat T, Warner KE. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People:: Progress and Possibilities. *National Academies Press*. 2009.

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

Paiva FS, Costa PHA. Participação juvenil: uma alternativa para se abordar o uso de drogas no espaço escolar. In: Rozani TM, Silveira PS. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2014. p. 113-132.

Pan W, Bai H. A multivariate approach to a meta-analytic review of the effectiveness of the DARE program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2009;6(1):267-277.

Pedroso RT, Merchan-Hamann E. Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras. *Cien Saude Colet*. 2017. [periódico na internet]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/adequacoes-do-piloto-do-programa-unpluggedtamojunto-para-promocao-a-saude-e-prevencao-de-drogas-em-escolas-brasileiras/16130?id=16130>

Pentz MA. Evidence-based prevention: characteristics, impact, and future direction. *J Psychoactive Drugs*. 2003. 35(Suppl 1):143-52.

Pentz MA. Form follows function: Designs for prevention effectiveness and diffusion research. *Prevention Science*. 2004. 5(1):23-29.

Pentz MA, Dwyer JH, MacKinnon DP, Flay BR, Hansen WB, Wang EYI, Johnson CA. A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. *Jama*. 1989. 261(22):3259-3266.

Pereira AP, Paes Â, Sanchez ZM. Fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas. *Rev Saude Publica*. 2016. 50:44.

Peters LW, Kok G, Ten Dam GT, Buijs GJ, Paulussen TG. Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*. 2009. 9:182.

Petersen I, Evans-Lacko S, Semrau M, Barry MM, Chisholm D, Gronholm P, Egbe CO, Thornicroft G. Promotion, prevention and protection: interventions at the population and community-levels for mental, neurological and substance use disorders in low and middle-income countries. *Int J Ment Health Syst*. 2016. 10(1):30.

Placco, VMNS, Souza, VLT, Almeida, LR. O coordenador pedagógico: aportes à proposição de políticas públicas. *Cad. Pesqui*. 2012. 42(147):754-771.

PROERD. Currículo para crianças do 5º ano do ensino fundamental: Caindo na REAL / D.A.R.E. America; PMMG; tradução de Silas Tiago O. Melo e Soraya Érica Rodrigues Matoso. Belo Horizonte: PMMG, 2015.

PROERD. Manual do Instrutor do 7º ano: Caindo na REAL / University of Arizona; PMMG; tradução coordenada por Bárbara G. J. Miranda. Belo Horizonte: PMMG, 2013.

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

Ringwalt C, Hanley S, Ennett ST, Vincus AA, Bowling JM, Haws SW, Rohrbach LA. The effects of No Child Left Behind on the prevalence of evidence-based drug prevention curricula in the nation's middle schools. *J Sch Health*. 2011. 81(5):265-272.

Ringwalt CL, Pankratz MM, Jackson-Newsom J, Gottfredson NC, Hansen WB, Giles SM, Dusenbury L. Three-Year Trajectory of Teachers' Fidelity to a Drug Prevention Curriculum. *Prev Sci*. 2010. 11:67-76.

Ringwalt CL, Ennett S, Vincus A, Thorne J, Rohrbach LA, Simons-Rudolph A. The prevalence of effective substance use prevention curricula in U.S. middle schools. *Prev Sci*. 2002;3:257-65.

Robertson EB, David SL, Rao SA. Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders. *Diane Publishing*, 2003.

Robertson EB et al. Drug use prevention: Definitions and terminology. 2015.

Rohrbach LA, Ringwalt CL, Ennett ST, Vincus AA. Factors associated with adoption of evidence-based substance use prevention curricula in US school districts. *Health Educ Res*. 2005. 20(5):514-526.

Royse D, Thyer BA, Padgett DK. *Program evaluation: An introduction to an evidence-based approach*. Cengage Learning, 2015.

Sartes LMA, Gumier AB, Fernandes LR, Ferreira ML. Fatores de risco e de proteção para o uso de álcool e outras drogas. In: Rozani TM, Silveira PS. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar*. Juiz de Fora : UFJF; 2014. p.91-111.

Sanchez ZM. Boas práticas em prevenção ao uso de drogas. In: *Seminário de Boas Práticas em Prevenção ao uso de Drogas*. Secretaria do estado de desenvolvimento social. Governo do Estado de São Paulo, 2016. p.20-29.

Sanchez ZM. Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas. In: Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas *Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*. 6. ed. Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. p.142.169

Sanchez ZM, Valente JY, Sanudo A, Pereira AP, Cruz JI, Schneider D, Andreoni S. The #Tamojunto Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*. 2017. 18(7):772-782

Sanchez ZM, Sanudo A, Andreoni S, Schneider D, Pereira AP, Faggiano F. Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. *BMC Public Health*. 2016. 16:1-10.

Shamblen SR, Courser MW, Abadi MH, Johnson KW, Young L, Browne TJ. An international evaluation of DARE in São Paulo, Brazil. *Drugs: education, prevention and policy*. 2014;21(2):110-119.

Scheier LM. *Handbook of drug use etiology: Theory, methods, and empirical findings*. American Psychological Association, 2010.

Schneider DR, Pereira APD, Cruz JI, Strelow M, Chan G, Kurki A, Sanchez ZM. Evaluation of the Implementation of a Preventive Program for Children in Brazilian Schools. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2016. 36(3):508-519.

Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005. 10(3):707-717.

Simões CA, Moll J, Malheiro MFS, Rabelo MK. Programas de promoção de saúde integrados na Política Nacional de Educação: O papel da escola na prevenção do uso de drogas. In: Brasil. *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Educação*. 6 ed. Brasília: Ministério da Justiça; 2014. p.170-77.

Sloboda Z. Reconceptualizing drug use prevention processes. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*. 2014. 26(1):3-9.

Sloboda Z. Vulnerability and risks: Implications for understanding etiology and drug use prevention. In: Scheier IM. *Handbook of adolescents drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice*. Washington: American Psychological Association; 2015.

Sloboda Z, Bukoski WJ. *Handbook of drug abuse prevention: theory, science, and practice*. New York: Plenum Publishers, 2003. 692p.

Sloboda Z, Glantz MD, Tarter RE. Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implications for prevention. *Substance use & misuse*. 2012. 47(8-9):944-962.

Sloboda Z, Pinsky I, Bessa M. Programas de prevenção ao uso de drogas em escolas dos EUA. Pinsky I, Bessa M. *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Editora Contexto; 2004. p. 106-122.

Sloboda Z, Pyakuryal A, Stephens PC, Teasdale B, Forrest D, Stephens RC, Grey SF. Reports of substance abuse prevention programming available in schools. *Prevention Science*. 2008. 9(4):276-287.

Small SA, Cooney SM, O'Connor. Evidence-Informed Program Improvement: Using Principles of Effectiveness to Enhance the Quality and Impact of Family-Based Prevention Programs. *Family Relations*. 2009. 581-513.

Snyder SM, Howard MO. Patterns of Inhalant Use among Incarcerated Youth. *PLoS One*. 2015. 10(9):e0135303.

Stead M, Stradling R, MacNeil, M, MacKintosh AM, Minty S. Implementation evaluation of the Blueprint multi-component drug prevention programme: fidelity of school component delivery. *Drug and alcohol review*. 2007. 26(6):653-664.

Stolle M, Stappenbeck J, Wendell A, Thomasius R. Family-based prevention against substance abuse and behavioral problems: culture-sensitive adaptation process for the modification of the US-American Strengthening Families Program 10–14 to German conditions. *Journal of Public Health*. 2011. 19(4):389-395.

Sudbrack MFO, *Conceição MIG, RAMOS MEC*. Escola em rede: Políticas públicas integradas na prevenção do uso de drogas para crianças e adolescentes. In: Brasil. *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Educação*. 6 ed. Brasília: Ministério da Justiça; 2014. p.75-82.

Sudbrack MFO, Cestari DM. O modelo sistêmico e da educação para a saúde na prevenção da drogadição no contexto da escola: proposta do Projeto Piloto SENAD/MEC e UNB. Proceedings of the 1th Simpósio Internacional do Adolescente. 2005.

Sudbrack MFO, Seidl EMF, Costa LF. Da teoria à prática: Construindo um projeto de prevenção. In: Brasil. *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Educação*. 6 ed. Brasília: Ministério da Justiça; 2014. p.257-264.

Sy A, Glanz K. Factors influencing teachers' implementation of an innovative tobacco prevention curriculum for multiethnic youth: Project SPLASH. *J Sch Health*. 2008. 78(5):264-273.

Thom, B. Good practice in school based alcohol education programmes. *Patient Educ Couns.* 2017. 100(Suppl 1):S17-S23.

Tobler NS. Drug prevention programs can work: Research findings. *Journal of addictive diseases.* 1992. 11(3):1-28.

Veiga, IPA. Projeto político-pedagógico da escola. Uma construção possível. São Paulo: Papirus, 2001.

Velasco V, Griffin KW, Botvin GJ, Lombardia CCGL. Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training. *Prevention Science.* 2017. 18(4):394-405.

Werch CE, Owen DM. Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *J Stud Alcohol.* 2002. 63(5):581-590.

Yule AM, Prince JB. Adolescent substance use disorders in the school setting. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics.* 2012. 21(1):175-186.

ANEXOS

Anexos

Anexo 1: Convite

Prezados Diretores e/ou Coordenadores,

Convidamos a coordenação pedagógica e/ou direção da sua escola para participar da pesquisa “Prevenção ao uso de drogas nas escolas Brasileiras: Diagnóstico da situação atual e fatores associados à implantação de programas.

Esta pesquisa pretende realizar um diagnóstico das ações desenvolvidas para prevenção ao uso de drogas nas escolas do ciclo fundamental II (6º a 9º ano) e ensino médio (1º a 3º ano). Acreditamos que este estudo seja importante para conhecermos as possíveis atividades de prevenção abordadas nas escolas brasileiras.

A sua colaboração nesta pesquisa é fundamental para contribuir na criação de programas adequados para as escolas públicas e privadas. Para isto, basta responder algumas questões ONLINE, o que tomará menos de 10 minutos de seu tempo.

Mesmo que as atividades e programas não existam em sua escola, será importante a sua colaboração no preenchimento do questionário, visto que também visamos conhecer as possíveis dificuldades para o desenvolvimento de programas de prevenção nas escolas.

Em nenhuma hipótese serão identificadas as escolas e os dirigentes entrevistados.

Convidamos você a começar a responder ao questionário clicando no seguinte link (seguro):

<https://pt.surveymonkey.com/s.aspx>

Apoio:

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CNPq - Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo

Atenciosamente,

Ana Paula Dias Pereira
Doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP
Fone: (11) 99688-7480
ana.dias@unifesp.br

Caso não queira participar clique no link abaixo:

<https://pt.surveymonkey.com/optout.aspx>

Anexo 2: Termos de consentimento livre e esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NAS ESCOLAS BRASILEIRAS: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL E FATORES ASSOCIADOS À IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS

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

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

Procedimentos: A participação no projeto envolve o preenchimento de um questionário online sobre as atividades e programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas. Também serão questionadas informações sobre as características da escola, e a experiência profissional do dirigente. A aplicação dos questionários, para todas as escolas, se dará através de e-mail que serão encaminhados aos dirigentes com o link para acesso ao questionário. Para fins deste estudo, considera-se dirigente da escola o diretor e o coordenador pedagógico.

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

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

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

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

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

*** 1. DECLARAÇÃO:**

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa “Prevenção ao uso de drogas nas escolas Brasileiras: Diagnóstico da situação atual e fatores associados à implantação de programas”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Li e aceito participar

Li e NÃO aceito participar

Anexo 3: Questionário

I) Dados do Entrevistado:	
*2. Gênero:	
<input type="radio"/> Feminino	
<input type="radio"/> Masculino	
*3. Quantos anos você tem?	
anos	<input type="text"/>
*4. Qual a sua escolaridade?	
<input type="radio"/> Ensino médio completo	
<input type="radio"/> Ensino superior incompleto	
<input type="radio"/> Ensino superior completo	
<input type="radio"/> Pós-graduado latu-sensu (especialização)	
<input type="radio"/> Pós-graduado strictu-sensu (mestrado ou doutorado)	
*5. Qual o seu cargo na escola?	
<input type="radio"/> Diretor (a)	
<input type="radio"/> Coordenador (a) pedagógico	
<input type="radio"/> Coordenador (a) do programa de prevenção	
Outro (especifique)	<input type="text"/>
*6. Há quantos anos está trabalhando neste cargo atual?	
anos	<input type="text"/>
*7. Há quantos anos trabalha nesta escola?	
Anos	<input type="text"/>
*8. Há quantos anos trabalha na educação?	
Anos	<input type="text"/>

II) Dados da Escola

***9. Qual nível de ensino é oferecido em sua escola?(pode assinalar mais de uma opção)**

Nível Básico - Ciclo I

Nível Básico - Ciclo II

Ensino Médio

Outro (especifique)

10. Qual o valor médio das mensalidades da escola?

não cobramos mensalidade

valor: R\$ ____ (não digite centavos- o sistema não aceita vírgula)

***11. Aproximadamente quantos alunos estão matriculados em sua escola neste ano letivo?**

Ciclo I - Total alunos

Ciclo II - Total alunos

Ensino Médio - Total alunos

Outro Ensino Oferecido- Total de alunos

***12. Aproximadamente qual o número total de professores que lecionam na sua escola?**

Total

III) " Educação em Saúde" na escola

*** 13. Você concorda que a escola é um espaço adequado para trabalhar temas ligados a Saúde?**

- Concordo
 Discordo
 Indiferente

*** 14. A sua escola desenvolve atividades com o objetivo de trabalhar conteúdos relacionados à saúde?**

- Sim
 Não

*** 15. A sua escola desenvolve atividades com o objetivo de trabalhar conteúdos relacionados à sexualidade?**

- Sim
 Não

*** 16. A sua escola desenvolve atividades com o objetivo de trabalhar hábitos alimentares?**

- Sim
 Não

*** 17. Sua escola desenvolve alguma atividade orientada pelo PSE (Programa de Saúde do Escolar), organizado pela Estratégia de Saúde da Família do governo federal?**

- Sim
 Não

IV) A escola e as Drogas

***18. Você acha possível trabalhar com conteúdos relacionados ao uso de drogas com os alunos da sua escola?**

- Sim, com a maioria dos alunos
- Sim, com a metade dos alunos
- Sim, com a minoria dos alunos
- Não

***19. Frente ao flagrante de um aluno usando ou portando drogas, qual a medida que a escola toma?**

(pode assinalar mais de uma opção)

- Nenhuma
- Orientação sem punição do aluno
- Comunicação aos pais do aluno
- Advertência
- Suspensão
- Expulsão

Outro (especifique)

20. Caso sua escola comunique aos pais, isso ocorre de que forma? (pode assinalar mais de uma opção)

- Por escrito
- Convida os pais para conversar pessoalmente

Outro (especifique)

***21. Na sua escola, algum aluno já foi pego portando ou consumindo drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, lança, cola de sapateiro, loló, ecstasy, LSD e metanfetamina)?**

- Sim
- Não

***22. Na sua escola, algum aluno já foi pego portando ou consumindo álcool?**

- Sim
- Não

***23. Na sua escola, algum aluno já foi pego portando ou consumindo tabaco?**

Sim

Não

***24. A sua escola oferece aos alunos atividades extracurriculares (fora do horário regular de aula)?**

Não

Atividades esportivas ou físicas

Atividades científicas

Atividades culturais

Outro (especifique)

V) Capacitação na área de drogas:

***25. Você já participou de algum curso sobre o tema drogas (qualquer tipo de curso)?**

- Sim
 Não

***26. De quantas horas foi este curso de formação na área de drogas?**

- Nunca participei de curso de formação na área de drogas
 Até 8 horas
 De 9 a 40 horas
 Mais de 40 horas

***27. Nota-se preparo por parte dos professores para lidarem com assuntos relacionados às drogas?**

- Sim, a maioria dos professores estão preparados
 Sim, a metade dos professores estão preparados
 Sim, a minoria professores estão preparados
 Não

***28. Você concorda que a escola é um espaço adequado para desenvolver um programa de prevenção ao uso de drogas?**

- Concordo
 Discordo
 Indiferente

***29. Você concorda que há professor(es) preparado(s) para coordenar um programa de prevenção ao uso de drogas na sua escola?**

- Concordo
 Discordo
 Indiferente

VI) Prevenção do uso de drogas na escola

***30. A escola possui um programa de prevenção ao uso de drogas que está inserido no cotidiano e no programa pedagógico da escola?**

Sim

Não

***31. Qual a frequência da realização das atividades de prevenção ao uso de drogas na sua escola?**

Esporádica (sem regularidade)

Sistemática (com regularidade)

Nunca desenvolvemos nenhuma atividade

***32. Qual o período de duração do programa de prevenção ao uso de droga desenvolvido na escola?**

Não temos programa de prevenção ao uso de drogas

menos de um mês

um mês

um trimestre

um semestre

um ano

***33. Para qual nível de ensino é oferecido o programa de prevenção do uso de drogas?**

(pode assinalar mais de uma opção)

Não temos programa de prevenção ao uso de drogas

Nível Básico - Ciclo I

Nível Básico - Ciclo II

Ensino Médio

*** 34. Nos últimos 5 anos, a sua escola tem tomado qualquer das seguintes ações:**
(Por favor seleccione sim ou não para cada ação)

	Sim	Não
a. Aplicou um questionário para avaliar o consumo de drogas entre os alunos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Desenvolveu metas e objetivos mensuráveis para seu programa de prevenção do uso de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Adaptou no currículo um programa de prevenção do uso de substância que tem se mostrado eficaz, com base em evidências de avaliação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Consultou ou solicitou a colaboração de pais para realização de algum programa de prevenção ao uso de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Avaliou a eficácia do programa de prevenção do uso de drogas realizado na escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Inseriu os pais ou a comunidade nos programas de prevenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***35. Existe alguma das seguintes barreiras para a implementação de programas de prevenção do uso de drogas na sua escola?**

	Sim	Não
a. Falta de materiais didáticos adequados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Falta de dinheiro / recursos para compra de materiais instrucionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Falta de tempo para formação de professores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Demandas concorrentes para o ensino das disciplinas regulares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Prevenção ao uso de drogas não é uma alta prioridade para diretores das escolas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Prevenção ao uso de drogas não é uma alta prioridade para os professores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Resistência a partir do conselho escolar ou pais para o ensino de prevenção ao uso de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Pressão do tráfico para não implantação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Falta de apoio dos professores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***36. Que entidade promove o programa de prevenção na sua escola? (pode assinalar mais de uma opção)**

- Não temos programa de prevenção
- Uma equipe da própria escola
- A Secretaria de Educação
- Polícia - PROERD
- Grupos religiosos
- ONG's não religiosas
- Instituições da área de saúde

Outro (especifique)

***37. A sua escola usa algum destes modelos em programa de prevenção ao uso de drogas?**

	Sim	Não
a. Amedrontamento: enfatizam as conseqüências negativas do uso de drogas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Educação para o conhecimento científico: oferece informações sobre drogas de modo imparcial e científico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Treinamento para resistir: realiza exercícios com o objetivo de desenvolver habilidades para resistir às pressões do grupo e da mídia para experimentação ou uso regular de drogas (ex: PROERD).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Treinamento de Habilidades Pessoais e Sociais (ou habilidades para a vida): ensina habilidades e competências como um fator de proteção para o estudante lidar melhor com as dificuldades da vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Pressão de Grupo Positiva: identifica entre os adolescentes os líderes naturais e estes são treinados para desenvolver ações preventivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Educação afetiva: estimula e valoriza a auto-estima do estudante e a habilidade de decidir e relacionar-se em grupo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Oferecimento de alternativas: desenvolve atividades profissionalizantes e/ou esportivas e/ou artísticas e/ou culturais com o objetivo de proporcionar aos jovens possibilidades de lazer, prazer e crescimento pessoal, fora do horário regular da escola, sem drogas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Educação para a saúde: educa para uma vida saudável, com orientação para uma alimentação adequada, vida sexual segura, prática de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

exercícios físicos, uso adequado de remédios entre outros tópicos em saúde.

***38. Como você avalia o resultado do programa de prevenção ao uso de drogas da sua escola?**

- Não temos programa de prevenção ao uso de drogas
- Positivo
- Neutro
- Pequeno ou inexistente
- Não sabe

***39. Quem você acredita que deveria desenvolver um programa de prevenção ao uso de drogas em sua escola (pode assinalar mais de uma opção)?**

- Ninguém
- Profissionais de saúde especializados no tema "drogas"
- Profissionais de educação especializados no tema "drogas"
- Professores e funcionários da escolas capacitados no tema drogas
- Polícia - PROERD
- Grupos religiosos

Outro (especifique)

***40. Quais são as atividades desenvolvidas na escola para prevenção ao uso de drogas?**

(pode assinalar mais de uma opção)

- Não desenvolvemos atividades para prevenção ao uso de drogas
- Palestra com convidados
- Eventos Especiais como: "Semana da Saúde", "Feira de Ciências"
- Projeto ligados a uma única disciplina (por exemplo: ciências ou biologia)
- Projetos Multidisciplinares
- Aulas curriculares

Outro (especifique)

***41. Você concorda ou discorda com as seguintes declarações sobre a sua escola?**

	Concordo	Discordo	Indiferente
a. A maioria dos administradores em nossa escola estão preocupados com a prevenção do uso de drogas entre os nossos alunos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. A maioria dos professores na nossa escola estão preocupados com a prevenção do uso de drogas entre os nossos alunos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Administradores em nossa escola são abertos à mudança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Nossa escola muitas vezes experimenta currículos, programas e práticas de ensino inovadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***42. Vocês utilizam algum destes recursos em sua escola? (marcar sim ou não para cada um dos itens)**

	Sim	Não
a. Palestras com profissionais especializados em drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Palestras com ex-usuários de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Aborda o tema drogas em sala de aula (durante as aulas regulares)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Solicita aos alunos trabalhos escolares sobre drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Fornece material pedagógico sobre o tema "drogas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Apresenta filmes sobre o tema "drogas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Estimula que o tema "drogas" seja tratado em eventos como feiras culturais, feiras de ciências ou similares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Faz dinâmica de grupo e discussão sobre o tema "drogas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Faz aplicação de questionários e entrevistas sobre o tema "drogas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Faz peças de teatros que abordem o tema "drogas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Qual o público alvo das atividades de prevenção ao uso de drogas na escola?*(pode assinalar mais de uma opção)**

- Não temos nenhuma atividade de prevenção ao uso de drogas na escola
- Pais
- Alunos
- Comunidade
- Professores
- Funcionários em geral (que não sejam professores)

Outro (especifique)

44. Quais são as substâncias trabalhadas nas atividades de prevenção do uso de drogas na sua escola?*(pode assinalar mais de uma opção)**

- Em nosso programa não falamos diretamente de nenhuma droga
- Álcool
- Tabaco
- Inalantes ou solventes
- Maconha
- Anfetaminas
- Êxtase
- Heroína
- Cocaína
- Crack
- Anabolizantes
- Alucinógenos

Outro (especifique)

VII) Características do Programa

45. Se sua escola apresenta programa de prevenção ao uso de drogas responda de acordo com as características deste programa:

(Se NÃO possui programa de prevenção ao uso de drogas, por favor, não responder esta questão)

	Sim	Não
O programa visa diminuir os fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção ao uso de drogas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O programa trata de todas as drogas (álcool, tabaco, maconha, crack, inalantes, etc) e não apenas das drogas ilícitas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O programa foi desenhado especialmente para lidar com o uso de drogas dos estudantes desta escola.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O programa foi ajustado para atingir a idade e características pessoais do grupo de estudantes desta escola.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Há participação da família neste programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Há participação da comunidade neste programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Há atividades ou programas nesta escola que são trabalhados desde a pré-escola para lidar com agressividade, habilidades sociais e dificuldades escolares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O programa de prevenção para o ensino fundamental envolve em seu currículo o treinamento de habilidades como: autocontrole, reconhecimento das emoções, comunicação, solução de problemas e competências acadêmicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O programa de prevenção para o ensino médio envolve em seu currículo: suporte acadêmico, hábitos de estudo, comunicação, relacionamento com os	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

pares, auto eficácia e assertividade, habilidades para a resistência á oferta de drogas, reforço de atitudes anti-drogas.		
Há reforço do programa de prevenção em momentos de transição da vida, como por exemplo, no 9º ano do ensino fundamental e no 3º ano do ensino médio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O programa combina mais de um modelo de prevenção, ou seja, envolve programa escolar, familiar e comunitário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O nosso programa é baseado em outro programa cuja eficácia já foi comprovada cientificamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O programa é contínuo e de longo prazo, atingindo diversas séries em diversos momentos do ano.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O programa inclui treinamento de professores para saber lidar com turma em sala de aula.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O programa utiliza técnica interativas de atividades: workshops, roda de discussões, teatralização e dinâmicas de grupo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 3: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Zila van der Meer Sanchez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14332813.8.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 683.701

Data da Relatoria: 11/06/2014

Apresentação do Projeto:

EMENDA PARA INCLUSÃO DE PESQUISADORES E SUB PROJETOS

Objetivo da Pesquisa:

APRESENTAÇÃO DE EMENDA PARA INCLUSÃO DE PESQUISADORES COM OBJETIVO DE TITULAÇÃO ACADEMICA

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

SEM RISCOS ASSOCIADOS

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

EMENDA

Inclusão dos alunos MIGUEL TEIXEIRA DOS SANTOS NETO e ANA PAULA DIAS PEREIRA, do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da UNIFESP, no projeto de pesquisa "Prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras: diagnóstico da situação atual e fatores associados à implantação do programa" cujo o parecer CAEE 14332813.8.0000.5505. Parte dos dados obtidos neste projeto serão utilizados pelos alunos como base para suas teses para obtenção do título de Doutor.

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

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 683.701

Subprojeto do aluno Miguel Teixeira dos Santos Neto: Avaliação das características de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas nas escolas brasileiras

Subprojeto da aluna Ana Paula Dias Pereira: Fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas brasileiras

A pesquisadora principal e orientadora declara que nenhuma alteração foi realizada no projeto aprovado pelo CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda apresentada de forma adequada

Recomendações:

Não existem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADA A INCLUSÃO DOS ALUNOS MIGUEL TEIXEIRA DOS SANTOS NETO E ANA PAULA DIAS PEREIRA que passam a fazer parte do projeto a partir do qual objetivam o título de Doutorado. A inclusão não altera o projeto originalmente proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi acatado

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

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 683.701

SAO PAULO, 11 de Junho de 2014

Assinado por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br