

# Aprendizagens da intersetorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas<sup>1</sup>

Raquel Turci Pedroso<sup>2</sup>

Samia Abreu<sup>3</sup>

Roberto Tykanori Kinoshita<sup>4</sup>

**Resumo:** Os objetivos do estudo são: apresentar os modelos de prevenção do uso de drogas em escolas e o programa *Unplugged/#Tamojunto*; discutir os resultados das “Oficinas de Pais e Responsáveis” e; descrever as decisões de gestão relativas à intersetorialidade saúde e educação. Para tanto, são discutidas as características de programas preventivos que apresentam, e dos que não apresentam, evidências de seus efeitos e analisados 144 diários cartográficos, referentes a oito escolas de três cidades brasileiras. Por fim, são descritas as alterações relativas à adaptação cultural, desafios intersetoriais e condução da gestão local. O estudo indica que as Oficinas de Pais podem ser estratégias bem-sucedidas de fomento e ampliação das ações intersetoriais.

**Palavras-chave:** Intersetorialidade; Prevenção; Uso de drogas.

## Learnings from intersectionality between health and education on drug and alcohol prevention

**Abstract:** The goals of the study are: to present the models of drug prevention in schools and the *Unplugged/#Tamojunto* program; discuss the results of the "Parents Meetings" and; describe management decisions concerning to intersectoral between health and education. Therefore, we discussed the characteristics of preventive programs which present, or not, evidence of its effects and analyzed 144 cartographic daily, referred to eight schools of three Brazilian cities. Finally, the changes are described concerning to cultural adaptation, inter-sectorial challenges and conduction of local management. The study indicates that the Parents Meeting can be a successful strategy of development and expansion of inter-sectorial action.

**Keywords:** Intersectionality, Prevention, Drug use.

---

1 Este artigo é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNDOC).

2 Mestre em Psicologia. Doutoranda em Saúde Coletiva. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

3 Mestre em Psicologia. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

4 Doutor em Medicina. Professor da Universidade Federal de São Paulo e Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

Ações intersetoriais apresentam melhores resultados na prevenção do uso de drogas entre adolescentes do que ações isoladas (DOUGHTY, 2005; LAURO, LEITE & VARGAS, 2014). Entretanto, não existe consenso sobre a forma que sustenta o trabalho intersetorial em um território de responsabilidades compartilhado entre saúde e educação (BRONZO & VEIGA, 2007). Mesmo na ausência de consenso em seu formato e suas diretrizes, o movimento de conceituar a intersetorialidade data do final da década de 90. A Organização Mundial de Saúde – OMS (*World Health Organization*), por meio da conferência “Ação Intersetorial para a Saúde (AIS). Pilar da Saúde para todos no século XXI” realizada em Halifax, Canadá, a definiu como a articulação entre os setores governamentais, em especial a saúde e a educação, no planejamento, execução e avaliação de ações conjuntas a fim alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (OMS, 199, p.3).

Semelhantemente, programas de prevenção do uso de drogas em escolas são valorizados no plano discursivo, mas as ações práticas carecem de reconhecimento consensual no que tange a sua eficácia. Neste cenário, as iniciativas brasileiras de prevenção do uso de drogas ainda são marcadas por intervenções pontuais, sem continuidade e ausentes de sistematização dos resultados encontrados. Revisões de programas preventivos indicaram a ausência de programas nacionais validados, com eficácia e/ou efetividade comprovada que estivessem prontos para disseminação em larga escala (CANOLETTI & SOARES, 2005; ABREU, 2012).

Diante da crescente importância que a questão do consumo de drogas por crianças e adolescentes ganhou no Brasil, nos últimos anos, vide Plano Crack é Possível Vencer (BRASIL, 2010), 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) vêm investindo na adaptação, implantação e avaliação de programas de prevenção do uso de drogas entre educandos brasileiros. Optou-se por trabalhar o tema da prevenção a partir de experiências que tivessem sido avaliadas e apresentassem dados de efetividade. E, para iniciar o processo de implementação optou-se pelo programa “*Unplugged*”, que apresentou resultados efetivos em sete países europeus (CARIA, FAGGIANO, BELLOCO & GALANTI, 2011) e foi adaptado em vários países da África e Ásia (EU-DAP, 2007a).

Atualmente, o programa *Unplugged* foi adaptado ao contexto nacional e nomeado “#Tamojunto, programa de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas para educandos dos anos finais do ensino fundamental”. Um importante diferencial na adaptação do programa à realidade brasileira se caracteriza pela reelaboração das “Oficinas de Pais e Responsáveis” como uma intervenção orientada pela diretriz da intersectorialidade. As oficinas passam a ser planejadas, executadas e avaliadas por profissionais da saúde e educação do território da escola. Este artigo tem como objetivo (1) apresentar os modelos atuais de prevenção do uso de drogas em escolas e o programa preventivo selecionado, (2) discutir os resultados e desafios da relação intersectorial saúde e educação na realização das “Oficinas de Pais e Responsáveis” do programa *Unplugged/#Tamojunto* e (3) descrever as principais decisões de gestão relativas à intersectorialidade e sustentabilidade local do programa.

## **OS MODELOS DE PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS EM ESCOLAS E TERRITÓRIOS COMPARTILHADOS ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO**

O uso de drogas é, essencialmente, caracterizado por um fenômeno constituído nas inúmeras interfaces e relações do indivíduo. Entretanto, os projetos de prevenção em escolas, em sua maioria, enfatizam apenas um dos aspectos envolvidos no uso de substância, seja a dimensão psicológica do usuário ou seu contexto socioeconômico, ou mesmo a influência do meio familiar, ou os efeitos bioquímicos das drogas, quando não se limitam aos fatores genéticos (MINDFORD, 2010). Essas concepções, embora estejam intimamente relacionadas ao uso de drogas, isoladas não são suficientes para explicar o fenômeno ou para propor soluções adequadas (SCHNEIDER, 2010; SCHNEIDER & LIMA, 2011; FERREIRA ET AL, 2010).

Outras concepções relacionadas ao uso de drogas são o viés moralista e o movimento de “guerra às drogas” e ambos tampouco apresentam resultados efetivos na prevenção com educandos. Na perspectiva moralista os problemas relacionados ao uso de drogas são explicados a partir de características dos indivíduos, em geral, associados à indisciplina, desvio de caráter, causalidade genética (“filho de peixe, peixinho é”), desinteresse e valores pessoais e sociais distorcidos (NOTO & GALDURÓZ, 1999; RONZANI, 2013). Concepções reducionistas frequentemente servem a argumentos ideológicos. Já o movimento de “guerra às drogas”, sob a hegemonia da orientação norte-americana, priorizava sua atuação junto ao

polo repressão, desconsiderando outras dimensões psicossociais fundamentais na constituição desta problemática, atribuindo a droga em si ou ao seu usuário a responsabilidade total do uso, abuso, dependência, abstinência e tratamento (BUCHER, 1992; CARLINI-COTRIM, 1998; CANOLETTI & SOARES, 2005; SODELLI, 2010). Modelos que priorizam intervenções exclusivamente informativas ou baseadas na pedagogia que estimula o medo, em geral, utilizam-se de palestras sobre os efeitos nocivos à saúde ou em depoimentos de ex-usuários, ou apresentam ações repressivas e intolerantes ao consumo. Estas são estratégias preventivas que não apresentam resultados e podem, inclusive, ter efeitos iatrogênicos, como o estímulo ao uso (UNODC-Brasil, 2014; SLOBODA & BUKOSKI, 2003).

Outra forma, de planejar e implantar as intervenções preventivas, é pautando-se nos fatores de risco e fatores de proteção. Fatores de risco são as características ou variáveis que, se presentes em um contexto, tornam pessoas ou grupos mais vulneráveis, enquanto os fatores de proteção modificam ou diminuem os efeitos dos fatores de risco (ERIKSSON, CATER, ANDERSHED & ANDERSHED, 2010; DALTON, ELIAS & WANDERSMAN, 2007). No contexto de uso de drogas se referem a fatores que podem influenciar o uso ou inibir o uso. As primeiras intervenções preventivas desenvolvidas anos atrás focalizavam ou os fatores de risco ou os de proteção. Entretanto, as intervenções consideradas mais eficazes são aquelas que atuam simultaneamente nos dois polos, objetivando minimizar os fatores de risco e maximizar os fatores de proteção (COWEN, 2000).

A partir dos estudos e práticas recentes, as intervenções preventivas têm sido pautadas na promoção de habilidades sociais e de vida (SILVA & MURTA, 2008), sendo inclusive indicadas pela Organização Mundial de Saúde pela sua efetividade (WHO, 1993). Os programas de promoção de habilidades de vida vêm reafirmando a força de seus efeitos em estudos de seguimento longitudinal de 20 anos de acompanhamento (BOTVIN & GRIFFIN, 2004). As habilidades de vida são exemplos de fatores de proteção frente ao uso de drogas, como por exemplo, com as habilidades de manejo das emoções, criatividade, pensamento crítico, resolução de problemas e tomada de decisão (PAIVA & RODRIGUES, 2008). Semelhantemente, bons vínculos familiares são fatores de proteção importantes frente ao comportamento de risco de abuso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes (ALLEN, COOMBES & FOXCROFT, 2007; OKULICZ-KOZARYN & FOXCROFT, 2012).

Corroborando, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993), organizou as principais evidências na prevenção do uso de drogas nos territórios escolares. Para tanto, a OMS considerou padrões de efetividade segundo as alterações do consumo na idade do primeiro uso e no padrão do consumo já iniciado. O documento faz as seguintes indicações: (a) intervenções devem ser apropriadas à faixa etária e por isso devem ser considerados os dados de prevalência de uso e as características das intervenções, (b) intervenções anteriores ao uso tem o potencial de mudança nos padrões de comportamento e nas respostas em relação ao álcool, (c) programas curriculares são relevantes, especialmente aqueles em que as informações e as habilidades têm um sentido prático e imediato de aplicação, (d) ações de prevenção após a faixa etária do início do uso tem uma eficácia pouco relevante, especialmente para os grupos que já estão expostos ao uso, (e) intervenções devem estar baseadas nas necessidades reais e devem ser interessantes e com sentido reconhecido, (f) é necessária a inclusão de uma etapa formativa com aqueles que conduzirão a intervenção e sugere-se agregar instrumentos de monitoramento do processo, (g) antes da disseminação dos programas, eles devem ser implementados numa versão piloto e sofrer as adaptações indicadas pelos professores e educandos, (h) indicam-se pesquisas sobre o impacto na redução ou diminuição do uso de substâncias, (i) programas interativos são, pelo menos, duas vezes mais efetivos do que programas não interativos e requerem facilitadores habilitados em manejo de grupo.

O programa *Unplugged*, no Brasil renomeado #Tamojunto, foi criado e testado pelo *European Drug Addiction Prevention Trial* (EU-Dap). Entre setembro de 2004 e maio de 2006, o EU-Dap avaliou os efeitos deste programa em sete países da União Europeia: Bélgica, Alemanha, Espanha, Grécia, Itália, Áustria e Suécia. Participaram 7079 educandos entre 12 e 14 anos, selecionados aleatoriamente, para um estudo experimental (*Randomized Control Trial*) a fim de comprovar a eficácia do programa. Entre seus principais resultados destacam-se: (a) a redução de 30% na probabilidade dos educandos fumarem cigarros diariamente, (b) redução de 28% na probabilidade de experimentarem um episódio de intoxicação alcoólica – embriaguez, (c) redução de 23% na probabilidade de fumarem maconha no mês anterior ao da aplicação dos instrumentos de avaliação e (d) efetividade no adiamento do primeiro uso de substâncias e na prevenção da transição de uso eventual para o uso frequente (CARIA, FAGGIANO, BELLOCO & GALANTI, 2011).

O programa *Unplugged*/#Tamojunto é organizado em 12 aulas, conduzidas por professores que tenham educandos entre 11 e 14 anos, que estejam cursando entre a sexta e a oitava séries do Ensino Fundamental. Nas aulas, há uma série de jogos, brincadeiras, debates, informações que visam à redução do consumo regular ou abusivo de álcool e outras drogas. Sua linha teórica baseia-se no modelo de influência social ampla – *Comprehensive Social Influence Model* (EU-Dap, 2007a), que se define pelo seguinte tripé: (1) promoção de habilidades de vida, (2) informações sobre drogas e (3) pensamento crítico frente às crenças normativas dos educandos que participam das aulas. Cada aula acontece semanalmente, com duração média de 50 minutos por turma, e o professor é um facilitador das atividades interativas, que acontecem com os educandos em círculo e, em muitos momentos, trabalhando em pequenos grupos de discussão.

Além das atividades com os educandos, são realizadas três Oficinas de Pais e Responsáveis. Nos outros países, as oficinas são realizadas por especialistas em prevenção e adolescência, contratados pela escola. No Brasil, as oficinas são planejadas, executadas e avaliadas por profissionais da saúde e educação, envolvendo a escola e os equipamentos de saúde do entorno da escola, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diversas modalidades. As oficinas são organizadas em três encontros de cerca de duas horas, realizados na escola ou espaços da comunidade e são trabalhados temas relativos à adolescência, estilos parentais e habilidades sociais dos pais na educação de seus filhos (EU-DAP, 2007b).

As oficinas com os pais visam o fortalecimento de vínculos e a promoção do diálogo. Assim, os principais objetivos das oficinas são possibilitar aos pais uma compreensão mais ampla sobre a adolescência e suas particularidades, proporcionar aos pais e professores um espaço para compartilhar experiências, possibilitar a troca horizontal de saberes entre a saúde e a educação e oferecer orientações dirigidas aos pais para que desenvolvam habilidades que auxiliem seus filhos em suas tomadas de decisão.

Na implementação do programa #Tamojunto, os professores e profissionais de saúde são capacitados por “multiplicadores” numa formação vivencial de dois dias, quando realizam *roleplays* das aulas e das Oficinas de Pais e discutem a forma de planejamento e implantação do programa. Além da capacitação, na experiência brasileira do programa, os professores e

profissionais de saúde são acompanhados pelos “multiplicadores”, que são profissionais formados nos princípios do programa e que vão às escolas mensalmente para se reunirem com profissionais da educação e saúde para dar suporte à implementação do programa numa perspectiva de educação permanente (EVERS et al, 2012). A educação é permanente e qualifica as práticas pedagógicas do professor em diferentes abordagens, como no manejo de grupo em sala de aula, e fomenta a relação intersetorial entre profissionais da saúde e da educação por meio do planejamento, condução e avaliação das Oficinas de Pais e Responsáveis. Além disso, estes multiplicadores têm a tarefa de promover a articulação dos atores e recursos dos diversos setores para sustentabilidade das ações.

## **RESULTADOS E DESAFIOS DA RELAÇÃO INTERSETORIAL SAÚDE E EDUCAÇÃO NA REALIZAÇÃO DAS “OFICINAS DE PAIS E RESPONSÁVEIS”**

No segundo semestre de 2013, o governo federal em parceria com os governos estaduais e municipais das cidades São Paulo (SP), São Bernardo do Campo (SP) e Florianópolis (SC) conduziram e vivenciaram a experiência da adaptação cultural e implementação pré-piloto do programa *Unplugged/ #Tamojunto*. Esta implementação foi acompanhada por pesquisadores das universidades federais de São Paulo (UNIFESP) e Santa Catarina (USFC) que realizaram um estudo *quasi*-experimental de validação de instrumentos para um futuro ensaio randomizado para avaliação de efetividade do programa. Ao todo, duas escolas estaduais e uma escola municipal de São Paulo, uma escola estadual em São Bernardo do Campo e quatro escolas municipais na cidade de Florianópolis, em Santa Catarina, participaram da primeira experiência com o programa, cada uma com sua respectiva escola-controle.

Na condução da implantação, seis multiplicadores vinculados ao Ministério da Saúde e ao UNODC foram responsáveis por formar os profissionais e acompanhar mensalmente as etapas de implementação do programa em cada território. Concomitantemente, gestores federais eram responsáveis pelas articulações políticas, orçamentárias, logísticas e de execução do programa. Dentre as atividades dos multiplicadores estava o preenchimento semanal de um diário cartográfico, ou seja, um questionário descritivo das atividades realizadas no território, com dados objetivos da avaliação de processo da implantação e dados subjetivos, com interpretações dos desafios e avanços da implementação do programa. Neste documento,

constam relatos sobre a relação entre saúde e educação em cada território, que serão aqui destacados como o recorte de análise. Ao todo, 144 diários cartográficos foram preenchidos e todos foram analisados para o presente artigo.

Os diários cartográficos foram analisados segundo as etapas da análise de conteúdo do tipo temática e estrutural (BARDIN, 1977) e foram identificadas três categorias. As categorias referem-se (1) aos antecedentes intersetoriais entre saúde e educação, (2) às dificuldades de gestão frente à relação saúde e educação e, por fim, (3) à função do multiplicador na articulação intersetorial entre saúde e educação.

### *Antecedentes Intersetorias*

As análises dos diários cartográficos indicam que é frequente a ausência de antecedentes intersetoriais entre saúde e educação ou que as relações prévias limitam-se às intervenções pontuais de um setor sobre o outro. Anterior ao programa, a relação entre profissionais das duas áreas era restrita a discussão e encaminhamento de educandos, avaliação das condições de saúde dos educandos (nutricionais e de saúde ocular) e realização de palestras nas escolas (sexualidade e cultura da paz).

A relação dos equipamentos de saúde com as escolas não foi homogênea. Nos territórios participantes do Programa Saúde na Escola – PSE (BRASIL, 2008) havia a figura dos articuladores de referência para os dois setores e estes profissionais passaram a acompanhar o programa *Unplugged*/#Tamojunto. Nas iniciativas locais de articulação em rede, em geral lideradas pela saúde, a educação tinha menor participação. Outro ponto identificado foi que o vínculo estava mais pautado em relações pessoais entre profissionais do que na representatividade dos equipamentos de educação e saúde, ou seja, na perspectiva de valores e projetos de pessoas e não de políticas.

### *Dificuldades de gestão frente à relação saúde e educação*

O envolvimento de gestores dos equipamentos de educação e saúde, como diretores das escolas e gerentes de equipamentos de saúde, foi escasso. A participação dos gestores limitou-se, na maior parte das situações, à liberação dos profissionais e facilitação das agendas. No caso dos equipamentos da saúde, as UBS foram os equipamentos que mais se

envolveram com as atividades intersetoriais, e em alguns casos, foi citada a participação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas modalidades CAPS infantil, CAPS Álcool e Drogas. Não foi identificada a participação da assistência social, exceto em espaços em que esse setor participava anteriormente.

Os setores saúde e educação descrevem dificuldades na conciliação das agendas e incorporação das ações intersetoriais induzidas pelo programa em suas rotinas regulares. Em territórios sem PSE, a articulação com as UBS no modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi mais fluida do que com UBS sem a estratégia. Os profissionais das UBS sem ESF tiveram mais dificuldades com as agendas que necessitavam de deslocamentos. Outra dificuldade relatada refere-se às equipes com número de profissionais reduzidos.

### *O multiplicador como articulador intersetorial*

O multiplicador desenvolveu, ao longo do período de implantação, o papel de articulador das interações entre saúde e educação nos territórios. Entre suas atividades destacou-se a função de induzir a construção das Oficinas de pais de maneira compartilhada e interativa. O multiplicador foi identificado pelos profissionais de ambos os setores como uma referência para o desenvolvimento da relação entre saúde e educação e para a sustentação da proposta da oficina. Há avaliações indicando que sem uma intervenção do multiplicador, a oficina poderia acabar com um formato semelhante às reuniões de pais promovidas regulamente pela escola, em um viés menos interativo e mais informativo.

A programação da Oficina de Pais e Responsáveis variou de um encontro para outro, e há relatos de pais que retornaram na oficina seguinte. A versão da programação original da oficina não foi seguida em nenhum contexto. Os relatos indicam a necessidade de adequação às realidades dos profissionais de saúde e de educação. Os multiplicadores articularam as oficinas de modo análogo à estrutura pedagógica das aulas para os educandos, incluindo energizadores, aprendizagem por pares, colocar-se no lugar do outro, discussões em grupo, com foco, não na droga em si, mas nas habilidades de vida e nos fatores de risco e proteção. As equipes de saúde, especialmente das UBS, demonstraram maiores dificuldades, especialmente nas primeiras oficinas, com a proposta de atividades menos informativas e mais participativas.

Houve ao longo das oficinas uma maior participação de professores, uma diminuição da necessidade de participação do multiplicador e uma abertura da saúde para a proposta metodológica das oficinas. Essa articulação foi orientada pela tarefa de planejamento e execução das Oficinas de Pais. A função do multiplicador nas primeiras oficinas chegou a extrapolar a de articulador, pois em algumas situações ele tornou-se executor da própria oficina. Esse limite tênue entre promotor da articulação, que induz, e executor, que produz, esteve presente durante toda a etapa, variando de acordo com os antecedentes intersetoriais do território e o modo como os atores locais foram assumindo a autonomia da produção da articulação intersetorial no processo.

Ademais, os pais avaliaram positivamente o formato e o conteúdo das oficinas. Os pais e responsáveis indicam esse espaço como importante para trocas entre eles e para o reconhecimento de pares e promoção de empatia, ao perceberem que não estão sós com seus problemas com os adolescentes, bem como retomarem memórias de quando também eram adolescentes e compartilhem estratégias de educação dos filhos.

Outro destaque foi a iniciativa dos participantes das oficinas em convidar voluntariamente outros pais para as reuniões seguintes. Tal iniciativa pode ser considerada como resultado de impacto positivo e pode ser uma estratégia crucial para aumentar a adesão dos participantes, além de auxiliar nos desafios da divulgação e da mobilização da comunidade para participar das oficinas.

## **DECISÕES DE GESTÃO RELATIVAS À INTERSETORIALIDADE**

As técnicas e estrutura geral das oficinas foram drasticamente adaptadas às demandas dos profissionais que a executariam, bem como as necessidades dos pais e a comunidade participante. As modificações pautaram-se na inclusão de técnicas interativas que fomentassem a promoção de empatia dos pais, com atividades que os convidaram a relembrar sua adolescência, a fim de promover uma postura mais compreensiva e dialogada com os filhos, bem como a inclusão de *roleplays* de cenas em que os pais e responsáveis pudessem experimentar estratégias, falas, ações e decisões de estilos parentais

saudáveis, com a desafiadora dosagem entre amor e limites na educação dos filhos (BOLSONI-SILVA, SILVEIRA & RIBEIRO, 2008). Outra adaptação foi a ampliação de momentos de compartilhamento de experiências entre os familiares, onde os pais ou responsáveis tivessem um espaço protegido e acolhedor para expressarem seus sentimentos a respeito de suas principais dificuldades e dúvidas na criação dos adolescentes, decisão baseada em indicações da literatura (OKULICZ-KOZARYN & FOXCROFT, 2012).

Em relação à gestão do processo de implantação, representantes das secretarias de saúde e educação e gestores locais foram diretamente envolvidos nas etapas de implantação do programa, inclusive sendo responsabilizados por conduzir algumas etapas, como indicado em arquivos propositivos da área (UNODC, 2014). Assim, foi atribuído às secretarias de gestão locais (municipais e estaduais) que pactuassem e autorizassem a participação de saúde e educação na formação, além de assumirem o compromisso de realização das oficinas intersetoriais. Alguns profissionais acompanharam as etapas conduzidas pelos multiplicadores e, em longo prazo, a proposta é que sejam formados multiplicadores locais capazes de conduzir todas as etapas de implantação do programa, a fim de oferecer subsídios à autonomia local.

Em síntese, os pontos críticos identificados na primeira fase de implantação do programa, em 2013, foram submetidos à análise de viabilidade e sustentabilidade e foram realizadas as seguintes adaptações para o ano de 2014: (1) revisão do formato, com inclusão de técnicas mais interativas e semelhantes às 12 aulas do programa, (2) participação conjunta dos profissionais de saúde e educação na formação, a fim de que os profissionais alinhem seu conhecimento e senso de pertencimento de todas as etapas do programa, (3) necessidade do planejamento, execução e avaliação de cada oficina de pais com representantes da saúde e da educação, (4) necessidade da participação de um gestor escolar (diretor, coordenador, supervisor) na formação de profissionais para viabilizar a implantação do programa e realização das oficinas de pais como parte das ações de promoção de saúde e prevenção do uso de drogas em sua escola, (5) manutenção da figura do multiplicador como mediador inicial da relação saúde e educação e (6) identificação de profissionais locais da gestão da saúde e da educação que pudessem ser capacitados para ocupar a função do multiplicador local.

Mesmo com as novas decisões de gestão, está posto o desafio de integração de políticas públicas de saúde e educação, que tem fluxos diferenciados e ações estratégicas diversas. A atuação intersetorial não é uma

diretriz incorporada pelas políticas e programas, por isso esse modo de articulação suscita mudanças nas práticas e na cultura organizacional que a corroboram. É um processo que tem riscos e que afeta os interesses, muitas vezes divergentes, de grupos. Ela tende a ser particularizada por cada uma das políticas setoriais, bem como pelos interesses profissionais individuais, dificultando assim, a formulação e articulação de propostas compartilhadas, que dialoguem com a complexidade e dinamicidade da realidade social.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A proposta metodológica do programa *Unplugged*/#Tamojunto potencializa o compromisso dos profissionais da saúde e da educação para as ações intersetoriais. O encontro entre os profissionais de diferentes setores proporcionou ainda a abertura para novas possibilidades de atuação intersetorial. Na experiência brasileira, a intersetorialidade adquiriu um lugar estrutural do programa #Tamojunto e as Oficinas de Pais conduzidas em parceria fomentaram a troca horizontal de saberes. Tal como a saúde, a educação precisa da articulação coordenada de diferentes políticas sociais para o alcance da integralidade, pois educar não se restringe à apreensão de conteúdos. Educação envolve conquistar a liberdade de pensar, de articular ideias e de analisar a realidade viva, pois o ato de educar é um ato político, como afirmou Paulo Freire (1987). As ações intersetoriais, no formato proposto, oportunizam também uma atenção à saúde que exceda os limites da escola propriamente dita, abrangendo seu território.

Ao longo do processo de adaptação do programa à realidade brasileira, a incorporação do componente intersetorial ampliou sua complexidade para a implementação. Por outro lado, ao promover a articulação entre profissionais dos setores da educação e da saúde unida à mobilização dos pais e parte da comunidade, o programa ganhou em sustentabilidade local. E, gerou a possibilidade de que a comunidade local mobilizada, na figura dos pais, profissionais de território e líderes comunitários, funcionasse como um fator protetor na política de prevenção.

Assim, a saúde, educação, assistência social, lideranças locais e outros setores devem se unir na perspectiva da organização de uma rede de proteção, participativa e comunitária. Os serviços e profissionais que operam essa rede poderiam, dessa forma, praticar o diálogo e a tomada de decisão conjunta

sobre o que prevenir, onde prevenir, quando prevenir e quais são os melhores caminhos para construirmos uma sociedade mais igualitária.

## REFERÊNCIAS

ABREU, S. **Prevenção em saúde mental no Brasil**: a perspectiva da literatura e de especialistas da área. Brasília: UnB, 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2012.

ALLEN, D.; COOMBES, L.; Foxcroft, D. R. Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I Study. **Health Education Research**, Oxford, v. 22, p. 547-560, 2007.

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

BOLSONI-SILVA, A. T.; SILVEIRA, F. F.; RIBEIRO, D. C. Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/ cuidadoras: contribuições do treinamento em habilidades sociais. **Contextos Clínicos**: São Leopoldo, v. 1, p. 19-27, 2008.

BOTVIN, G. J.; GRIFFIN, K. W. Life Skills Training: empirical findings and future directions. **The Journal of Primary Prevention**, Vol. 25, No. 2, p. 2011- 232, 2004. Disponível em <http://link.springer.com/>

BRONZO, C; VEIGA, L. **Interdisciplinaridade e políticas de superação da pobreza**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Portaria nº 1.861 de 4 de setembro de 2008**. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL. **Decreto n.º 7.179, de 2010**, Plano de Enfrentamento ao Crack, 2010.

BUCHER, R. A ética da prevenção. **Teoria e Pesquisa**: Brasília, Vol. 8, nº 3, pp. 385-398, 1992.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v.9, n.16, p.115-29, 2005.

CARIA, M. P.; FAGGIANO, F.; BELLOCO, R.; GALANTI, M. R. Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. **Journal of Adolescent Health**, v.48, n.2, p.182-188, 2011. Disponível em: <http://jahonline.org/>

CARLINI-COTRIM, B. (1998) Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, J. G. (org). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998, p. 19-30.

COWEN, E. L. Now that we all know that prevention in mental health is great, what is it? **Journal of Community Psychology**, v.28, n.1, p.5-16, 2000. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/>

DALTON, J. H.; ELIAS, M. J.; WANDERSMAN, A. **Community Psychology: linking individuals and communities**. Thomsom Wadsworth: Belmont, California, 2007.

DOUGHTY, C. (2005). The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults: a critical appraisal of the literature. **New Zealand Health Technology Assessment Report**, v.8, p.7-12, 2005. Disponível em: <http://www.otago.ac.nz/>

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES – UNODC. Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas. Brasília, Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.unodc.org/>

ERIKSSON, I.; CATER A.; ANDERSHED A.; ANDERSHED, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems: a review of previous reviews. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, v.5, p.477–482, 2010. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/>

EU – DAP. **Dissemination Guide**. Turin: EU-DAP Trial, 2007a. Disponível em: <http://www.eudap.net/>

EU – DAP. **Parent's Meeting Manual**. Turin: EU-DAP Trial, 2007b. Disponível em: <http://www.eudap.net/>

EVERS, K. E. et al.. Results of a transtheoretical model-based alcohol, tobacco and other drug intervention in middle schools. **Addictive Behaviors**, v.37, n.9, p.1009-1018, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

FERREIRA, T. C. D. et al. Percepções e atitudes de professores de escolas públicas e privadas perante o tema drogas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**: São Paulo, v.14, n.34, p.551-62, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra (17a ed), 1987, 218 p.

LAURO, MM; LEITE, DA; VARGAS, CP. Reflexões sobre a educação na atualidade e sua relação com a saúde. In: RONZANI, TM.; SILVEIRA, PS. (orgs). **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014. p. 7-24.

MIDFORD, R. Drug prevention programmes for young people: where have we been and where should we be going? **Addiction**, v.105, n.10, p.1688-1695, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

NOTO, A. R; GALDURÓZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.145-154, 1999.

PAIVA, F.S.; RODRIGUES, M.C. Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. **Estudos e pesquisas em psicologia**: Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.672-684, 2008.

OKULICZ-KOZARYN, K.; FOXCROFT, D. Effectiveness of the Strengthening Families Program 10–14 in Poland for the prevention of alcohol and drug misuse: protocol for a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v.12, p.319, 2012. Disponível em: <http://biomedcentral.com/bmcpublichealth/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Ação intersetorial para a saúde**: pilar da saúde para todos no século XXI. Relatório da Conferência Internacional. Halifax, Nova Escócia, Canadá, 1997.

RONZANI, T. M. (2013). Perspectivas de Prevenção ao Uso de Álcool e outras Drogas. In T. M. RONZANI (org.) **Ações Integradas sobre Drogas**:

**Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas** pp. 83-104). Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013, p.83-104.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência e Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.687-698, 2010.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, v.42, p.168-178, 2011. Disponível em: <http://www.revistaseletronicas.pucrs.br/>

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

SILVA, M. P.; MURTA, S. G. Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: uma experiência no programa de atenção integral a família (PAIF). **Psicologia: reflexão e crítica**: Porto Alegre, v.22, n.1, p.136-143, 2008.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.637-644, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Life Skills Education for Children and adolescents in School**. Geneva: Mental Health Division of World Health Organization, 1993.

*Recebido em janeiro de 2015  
Aprovado em abril de 2015*