

Zila van der Meer Sanchez

É professora do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo e pesquisadora do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. É conselheira representante do meio acadêmico-científico no Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de São Paulo. Suas principais linhas de pesquisa contemplam epidemiologia do uso e abuso de drogas e prevenção ao uso de drogas entre escolares e entre jovens no cenário de lazer noturno.

CAPÍTULO

7

Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas

Zila van der Meer Sanchez

Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas

Breve apresentação

No Capítulo anterior, estudamos sobre a Bioética como forma de abordar o consumo de substâncias psicoativas e, dessa forma, refletir sobre esse consumo como um processo em que se envolvem conflitos éticos que, muitas vezes, opõem-se ao senso comum e moralizante de certas práticas individuais ou coletivas.

Agora, neste Capítulo, enfocamos mais objetivamente o tema central deste *Curso*: a prevenção dos problemas associados ao uso de drogas. Apesar da imensa polêmica existente, hoje, sobre a real eficácia de programas de prevenção, é importante que você consiga notar a existência de evidências científicas, as quais mostram que prevenção funciona!

Você compreenderá que o modelo mais aceito, hoje, é o de prevenção baseada em promoção de saúde; ou seja, um modelo que prevê a redução dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção, por meio da capacitação das pessoas e das comunidades para que elas mesmas modifiquem os determinantes da saúde em benefício de sua qualidade de vida. Notará, também, que esse é um trabalho interseto-

rial, e que o setor da saúde é o mediador das ações, exigindo atividade coordenada de governos, organizações não governamentais, meios de comunicação e de outros setores sociais e econômicos, como empresas, escolas, igrejas e associações das mais diversas.

Esperamos que, ao término deste Capítulo, você possa identificar os fatores de risco; conceituar corretamente risco e vulnerabilidade; e identificar tanto os níveis quanto os modelos de prevenção.

A promoção de saúde como eixo norteador na atenção ao uso de drogas

Não há uma resposta objetiva para a pergunta presente na mente de milhares de pais de adolescentes por todo o mundo: “por que os jovens se envolvem com drogas?”. As razões são muitas e variadas! Felizmente, ao longo da última década, a nossa base de conhecimento no campo do abuso e dependência de drogas tornou-se mais sólida e está nos movendo para uma compreensão mais socioecológica dos fenômenos e menos moral. Por muito tempo, os programas de prevenção ao uso de drogas foram demasiadamente concentrados no fornecimento de informações sobre os malefícios do consumo dessas substâncias. Hoje, a abordagem de promoção da saúde é considerada a mais próxima do ideal, como discutiremos à frente.

As duas abordagens são válidas e complementares. A decisão por utilizar uma delas ou ambas vai depender não só de qual pergunta deve ser respondida, mas também dos aspectos logísticos e operacionais, como o tempo e o orçamento disponíveis para a coleta das informações e resposta à pergunta.

Determinantes em saúde e no uso de drogas

Saúde pode ser definida como a capacidade de adaptação e autogestão em face de desafios sociais, físicos e emocionais. Essa é uma definição mais aceitável do que a mundialmente difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que afirma ser *saúde* “[...] o completo

bem-estar físico, social e mental”. Diante do exposto, indagamos: você conhece alguém com completo bem-estar físico, social e mental? Seguindo esse conceito da OMS, é possível afirmarmos que a maioria absoluta da população não teria saúde.

Assim, conceituar *saúde*, como observamos, não é uma tarefa simples, uma vez que um conceito absoluto e irrefutável do termo *saúde* não existe. Notemos, pois, que o conceito de saúde reflete uma estrutura política, cultural, econômica e social de um grupo em uma determinada época e, por esse motivo, a saúde não representa o mesmo para todas as pessoas. Aliás, afirmação semelhante pode ser feita em relação ao entendimento do que é *doença*: por exemplo, a dependência de ópio é considerada, no Afeganistão, um comportamento normal e não patológico, enquanto esse mesmo comportamento é, em quase todos os outros países do mundo, interpretado como uma doença que deve ser tratada.

Um conceito interessante para analisar **determinantes de saúde** foi formulado, na década de 1970, por Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá de 1972 a 1977. De acordo com esse conceito, a saúde depende de quatro alicerces que a determinam: (i) a *biologia humana*: os fatores genéticos e os processos fisiológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; (ii) o *meio*, que inclui os recursos naturais e humanos do meio; ou seja, o solo, a água, o ar, o local de trabalho, os locais de lazer e de moradia; (iii) o *estilo de vida*: o que se come, o quanto se estressa, o quanto se dorme, o quanto se exercita, fumar ou não fumar, beber ou não; e, por fim, (iv) a *organização da assistência à saúde*, que compreende aquilo que é ofertado ao sujeito em termos de assistência médica, da prevenção, do diagnóstico e tratamento.

É muito complicado sabermos qual desses determinantes é mais importante na manutenção da saúde, e costumamos dizer que a soma e a interação entre eles irão definir nosso perfil de saúde. Por exemplo, em algumas situações, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos; no entanto, quando a pessoa já se encontra infectada por um bactéria há semanas, certamente a água potável e o alimento serão apenas coadjuvantes de uma saúde que só será mantida à base de medicação específica.

Determinantes de saúde: fatores que favorecem a manutenção da saúde ou o desenvolvimento das doenças.

A questão é que a saúde e a doença, bem como o uso e não uso de drogas, distribuem-se de maneira desigual nas populações, ou seja, algumas pessoas têm mais chance de adoecer do que outras. No caso do uso, abuso e dependência de drogas, sabemos que existem alguns fatores, que inadequadamente são chamados de “determinantes”, alicerçados em eixos, como os propostos por Lalonde (1974), que vão sugerir o nível de risco que as pessoas têm para iniciar esse comportamento. Esses ditos “determinantes” – também compreendidos como fatores de risco, os quais serão abordados, em detalhes, na próxima seção – apontam a chance do uso, do abuso e da dependência de drogas ocorrer para cada sujeito, apesar de não determinarem que esses padrões vão realmente se estabelecer.

Conceitos de risco e vulnerabilidade

Se os agravos – como a dependência e o abuso de drogas – não se distribuem aleatoriamente na população, isso significa que é possível identificarmos grupos de maior risco para que esses eventos ocorram.

O termo “risco” é, por essência, neutro e significa, simplesmente, maior chance ou maior probabilidade de um evento ocorrer. Assim, afirmar que jovens de alta renda praticam mais episódios de consumo excessivo de álcool – conhecido como *binge drinking* nos estudos internacionais (vede quadro-destaque à frente) – do que jovens de baixa renda é dizer, de maneira bem simplista, que um jovem de maior renda tem maior risco do que um jovem de baixa renda. Nesse caso, a renda pode ser vista como um risco para a prática de consumo excessivo de álcool; ou seja, a renda alta aumenta a vulnerabilidade desse grupo, ampliando a chance desse comportamento ser praticado por jovens ricos. É importante, no entanto, destacarmos que um fator de risco nunca determina um comportamento nem é sua causa; aponta, apenas, que há maior chance de que o comportamento ocorra em um grupo. É, por conseguinte, uma operação matemática de comparação de probabilidades. Notemos, porém, que a maior probabilidade de praticar consumo excessivo de álcool não é determinista, ou seja, não necessariamente implica a ocorrência efetiva do comportamento.

Binge drinking é um termo norte-americano, sem um similar adequado no português, que define o episódio de beber pesado em uma ocasião de cerca de duas horas. Objetivamente, esse beber pesado é definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para homens e quatro ou mais doses para mulheres. Primeiramente descrito no início dos anos 2000, nos Estados Unidos, esse comportamento, no Brasil, ainda não tem uma tradução adequada; de modo geral, aqui, tem sido denominado de “beber pesado episódico” e “consumo excessivo de álcool” e está associado à renda. Assim, conforme indicam estudos recentes, os jovens mais ricos tendem a praticar esse comportamento em maior proporção que os jovens pobres.

O conceito de risco costuma ser usado erroneamente como sinônimo de perigo. O risco sugere, no entanto, mais uma vulnerabilidade do que a certeza de que um prejuízo ou dano vá ocorrer. Na epidemiologia, ciência que estuda a distribuição das doenças na população e os fatores que favorecem que essas doenças ocorram, o cálculo do risco permite que se identifiquem os grupos com mais chance de se exporem a um determinado dano. Em outras palavras, é possível determinar o nível de vulnerabilidade de um grupo a um determinado comportamento.

Podemos, então, compreender *vulnerabilidade* como o conjunto de fatores que pode aumentar os riscos aos quais estamos expostos em todas as situações de nossa vida. Essa vulnerabilidade pode variar por diversos motivos, como gênero, faixa etária (criança, adolescente ou adulto), classe socioeconômica, nível de escolaridade, local de moradia, condições sociais, autoestima, projeto de vida, condições biológicas e psicológicas (saúde física e mental), dentre outros.

Cabe destacar, ainda, que temos dois tipos de vulnerabilidades: as diretas e as indiretas. Para fins didáticos, consideramos vulnerabilidades diretas aquelas que podem acarretar um dano imediato. Um exemplo seria a embriaguez. Adolescentes que se embriagam estão expostos, diretamente, à possibilidade de coma alcoólico e, ainda, à diminuição da percepção de risco, em razão do efeito farmacológico do álcool. Uma

vulnerabilidade indireta seria, em contrapartida, aquela que pode influenciar numa decisão que leve a uma vulnerabilidade direta, como os aspectos sociais aos quais o sujeito está exposto que aumentem a chance de se expor a um risco. Uma criança que convive, por exemplo, em uma sociedade em que a venda de bebida alcoólica é permitida a menores de idade terá mais acessibilidade ao álcool e, conseqüentemente, mais chance de iniciar o consumo prematuramente. Dessa forma, as vulnerabilidades indiretas também são conhecidas como fatores de risco, pois não são, individualmente, causas de “ferimentos” (vulnerabilidades), mas favorecem o aparecimento dessas vulnerabilidades.



Para refletir

Para ilustrar as flutuações da vulnerabilidade durante os ciclos da vida, tomemos como exemplo uma criança de dois anos e um adolescente de quinze anos. Ambos estão diante de uma janela aberta no 15.º andar de um prédio. O bebê é, nesse contexto, mais vulnerável que o adolescente a se debruçar na janela e precipitar-se, visto que ainda não aprendeu a respeito do que coloca sua vida em risco e como esses riscos agem. A vulnerabilidade, nesse caso, decorre do desconhecimento do risco. O adolescente é, no entanto, mais vulnerável que o bebê ao uso de drogas, uma vez que está mais exposto à pressão do grupo, à curiosidade em relação aos efeitos da droga, tendo autonomia para a compra e consumo dessa substância.

Além de haver diferenças de vulnerabilidade nos ciclos de vida, existem diferenças da vulnerabilidade num mesmo momento da vida: por exemplo, no Réveillon; em fevereiro, na participação de festas de carnaval; em épocas de provas estressantes; após o término de um namoro; após divórcio dos pais; ou próximo ao vestibular.

Para intervirmos em situações de vulnerabilidade, é necessário o desenvolvimento de ações integrais, ou seja, que envolvam a participação ativa da população por meio do uso do conhecimento e de práticas.

Dentre as concepções idealizadas até o momento, a promoção da saúde é a que melhor abarca a redução de vulnerabilidades em diferentes domínios, tendo em conta os alicerces da saúde propostos por Lalonde (1974).

O conceito de promoção de saúde

A promoção de saúde consiste em proporcionar aos sujeitos formas de exercerem mais controle sobre sua saúde, identificando sua relação com uma ampla gama de fatores políticos, econômicos, ambientais e socioculturais, além dos biológicos. Alicerça-se na capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, cujo princípio geral orientador é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), em 1986, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), definiu a promoção à saúde como “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde [...]”. Essa conferência culminou na promulgação da *Carta de Ottawa*, documento no qual se defende a promoção da saúde como fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida das populações. O referido documento salienta, ainda, a intersetorialidade desse processo, por entender que a promoção da saúde deve ser uma responsabilidade compartilhada por diversos setores sociais e não exclusiva do setor da saúde.

Promoção de saúde implica o fortalecimento da capacidade individual e coletiva de lidar com a multiplicidade dos **determinantes e condicionantes** de saúde, buscando **redução de riscos** ou **vulnerabilidade** e fortalecimentos da proteção integral.

A saúde promocional foge do âmbito da medicina e do *biologicismo*, que tem caráter predominantemente individualista, e é voltada ao corpo e às questões meramente fisiológicas, atingindo outras dimensões que se preocupam com a qualidade de vida, embasada em hábitos, conhecimento e ação, tais como saneamento básico, educação em saúde, nutrição, extinção da miséria, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, e oferta de medicamentos

Biologicismo:

concepção de que as doenças só dependem dos fatores biológicos do organismo.

Empoderamento:

Empoderamento ou *empowerment*, em inglês, significa uma ação coletiva desenvolvida pelos sujeitos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais. Essa consciência ultrapassa a tomada de iniciativa individual de conhecimento e superação de uma realidade em que se encontra.

essenciais. Além disso, ela precisa atingir toda a população e não apenas aqueles considerados “de risco”, *emponderando-os* por meio de oferecimento de alternativas para uma vida digna e saudável.

As estratégias de promoção de saúde devem:

- promover a qualidade de vida;
- reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde;
- favorecer a preservação do meio ambiente;
- prevenir as doenças e os agravos à saúde;
- ser intersetoriais (escola, saúde, grupo religioso, espaços de lazer, espaços comunitários);
- articular redes corresponsáveis no compromisso da melhora da qualidade de vida.

A promoção da qualidade de vida contempla a mesma base de ações da promoção de saúde e se confunde com esse conceito, sugerindo que a *promover a saúde* nada mais é que a promoção de qualidade de vida, sendo a saúde parte integrante e também reflexo dessa dimensão de vida.



Para refletir

Você sabia que existe uma ampla discussão entre acadêmicos e cientistas sobre a inserção da saúde na qualidade de vida? Seria a qualidade de vida um domínio ou dimensão da saúde, ou a saúde seria uma dimensão ou domínio da qualidade de vida? E você, o que acha sobre essa relação?

Estratégias de intervenção em promoção da saúde

É importante preparar as pessoas para aprenderem ao longo de toda a existência, capacitando-as para as diversas fases da vida, incluindo a proteção às

causas externas, como violência e acidentes de trânsito, e prevenção de doenças crônicas, o que contribui para o aumento de seu tempo de vida saudável.

Na perspectiva da Política Nacional de Promoção de Saúde,

[...] a promoção de saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Necessitamos, pois, de ações intersetoriais para que a promoção de saúde seja incorporada ao cotidiano das pessoas, tendo o setor sanitário público um papel de mediador das ações, exigindo ação coordenada de governos, organizações não governamentais, meios de comunicação e outros setores sociais e econômicos, como empresas, escolas, igrejas e associações das mais diversas.

Importa o registro de que é estimulada a introdução de alguns temas nas grades curriculares das diversas séries escolares e na formação ou na educação permanente dos profissionais da saúde, da educação e da assistência, além de campanhas frequentes na mídia e implantação de políticas públicas que visem agir na promoção da saúde, como foi, por exemplo, o caso das leis antitabaco brasileiras, hoje consideradas modelo internacional de política bem-sucedida, por terem contribuído para a redução do consumo de tabaco pela população.

É importante ressaltarmos que a atuação em promoção de saúde depende de participação comunitária, por meio da corresponsabilização pelas ações. Cabe lembrar que diferentes ações têm sido pensadas no sentido de estimular a autonomia das pessoas para as escolhas de uma vida saudável. Nesse sentido, essas ações têm como focos a criação de ambientes favoráveis ao desenvolvimento de habilidades pessoais e empoderamento, a mobilização e a participação social, eixos nos quais são

desenvolvidas as ações da área. Além disso, como parte das intervenções em promoção de saúde, destacamos o foco na redução da pobreza para contemplar o direito à alimentação e à vida digna, como forma de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis; dentre elas, a hipertensão arterial, o câncer, o infarto do miocárdio, o diabetes, as doenças crônicas do pulmão e os transtornos mentais, que levam à morte ou à incapacidade, gerando altos custos à sociedade.

Definidas na Política Nacional de Promoção de Saúde, as ações de promoção de saúde são:

1. alimentação saudável;
2. práticas corporais e atividades físicas;
3. prevenção ao uso de tabaco, álcool e outras drogas;
4. acidentes de trânsito;
5. cultura de Paz;
6. desenvolvimento sustentável.

Uma das principais formas de disseminação dos conceitos de promoção de saúde tem ocorrido através das escolas, após a OMS desenvolver o conceito das Escolas Promotoras de Saúde. Cabe lembrar que, para a escola tornar-se promotora de saúde, é necessário: construir uma política escolar de promoção de saúde; adequar o ambiente físico e social da escola; promover vínculo e parceria com a comunidade; desenvolver habilidades pessoais de promoção da saúde em todos os atores escolares (professor, funcionários, alunos e comunidade); promover vínculo e parceria com os serviços de saúde de referência das escolas.

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, vem desenvolvendo, desde 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) que objetiva a melhoria da qualidade de vida da população na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de agravos e doenças nas áreas adstritas do Programa Saúde da Família (PSF). O PSE sugere uma série de

ações para serem desenvolvidas, na escola, pela equipe de saúde; dentre elas, está incluída a prevenção do uso de álcool e de outras drogas.

Assim, integra-se a prevenção do uso de drogas, pautada na lógica da promoção de saúde como política educacional. Notemos que a prevenção do uso de drogas que se baseia em promoção de saúde deve se concentrar na criação de ambientes saudáveis, bem como em sujeitos saudáveis, por meio do uso de estratégias personalizadas para diferentes fases do ciclo de vida, reconhecendo as diferenças culturais dos grupos. Nesse contexto, os resultados positivos não apenas reduzirão os problemas associados ao uso de drogas, mas também outros riscos, como o suicídio de jovens, gravidez na adolescência, transtornos alimentares, o crime e a violência.



Saiba mais

Você pode conhecer mais sobre o Programa Saúde na Escola visitando a página do programa, disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16796&Itemid=1127.

Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas

Problemas relacionados ao uso de drogas são preveníveis! Hoje, mais do que nunca, a Ciência fornece ferramentas para melhor adaptar as ações de prevenção, estimulando a implantação de programas baseados em evidências científicas, tanto nas escolas quanto nas famílias e nas comunidades.

O conceito de prevenção

Apesar de andarem juntas, promoção de saúde e prevenção de doenças não são sinônimas. A prevenção do uso de álcool, tabaco e de outras drogas como um dos eixos da promoção de saúde é base das políticas nacionais de saúde. Assim, é possível, por meio de técnicas de promoção, prevenir o início do consumo de drogas ou sua manutenção. **Prevenir** é chegar antes e impedir que algo ocorra. Isso requer uma ação antecipada,

baseada no conhecimento da história natural da doença para reduzir a chance de que ela ocorra.

A **promoção** impulsiona, cria, gera! Refere-se a medidas que não se dirigem a doenças específicas, mas visam aumentar a saúde e o bem-estar dos sujeitos. Implica o fortalecimento individual e coletivo para lidar com os múltiplos determinantes e condicionantes da saúde.

A base da prevenção a ser tratada neste texto é a redução da incidência e a prevalência do uso de drogas pela redução ou eliminação dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção, ou seja, prevenção baseada em promoção de saúde. Em outras palavras, nosso foco, neste Capítulo, é a prevenção primária e secundária do uso de drogas, como particularizaremos à frente.

Níveis de prevenção

Existem duas classificações bem estabelecidas sobre os níveis de prevenção atingidos por um determinado programa ou atividade de prevenção. A primeira classificação foi proposta na década de 1970 e definiu **três** níveis de prevenção, de acordo com a fase de consumo. Nessa classificação, as estratégias de prevenção podem ser primárias, secundárias ou terciárias.

- **Prevenção primária:** objetiva evitar a experimentação inicial de drogas e é destinada a sujeitos que ainda não as experimentaram.
- **Prevenção secundária:** destinada a sujeitos que já experimentaram e que fazem um uso ocasional de drogas, para evitar que esse uso se torne abusivo e problemático, reduzindo as chances de que o abuso se transforme em dependência.
- **Prevenção terciária:** destinada a usuários que já apresentam uso problemático; e, nesse caso, a intervenção preventiva é a indicação de tratamento a profissionais especializados para redução dos danos associados ao abuso.

A segunda classificação de níveis de prevenção, mais recente, não exclui a anterior, mas a complementa e se baseia na diferenciação de grupos por nível de risco de exposição às drogas. Nessa classificação, um programa de prevenção pode ser universal, seletivo ou indicado.

A **prevenção universal** é dirigida à população geral, sem qualquer estratificação de grupos por fatores de risco. Um exemplo é a divulgação pela mídia de programas que apresentem os danos decorrentes do consumo de drogas. Nas escolas, as estratégias universais são realizadas com todos os alunos de uma determinada série (ou diversas séries), sem a preocupação de selecionar apenas alunos com maior vulnerabilidade para o consumo de drogas.

A **prevenção seletiva** é voltada para populações com alguns fatores de risco já identificados para o uso de drogas, ou seja, é destinada a sujeitos de maior risco para o consumo. Programas seletivos não são, necessariamente, destinados a pessoas que já consomem drogas, mas àquelas que têm mais chance de fazê-lo. Um exemplo seria um programa realizado em uma escola de uma região de alta criminalidade e oferta de drogas (fatores de risco aqui são a alta criminalidade da região e a oferta da droga).

A **prevenção indicada** engloba intervenções destinadas a sujeitos identificados como usuários ou com comportamentos de risco relacionados, direta ou indiretamente, ao uso de substâncias, em programas que visem reduzir não só o consumo de álcool e de outras drogas, mas também a melhora de aspectos da vida do sujeito, como a reinserção social.

A redução de danos faz parte de programas de prevenção terciários e indicados. Detalhes sobre essa forma de prevenção, que se mistura com tratamento e intervenção, serão abordados no Capítulo 8.

Entenda:

Um programa escolar destinado a todos os alunos do 8º ano do Ensino Fundamental II de uma determinada escola, sem separá-los por quantidade de fatores de risco aos quais estão expostos, é um **programa universal**. Esse mesmo programa será **primário** ou **secundário** de acordo com a população da sala de aula: será primário para aqueles que nunca usaram drogas; e secundário, para aqueles que já fazem uso recreacional delas. Assim, um mesmo programa pode reduzir a chance da iniciação do uso de drogas entre adolescentes que ainda não experimentaram e reduzir o consumo entre aqueles que já o consomem.

Em contrapartida, um programa de prevenção desenvolvido em uma organização não governamental, que acolhe filhos de dependentes de crack, será um **programa seletivo**. Poderá ser **primário**, **secundário** ou **terciário**, dependendo do *status* de consumo desses jovens.

A prevenção como intervenção em fatores de risco e proteção ao uso de drogas

A adolescência é considerada a fase de maior risco para o início do consumo de drogas. Notemos, porém, que nem todos os jovens usam ou abusam de drogas. Não existe, evidentemente, uma regra que defina quem irá se tornar consumidor ou dependente de drogas, mas há fatores de ordem biológica, psicológica e social que aumentam ou diminuem a chance de que isso venha acontecer.

Há consenso no meio científico de que o uso e abuso de substâncias psicotrópicas é multifatorial e que os principais fatores envolvidos são a curiosidade, obtenção de prazer, influência do grupo, pressão social, baixa autoestima e dinâmica familiar. Nesse contexto, as escolhas feitas por nós estarão sujeitas a inúmeros fatores externos e internos que, no balanço final, irão gerar uma atitude diante da decisão de consumir ou não drogas.

No âmbito da prevenção primária, fatores de risco são aqueles que aumentam a chance do início do uso de drogas ocorrer. Os fatores de proteção são, por sua vez, aqueles que reduzem o risco desse uso ocorrer.

É possível compreendermos a dinâmica desses conceitos por meio de uma balança de dois pratos, representando a relação do ‘peso’ de risco contra o ‘peso’ de proteção, inferindo-se que a determinação do consumo seria norteadora pelo lado mais pesado da balança (Figura 1).

Figura 1: A balança dos fatores de risco e proteção: qual prato pesa mais?



Fonte: Elaborado pela Autora, adaptado por NUTE-UFSC.



Para refletir

Um fator de risco ou de proteção não determina o uso ou não uso de drogas. Esse uso depende de qual prato da balança pesa mais e como cada fator afeta determinado sujeito. Além disso, um fator de risco é identificado por intermédio de cálculos matemáticos que evidenciam o que esse fator representa para a maioria dos casos. Há, no entanto, fatores que certamente são de risco para algumas pessoas e de proteção para outras.

Um exemplo: em geral, o consumo de tabaco pelos pais é um fator de risco para a iniciação do consumo de tabaco na adolescência. Isso significa que, para a maioria dos adolescentes que têm pais que fumam, esse é um

dos fatores que contribuem para o início de seu próprio consumo. Alguns adolescentes são, contudo, protegidos por esse fator, por se sentirem, por exemplo, enjoados com o cheiro do cigarro fumado pelos pais.

Fatores de risco e de proteção dependem da cultura, da faixa etária e do gênero. Por exemplo, o que é fator de risco para adolescentes meninas do Afeganistão pode não ser fator de risco para adolescentes meninos canadenses. O que é fator de proteção para os adolescentes pode não ser protetor para os adultos.

Problemas relativos ao ambiente familiar, como a falta de envolvimento afetivo entre pais e filhos, relacionamento familiar de baixa qualidade, educação negligente e falta de autoridade dos pais, são os fatores de risco mais descritos na literatura. Outros fatores de risco bem descritos na literatura são:

- pais que abusam de substâncias ou sofrem de problemas de saúde mental;
- falta de regras claras de conduta;
- baixo rendimento escolar;
- vínculo com colegas que apresentem comportamento socialmente inadequado;
- violência doméstica;
- traumas na infância.

Já os fatores protetores são:

- envolvimento familiar positivo, num lar em que haja estímulo dos pais para o desenvolvimento de habilidades sociais dos filhos;
- autocontrole e autoeficácia;

- companhia de amigos que não usam drogas;
- vínculo com organização religiosa;
- adoção de normas convencionais quanto ao uso de drogas.

Os fatores de risco e de proteção costumam ser divididos em domínios, ou seja, são agrupados em algumas categorias que serão pauta de intervenção preventiva. Os principais domínios da prevenção são a família, a sociedade/comunidade, a escola e o sujeito. No âmbito do **sujeito**, são exemplos de fatores de risco: insegurança, busca descontrolada de prazer, insatisfação com a vida e genética. Nesse mesmo domínio, são fatores de proteção: habilidades sociais, autonomia, autoestima desenvolvida, capacidade de resolução de problemas, etc.



Para refletir

Vamos pensar juntos: quais seriam os fatores de risco e de proteção nos outros domínios de prevenção (família, comunidade e escola)?

Em geral, programas que abordam apenas um domínio não são eficazes na prevenção, pois o comportamento de risco é resultado de uma combinação de diversos fatores e das mais variadas interações sociais, não se resumindo somente a um aspecto isolado da vida do sujeito. As intervenções preventivas mais promissoras abordam, portanto, vários domínios de prevenção.

Modelos de prevenção baseados em evidências

O campo da prevenção da dependência de drogas muito avançou em experiência e conhecimento nas últimas décadas. Por esse motivo, hoje dispomos de informações sobre programas adequados que reduzem as chances do início do consumo de drogas ou que retardam esse início.

Apesar da existência de diversos estudos científicos que avaliam o impacto, aceitabilidade e eficácia de diversos programas de prevenção, a transferência do conhecimento científico para a prática tem sido muito

limitada. Atualmente, podemos dividir os programas de prevenção em doze categorias, de acordo com a teoria central que alicerça sua estrutura, conforme detalhamos no Quadro 1.

Quadro 1 - Programas de prevenção: categorias e base teórica

Modelo	Base teórica
Informação	Oferece conhecimentos sobre as consequências de risco de usar drogas.
Tomada de decisões	Trabalha o processo para tomar decisões racionais sobre o consumo de drogas.
Compromisso	Trabalha a adoção de um compromisso pessoal de não usar drogas.
Clarificação de valores	Examina a relação entre os próprios valores e as consequências da conduta. Procura demonstrar que os valores pessoais sensatos são incompatíveis com o uso de drogas.
Estabelecimento de metas	Ensina habilidades para a situação e como ater-se aos objetivos, encorajando a adoção de uma orientação de sucesso.
Manejo do stress	Ensina habilidades de enfrentamento para conduzir situações de estresse, especialmente em situações psicologicamente difíceis.
Autoestima	Desenvolve sentimentos individuais de autoconfiança e valia.
Treinamento em habilidades de resistência	Treina para a resistência à pressão assertivamente e às influências dos colegas, irmãos, pais, adultos e meios de comunicação, para que consumam drogas.
Treinamento em habilidades para a vida	Desenvolve amplo conjunto de habilidades sociais e pessoais, incluindo habilidades de comunicação, de relações humanas, e para resolver conflitos interpessoais.
Crenças normativas	Estabelece normas conservadoras a respeito do uso, corrigindo as percepções errôneas da prevalência e acessibilidade às substâncias de abuso e estabelecendo normas conservadoras.

Assistência	Oferece intervenção terapêutica para enfrentamento dos problemas da vida.
Alternativas no tempo livre	Proporciona experiências em atividades extracurriculares que são incompatíveis com o uso de drogas.

Mas qual desses modelos é mais eficaz?

Em geral, os programas preventivos são pautados em apenas um desses princípios, o que os limita em sua capacidade de atingir a diferentes perfis psicossociais de alunos. As táticas de amedrontamento, palestras com informação científica sobre drogas e seus efeitos, a elevação da autoestima e a tomada de decisão responsável, quando aplicadas de forma isolada, não demonstraram ser particularmente eficazes na prevenção do álcool, do tabaco e de outras drogas. A mesma falta de eficácia é identificada em programas de treinamento para a resistência, base do tão disseminado programa *Drug Abuse Resistance Education* (DARE), desenvolvido nos Estados Unidos da América e que foi adaptado em outros países.

O ideal é mapear o perfil do grupo que receberá a intervenção e, assim, estruturar um programa que abarque o máximo possível de abordagens. O que importa é oferecer ao grupo um programa que tenha capacidade de mudar o comportamento de maneira contínua e que englobe diversos domínios de prevenção. Cabe lembrar que a prevenção será tanto mais eficaz quanto melhor planejada esteja e quanto mais agentes preventivos implicados no processo.

De acordo com os principais estudos sobre eficácia de programas de prevenção do uso de drogas, os programas alicerçados em habilidades de vida costumam mostrar melhores resultados, pois são embasados em conceitos de promoção de saúde.

Um programa potencialmente eficaz de prevenção deve:

- 1) permitir o amadurecimento emocional de crianças e de jovens;
- 2) estimular a conscientização da criança e do jovem no processo de tomada de decisões;
- 3) desenvolver valores que correspondam a uma vida saudável, tanto física quanto moralmente;
- 4) desenvolver a autonomia e a crítica;
- 5) proporcionar habilidades necessárias para manter relacionamentos saudáveis;
- 6) desenvolver a autoaceitação, trabalhando pela construção de uma autoimagem positiva e real, permitindo, assim, o desenvolvimento da autoestima.

Vale destacar que, de acordo com o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), há princípios básicos que alicerçam os projetos eficazes de prevenção ao consumo de drogas, os quais elencamos a seguir.

1. Aprimorar os fatores de proteção dos alunos e reduzir os fatores de risco.
2. Ter como objetivo focar todas as formas de abuso de drogas, incluindo o consumo de tabaco e de álcool.
3. Incluir estratégias para resistir ao oferecimento de drogas e aumentar a competência social (exemplo: na comunicação e relação com os pares, autoeficácia e assertividade).
4. Quando dirigidos aos adolescentes, incluir métodos interativos, tais como grupos de discussão de colegas, e não apenas oferecer informação no modelo de “aulas expositivas”.
5. Incluir atividades com pais, gerando oportunidades para discutir na família o uso de drogas.

6. Ser de longo prazo (contínuo), com repetidas intervenções para reforçar as metas originais.
7. Os esforços de prevenção centrados na família têm maior impacto que as estratégias que se centram unicamente nos professores.
8. Quanto maior o nível de risco da população-alvo, o esforço preventivo deverá ser mais intensivo e começar antes.
9. Os programas de prevenção devem ser específicos para a idade dos sujeitos aos quais é dirigido e apropriado ao nível de desenvolvimento intelectual e emocional da população-alvo.
10. Trabalhar o ajuste familiar e treinar os pais no enfrentamento diário da educação dos filhos.

Alerta!

Não é por que um programa visa à prevenção do uso de drogas que ele efetivamente reduzirá o consumo! Em alguns casos, os programas são inócuos; e, em outros, são iatrogênicos, ou seja, o próprio programa estimula o uso de drogas.

A literatura científica apresenta diversos casos de iatrogenia em programas de prevenção. O mais famoso deles é o da *Life Education*, programa australiano escolar para prevenção do uso de drogas, que foi difundido no país inteiro antes de evidenciar eficácia. Quando foi adequadamente testado, mostrou que alunos que passaram pelo programa haviam consumido mais drogas do que aqueles que não haviam participado do programa.

O trabalho de prevenção em rede

A prevenção será tanto mais eficaz quanto mais setores sociais envolver em sua estrutura básica. Dentre os programas de prevenção recomendados pelo Escritório para Drogas e Crimes da Organização das

Conheça mais sobre o Programa #tamojunto no seguinte sítio: http://www.uniad.org.br/development/images/stories/0nu_20131113071829.pdf.

Nações Unidas (UNODC), o Ministério da Saúde elegeu recentemente o *Unplugged*, conhecido no Brasil como #tamojunto, para adaptar e implantar como política pública de prevenção do uso de drogas por meio do PSE. Tal ação é um exemplo de sucesso de intersetorialidade da prevenção.

O Programa #tamojunto é um instrumento utilizado para se trabalharem as relações sociais, habilidades de vida e prevenção do uso de drogas, sendo desenvolvido em doze aulas, as quais foram planejadas para serem aplicadas durante um ano escolar. Essas doze aulas têm por objetivo reduzir o número de adolescentes que experimentam drogas e/ou retardar a passagem do uso eventual ao consumo regular.

Além de trabalhar com os estudantes, o programa apresenta conteúdos direcionados aos pais, com o objetivo de complementar o conteúdo desenvolvido na escola. Em sua implantação brasileira, caracterizou-se como um programa intersetorial, pois integra a escola, o serviço de saúde, por intermédio da Unidade Básica de Saúde do bairro no qual a escola se localiza; e os pais, por meio de três reuniões presenciais de integração. Assim, professores mesclam suas funções preventivas com ações na família e com o suporte técnico do sistema de saúde, que oferece tratamento especializado para adolescentes e famílias necessitadas, identificadas durante o programa.

O #tamojunto teve sua efetividade comprovada por meio de estudos em oito países europeus: Bélgica, Alemanha, Espanha, Grécia, Itália, Áustria, Suécia e República Tcheca. A base desse programa é o Modelo de Influência Social Global, em que habilidades sociais, emocionais e pessoais são desenvolvidas, integrando elementos do cotidiano dos adolescentes de doze a quatorze anos – idade média do início do consumo de álcool, tabaco e maconha. Nesses estudos, adolescentes que receberam o #tamojunto apresentaram menores prevalências de embriaguez, uso diário e pesado de tabaco e uso na vida de maconha.

As habilidades para a vida trabalhadas nesse programa compreendem o desenvolvimento de pensamento crítico, a tomada de decisões, a solução de problemas, o pensamento criativo, a comunicação eficaz, a habilidade interpessoal, a autopercepção, a empatia e o manejo de emoções.

É importante destacarmos que esse programa está, ainda, sendo adaptado à cultura brasileira e sua eficácia avaliada em nosso contexto.

Resumo

Abordamos a prevenção do uso de drogas alicerçada na teoria da promoção de saúde, na qual a redução dos fatores de risco e o aumento dos fatores de proteção relacionados ao consumo de drogas, baseados no desenvolvimento de habilidades para a vida, fundamentam a construção de ações que visam à redução do consumo. Discutimos, também, a estrutura dos programas de prevenção eficazes e a necessidade de articulação intersetorial para a implementação de práticas de prevenção. Diferenciamos risco de vulnerabilidade. O primeiro se refere à probabilidade de um fator acontecer; e o segundo, ao conjunto de fatores que pode aumentar os riscos a que estamos expostos. Sobre os níveis de prevenção, vimos que eles podem ser categorizados conforme a classificação adotada. Há classificação que propõe níveis de acordo com o padrão de uso (primária, secundária e terciária) e outra que se baseia na diferenciação, tendo como base os níveis de risco da população-alvo (universal, seletiva e indicada). Observamos, ainda, que existem diferentes modelos pautados por distintos princípios teóricos. Modelos de prevenção que abarquem mais de um domínio de prevenção são mais eficazes, sendo que o trabalho envolvendo habilidades de vida é, hoje, considerado o que melhor se adequa à lógica da promoção de saúde e empoderamento dos jovens. Agora, você verá como deve ser feito o cuidado do usuário de drogas, com maior foco no tratamento.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na escola. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: Portaria n.º 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Série B – Textos

Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 7. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_sau-de_3ed.pdf. Acesso em: 26 maio 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 15, n. 4, p. 701-710, out./dez.1999.

FAGGIANO, F.; VIGNA-TAGLIANTI, F. D.; VERSINO, E.; ZAMBON, A.; BORRACCINO, A.; LEMMA, P. School-based prevention for illicit drugs' use. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Hoboken, New Jersey (USA), v. 2, p. 83, abr. 2005.

FOXCROFT, D.R. Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? **Prevention Science** [on-line], New York (USA), v. 15, n. 436, p. mar. 2014. Disponível em: <http://link.springer.com/search?query=foxcroft&facet-journal-id=11121&sortOrder=newestFirst&facet-content-type=Article#page-1>. Acesso em: 10 abr. 2014.

FOXCROFT, D. R.; TSERTSVADZE, A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: cochrane systematic reviews. **Perspectives in Public Health**, London (UK), v. 132, n. 3, p. 128-134, May 2012.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa (CAN): Government of Canada, 1974.

NATION, M.; CRUSTO, C.; WANDERSMAN, A.; KUMPFER, K. L.; SEYBOLT, D.; MORRISSEY-KANE, E.; DAVINO, K. What works in prevention principles of effective prevention program. **American Psychologist**, Washington, District of Columbia (USA), v. 58, n. 6-7, p. 449-456, jun./jul. 2003.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Preventing drug use among children and adolescent: a research-based guide**. 2. ed. Bethesda, Maryland (USA): NIH Publications, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa (CAN): OMS; OPAS, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 26 maio 2014.

_____. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**: documento base. Genebra (SUI): WHO, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mun->

dial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html. Acesso em: 27 abr. 2014.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

TOBLER, N. Drug prevention programs can work: research findings. **Journal of Addictive Disease**, London (UK), v. 11, p. 1-28, 1992.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 635-667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promoting schools: a framework for action**. Geneva (SUI): WHO, 2009.