

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

KÊNIA FERNANDA SOUZA BATISTA

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O USO DE DROGAS:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

CORINTO/MINAS GERAIS

JULHO-2013

KÊNIA FERNANDA SOUZA BATISTA

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O USO DE DROGAS:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

CORINTO/MINAS GERAIS

JULHO-2013

KÊNIA FERNANDA SOUZA BATISTA

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O USO DE DROGAS:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - orientador

Profa. Ms. Roselane da Conceição Lomeo - examinadora

Aprovada em Belo Horizonte em 03/08/2013

DEDICATÓRIA

À Deus primeiramente, que é o Autor dos autores, o Mestre dos mestres...

À minha família que é fonte de inspiração contínua pela sabedoria e dedicação eternas.

À minha equipe de trabalho “ESF Odete Martins” do município de Brasília de Minas que sempre “compra” as minhas idéias em busca da oferta de uma assistência de saúde de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador, Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena, pela presteza e incentivo.

À minha equipe, pela participação e ajuda.

À Coordenação da Atenção Básica, pelo apoio.

EPÍGRAFE

“O pior cárcere não é o que aprisiona o corpo,
Mas o que asfixia a mente e algema a emoção.
Sem liberdade, as mulheres sufocam seu prazer,
Os homens se tornam máquinas de trabalhar.
Ser livre é não ser servo das culpas do passado
Nem escravo das preocupações do amanhã.
Ser livre é ter tempo para as coisas que se ama,
É abraçar, se entregar, sonhar, recomeçar.
É desenvolver a arte de pensar e proteger a emoção.
Mas, acima de tudo...
Ser livre é ter um caso de amor com a própria vida”.

AUGUSTO CURY

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta para a intervenção da Equipe de Saúde da Família Odete Martins, localizada na cidade de Brasília de Minas, sobre o principal problema identificado por esta equipe através da realização do diagnóstico situacional, em que foi utilizado o método de Estimativa Rápida: drogas. Embora a equipe entenda que o setor saúde, isoladamente, não é capaz de agir sobre este problema, a equipe decidiu buscar parcerias e propor um plano de ação. A intervenção pelo plano de ação justifica-se uma vez que se trata de problema de saúde pública, com alta prevalência nos dias de hoje, e responsável por desestruturar núcleos familiares, pela evasão escolar e pela violência gerada. O trabalho apresenta o objetivo geral de desenvolver uma proposta de intervenção para a equipe supracitada. Visando a fundamentação teórica para a realização do presente trabalho foi realizada uma busca junto a biblioteca eletrônica SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) por artigos publicados em língua portuguesa, no período de 2002 a 2012 e que tivessem relação com o tema proposto, sendo utilizados os seguintes descritores: drogas, plano de ação e saúde da família. Além disso, foi feita a busca em publicações diversas: periódicos, revistas, manuais e linhas-guia. A implementação do Plano de Ação tem como objetivo organizar o processo de trabalho da equipe de saúde em parceria com outros setores da sociedade, especialmente a educação e segurança, bem como a comunidade em geral. Esta iniciativa tem como objetivo assegurar a prestação de cuidados de qualidade aos usuários de drogas e suas famílias para garantir referência sempre que necessário e, acima de tudo, para evitar o uso e abuso de substâncias psicoativas. Para isso, serão realizadas reuniões com a comunidade, passeatas, uso da rádio local, grupos operativos, a implementação do Programa Saúde na Escola, entre outras ações.

Palavras-chave: Saúde da Família, Drogas, Plano de Ação.

ABSTRACT

This paper presents a proposal for the intervention of the Family Health Team Odette Martins, located in Brasília de Minas, on the main problem identified by this team by conducting the situational analysis, which used the method of Flash Estimate: drugs. Although the team understands that the health sector alone is not able to act on this problem, the team decided to seek partnerships and propose an action plan, intervention by the plan of action is justified since it is health problem public, with high prevalence in the present day, and responsible disaggregating households by truancy and violence generated. The paper presents the overall goal of developing a proposal for action to the team above. Aiming the theoretical foundation for the realization of this work was carried out a search with the electronic library SciELO (Scientific Electronic Library Online) for articles published in Portuguese in the period 2002-2012 and had relations with the theme being used the following descriptors: drugs, action plan and family health. Additionally, the search was made in various publications: journals, magazines, manuals and guide lines. The implementation of the Action Plan aims to organize the working process of the health team in partnership with other sectors of society, especially education and safety, as well as the community at large. This initiative aims to ensure the provision of quality care to drug users and their families to ensure reference whenever necessary and, above all, to prevent the use and abuse of psychoactive substances. For this, meetings will be held with the community, marches, use of local radio, operative groups, implementation of the School Health Program, among other actions.

Keywords: Family Health, Drugs, Plan of Action.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CEABS	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
DPSSP	Diretriz para Produção de Serviços de Segurança Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	Lei das Diretrizes e Bases
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PROERD	Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema Explicativo.....	33
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Desenho das operações para os “nós” críticos das drogas.....	35
Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfreteamento do “nó crítico principal”.....	37
Quadro 3 - Propostas de ações para a motivação dos atores.....	38
Quadro 4 - Plano operativo.....	39
Quadro 5 - Operação “Aprender Sempre”.....	41
Quadro 6 - Operação “Políticas Públicas de Saúde de Combate às drogas”.....	42
Quadro 7 - Operação “Cuidar melhor é preciso!”.....	43
Quadro 8 - Operação Mais saúde!.....	43
Quadro 9 - Operação “Viver Melhor!”.....	44

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	
3.1 - Objetivo Geral	15
3.2 - Objetivos Específicos	15
4. METODOLOGIA	16
5. REVISÃO DE LITERATURA	18
5.1 – A Estratégia de Saúde da Família e as Drogas.....	18
5.2 - As Drogas.....	20
5.3 - As drogas no Ambiente Escolar.....	23
5.3.1 – O PROERD.....	25
5.3.2 – O Programa Saúde na Escola.....	26
5.4 – PREVENÇÃO: O melhor caminho?.....	29
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	32
6.1 - Explicação do Problema.....	32
6.2 - Seleção dos “nós críticos”.....	34
6.3 - Desenho das Operações.....	34
6.4 - Identificação dos Recursos Críticos.....	36
6.5 - Análise da Viabilidade do Plano.....	37
6.6 - Elaboração do Plano Operativo.....	39
6.7 - Gestão do Plano.....	41
7. DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS.....	45
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família constitui-se um dos modos de operação da Atenção Primária à Saúde que agrupa conceitos de promoção à saúde e prevenção de doenças. Foi implantada a fim de reorganizar o modelo assistencial de saúde e reafirmar os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), além de efetivá-los como, a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 2002).

Por acreditar que o fortalecimento da Atenção Primária, mais especificamente da Estratégia Saúde da Família, é o ponto essencial para a reestruturação de todo um sistema de saúde, e tendo feito a opção por estar inserida neste contexto de trabalho tão logo à graduação é que a autora deste trabalho resolveu participar do processo de seleção para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família modalidade à distância desta universidade.

Durante o decorrer do curso a autora esteve inserida em duas equipes de Saúde da Família em municípios distintos, Salinas e Brasília de Minas, fato inclusive que motivou a sua transferência do pólo de Araçuaí para Corinto. Em ambas as equipes, utilizou o método da Estimativa Rápida para realização de um Diagnóstico Situacional apresentado na disciplina de “Planejamento e avaliação das ações em saúde”.

O município de Brasília de Minas está localizado no norte de Minas Gerais e apresenta uma população de pouco mais de 32 mil habitantes, conforme Data SUS (2013), sendo em sua maioria do sexo masculino e na faixa etária adulta. O município possui uma cobertura de 100% de Equipes de Saúde da Família, perfazendo um total de 11 equipes, sendo 3 nas zonas rurais, 1 mista e 7 na zona urbana. Ainda, possui um Hospital Microrregional e o Centro Integrado de Referência Viva a Vida e Hiperdia.

A autora encontra-se em exercício neste município desde agosto de 2011, porém em março de 2012 foi transferida para a Equipe de Saúde da Família Odete Martins onde permanece até o momento.

Esta é uma equipe mista, criada há pouco mais de um ano, e é responsável por uma população de aproximadamente 2400 pessoas divididas em seis microáreas, sendo uma delas localizada na zona rural. A população caracteriza-se por ser de baixo poder aquisitivo, baixa

escolaridade com alto índice de analfabetismo, grande parte emprega o mercado informal, e outra grande parte participa de trabalhos temporários e sazonais, como colheita de lavouras diversas e costura em outros estados e regiões. Tal evidência acarreta uma rotatividade na população, e justifica o número significativo de residências locadas.

A equipe é composta por seis agentes comunitários de saúde, um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais.

Segundo Ferreira *et al.* (2009) na busca da organização do serviço a fim de responder às necessidades da população é necessário seguir etapas: primeiramente conhecer o território e identificar os problemas, necessidades locais e a distribuição no território. Em seguida priorizar as situações para, por fim, planejar intervenções a fim de melhorar ou resolver os problemas identificados, e avaliar as mudanças ocorridas.

Sendo assim, tão logo o início do seu exercício nesta unidade, a autora realizou juntamente com sua equipe o Diagnóstico Situacional do território através de aplicação de questionário a 60 informantes chave identificados na comunidade. Tal questionário foi elaborado pela própria equipe e buscava informações acerca da opinião da população em relação ao atendimento da unidade básica, problemas da comunidade, problemas causadores de doença, dificuldades enfrentadas e propostas para o trabalho da equipe.

Após a consolidação dos dados, a equipe identificou entre os variados problemas a problemática “drogas” levantada pela população como prioritária, exceto pela microárea rural. A partir desse levantamento a equipe elencou os diversos problemas encontrados e nomeou o problema das “drogas” sendo de alta importância e muita urgência, por entender que causa ruptura nas estruturas social e familiar, e leva ao adoecimento. No entanto, trata-se de um problema de baixa governabilidade para a equipe, ou seja, de capacidade de enfrentamento parcial.

Apesar de entender que o setor de saúde isoladamente é incapaz de combater este problema, a autora e sua equipe de trabalho decidiram investir neste problema a fim de elaborar e implantar um plano de intervenção efetivo.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se por tratar-se de um problema de saúde pública atual que afeta todo o território brasileiro e mundial, e identificado na área de trabalho onde a autora está inserida, conforme ficou evidente no Diagnóstico Situacional realizado e apresentado na introdução deste trabalho.

Justifica-se também por ser uma problemática que desestrutura muitos núcleos familiares e aparece como demanda na assistência prestada pela Equipe de Saúde Odete Martins periodicamente, porém sem nenhum método implantado até então no processo de trabalho desta equipe.

E por último por uma motivação pessoal da autora, haja vista que as drogas já foram mediadoras de vários conflitos em sua própria família.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para o combate ao uso de drogas na população atendida pela Equipe de Saúde “Odete Martins” do município Brasília de Minas/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar ferramentas de trabalho para o trato com os usuários de drogas e suas famílias e para o combate ao uso de drogas;
- Estabelecer contato com os diversos setores e equipamentos sociais disponíveis no território;
- Atuar junto ao Programa Saúde na Escola e ao PROERD.
- Organizar a Atenção à Saúde aos usuários e famílias com usuários de drogas;
- Promover uma cultura à vida saudável, longe do uso das drogas.

4 METODOLOGIA

Planejar é uma necessidade e processo permanente nas unidades de saúde devido às constantes mudanças e transformações que ocorrem, para que os objetivos sejam alcançados com as ações propostas. Segundo Campos, Farias e Santos (2010):

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p. 20).

Visando a fundamentação teórica para a realização do presente trabalho foi realizada uma busca junto a biblioteca eletrônica SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) por artigos publicados em língua portuguesa, no período de 2002 a 2012 e que tivessem relação com o tema proposto, sendo utilizados os seguintes descritores: drogas, plano de ação e saúde da família. Além disso, foi feita a busca em publicações diversas: periódicos, revistas, manuais e linhas-guia.

Sendo assim, buscou-se a elaboração de um plano de ação, para enfrentamento do problema, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus e estudado no módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do CEABS. Este método consiste em identificar e priorizar os problemas a serem enfrentados através de um processo participativo que engloba a visão de diversos setores sociais. A partir disso, elabora alternativas para o seu enfrentamento através de soluções e estratégias viáveis para o alcance dos objetivos propostos, procurando avaliar constantemente os resultados de sua implantação.

Para tanto foi realizado o Diagnóstico Situacional, através do método da Estimativa Rápida, uma das etapas do PES, realizada para identificar os problemas a serem enfrentados com estabelecimento das prioridades. Este método procura envolver a população, os diversos setores sociais e autoridades municipais na identificação das necessidades e problemas que atingem a comunidade, facilitando o trabalho intersectorial e apoiando o processo de planejamento participativo.

Conforme Campos, Faria e Santos (2010) o plano de ação é um conjunto de projetos feitos para a intervenção de um problema identificado que pode ser gerenciado pela equipe.

Sendo assim, este constitui na forma mais adequada de desenvolver estratégias para o enfrentamento do problema priorizado pela Equipe de Saúde da Família Odete Martins, as drogas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A Estratégia de Saúde da Família e as Drogas

Segundo Júnior (2003), a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, a qual trabalha de acordo com os seguintes princípios: caráter substitutivo; integralidade e hierarquização; territorialização e cadastramento da clientela; e equipe multiprofissional.

As unidades de Saúde da Família atuam através de uma equipe multiprofissional composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (JÚNIOR, 2003).

Funcionando adequadamente as equipes são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2002).

O surgimento do PSF na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis (VASCONCELOS, 1999).

Segundo Faria *et al.* (2010, p. 40) “a Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo maior potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS”, a APS.

A atenção primária à saúde (APS) segundo Schraiber (1996) tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de serviço simples e quase sempre com

poucos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica específica de organizar a prática e, como tal, dotada de particular complexidade.

A APS ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência, ao mesmo tempo em que constitui um nível próprio de atendimento. Ao resolver uma série de necessidades, extrapolam a esfera da intervenção curativa individual - as chamadas necessidades básicas de saúde – incluindo, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde), as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (SCHRAIBER, 1996).

Portanto, é neste contexto que o problema tratado neste trabalho torna-se relevante já que tal objeto será trabalhado no ambiente da Atenção Primária, mais especificamente por uma Equipe de Saúde da Família. Tal tratamento para este problema no primeiro nível de atenção, que prioriza as ações preventivas e de promoção à saúde individual e coletiva, torna-se fundamental quando Souza (2004, p. 36) diz que existe “um consenso entre especialistas e estudiosos do assunto de que o melhor tratamento para a questão do uso indevido de drogas consiste na prevenção”.

Etimologicamente, prevenção vem do latim *praeventione*, significando ato ou efeito de prevenir (se). É, também, disposição, ou preparo antecipado e preventivo. Pode ainda, ser entendida como modo de ver antecipado, premeditação, e com cautela (FERREIRA, 1999).

Para Sá (apud FARIA, 2007), prevenir tem o sentido de “preparar a pessoa de maneira que anteveja os fenômenos que podem integrar sua vida, de forma que saiba interagir com tais fenômenos, evitando danos”. No que se refere especificamente às drogas, a prevenção significa antecipação, evitação, interrupção e acautelamento, tendo na centralidade da pessoa humana o objeto principal da preocupação.

Entende-se, entretanto, que tal problema não é exclusivo deste nível de atenção, nem do setor saúde apenas, mas sim necessitam da mobilização dos mais variados setores. Como Hermeto (2011, p.271) diz; “a compreensão deste tema tão complexo requer diferentes leituras e

a atuação, cada vez maior, de profissionais das diferentes áreas, dentre elas saúde, educação, justiça, serviços sociais”.

Para Souza (2004, p. 39) a questão das drogas “há de ser vista pela sociedade, também, como um problema até de auto preservação, que impõe o engajamento de todos os segmentos sociais, pessoas físicas e jurídicas, numa verdadeira cruzada de combate a esse flagelo”, além da necessidade da participação comunitária que vem sendo definida por diferentes governos como “estratégia para enfrentar as mais diversas situações” (SOUZA, 2004, p. 48).

Ainda segundo Souza (2004, p.49) não existe dúvidas de que o uso abusivo ou indevido de drogas “acarreta males físicos, psíquicos e morais para o indivíduo e para a comunidade, com reflexos no grupo social como um todo, comprometendo suas tradições, sua própria segurança, seu trabalho e o seu desenvolvimento”. Diz ainda que para prevenir “não basta informar: é preciso interagir, aumentar a autoestima, estimular as capacidades individuais, ensinar a enfrentar problemas, trabalhar a afetividade e buscar alternativas para averiguar quais são as melhores soluções” (SOUZA, 2004, p. 50).

A autora discutirá a seguir um pouco sobre o problema, além dos programas que serão utilizados em seu combate e tratamento: Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD) e Programa de Saúde na Escola (PSE).

5.2 As Drogas

O consumo de drogas, segundo SES/MG (2007) sempre esteve presente em todas as sociedades humanas em ocasiões diversas, sejam rituais religiosos ou festas. Porém, esta função integradora social aos poucos foi cedendo lugar à função de produto lucrativo e no Brasil, o uso das drogas vem assumindo proporções cada vez maiores “O uso das drogas ilegais (ilícitas) como a maconha, LSD, cocaína morfina, heroína, crack, ecstasy e tantas outras estimulam o tráfico, enriquecem o crime organizado e aumentam a corrupção” (SES/MG, 2007, p. 84).

Portanto, “O abuso de álcool e de outras drogas representa inegavelmente um grave problema da sociedade contemporânea” (SES/MG, 2007, p. 193).

Ainda, segundo a SES/MG pesquisas recentes identificam a idade de 13 anos como média para início do hábito de fumar e beber. Existe uma prevalência de uso/abuso na população

jovem que, além de tudo, tendem a utilizar uma diversidade maior de substâncias o que preocupa as autoridades e profissionais da saúde.

A (SES/MG, 2007, p. 86) conceitua drogas como “substâncias químicas que causam alterações na mente e no corpo de uma pessoa”. Como justificativa para o uso destas, existem os fatores predisponentes, tais como influência da mídia, uso descontrolado de diversas medicações; fatores genéticos, já que filhos de pais que usam drogas possuem o risco quatro vezes maior de também utilizar; fatores de risco, como influência de modismos, pressão dos grupos de amigos, influência de ídolos, ausência de projetos de vida, busca da identidade, a curiosidade, além de ser uma experiência prazerosa para o jovem.

Cury (2007, p. 94), apresenta o resultado de uma pesquisa acerca das causas psíquicas e sociais do uso das drogas, em que foram identificadas como causas, em ordem decrescente: a prescrição médica, o desejo de ter novas experiências, a influência de amigos, conflitos interiores, o sentimento de rejeição, a falta de diálogo dos pais, a influência dos traficantes e, por último, a dificuldade financeira.

Existem, porém, alguns fatores que são considerados de proteção como, o vínculo familiar, bom rendimento escolar, pouca oferta de drogas nos ambientes, valores pessoais, auto-estima positiva, informações, estabelecimento de regras e limites pela família, entre outros.

Para SES/MG (2007, p. 87), “A melhor forma de lidar com a questão das drogas é a informação e o debate sem preconceitos”.

Conforme o documento A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e de Outras Drogas, a universalidade de acesso, a integralidade e o direito à assistência devem ser assegurados a esses usuários, por meio de redes assistenciais descentralizadas, mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (SES/MG, 2007, p. 193).

Apesar deste reconhecimento pelo Ministério da Saúde, segundo o autor supracitado, não se pode esquecer de que o uso/abuso de drogas, por sua gravidade e abrangência, não requer medidas apenas no campo da Saúde, e sim envolver uma abordagem amplamente intersetorial, “que trate dos problemas da violência urbana, das injustiças sociais, das graves desigualdades de acesso à educação, ao trabalho, ao lazer e à cultura” (SES/MG, 2007, p. 193).

As vias de utilização das drogas podem ser por via pulmonar, oral ou injetável e os usuários podem ser identificados como: o experimentador, o ocasional, o habitual e o dependente ou toxicômano. Para muitos o contato com as drogas pode restringir-se a episódios ocasionais de

consumo sem provocar qualquer comprometimento com a saúde, no entanto, para outros o consumo das drogas pode ser responsável por acidentes, violência, problemas graves de saúde mental, física e convívio social (SES/MG, 2007).

As substâncias psicoativas afetam a auto-estima, o autocuidado, a cognição, o limite e a censura, o humor, o julgamento, as relações familiares e sociais, a concentração, a memorização, a aprendizagem, a capacidade de assumir funções sociais e a formação de identidade pessoal e profissional (SES/MG, 2007, p. 87).

A prevenção ao uso de drogas é feita em três níveis: primária (orientação para evitar o uso experimental ou ocasional), secundária (ações a fim de impedir a passagem do uso esporádico para o regular) e terciária (consiste na reestruturação da vida daqueles que apresentem dependência ou abuso de substâncias). “As ações de prevenção devem ser amplas, num trabalho de estímulo aos fatores de proteção e à criação de hábitos saudáveis de vida” (SES/MG 2007, p. 88).

Alguns sinais e sintomas são apresentados por usuários de drogas:

Isolamento, depressão, irritabilidade, mudança de comportamento, descuido com a aparência, falta de higiene corporal, furtos ou desaparecimento de objetos em casa ou no trabalho, desorientação temporal e espacial, afastamento dos amigos, troca do dia pela noite, sonolência excessiva, alucinações, dissociações cognitivas e emocionais (SES/MG 2007, p. 89).

Ainda segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, os profissionais de saúde precisam desenvolver ações de prevenção e detecção precoce do uso destas substâncias através do estabelecimento de vínculo de confiança com o usuário, identificar o grau de envolvimento com a droga, referenciar para atendimento adequado caso necessário for, fornecimento de tratamento com equipe multiprofissional para o indivíduo e a família.

São vários os equipamentos sociais e serviços existentes para o trato dos usuários de drogas. Vale ressaltar aqui o papel e relevância das Unidades Básicas de Saúde, do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS-ad) e dos Hospitais ou Serviços de Urgência Clínica.

Segundo a SES/MG (2007), a Unidade Básica de Saúde tem uma atuação importante na promoção de atividades coletivas e intersetoriais, identificação de casos recentes e menos graves, tratamento das doenças orgânicas associadas ou causadas pelas drogas, atendimento pela

Equipe de Saúde Mental, encaminhamento para atendimentos de maior complexidade para serviços adequados, além do recebimento de casos advindos de outros serviços. O CAPS-ad foi instituído pela Portaria Ministerial nº 336 de 10 fevereiro de 2002, e possui as seguintes funções: acolhimento em regime intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo segundo necessidade dos usuários, buscar consentimento e participação do usuário no seu tratamento, promover inserção dos usuários em outros equipamentos e espaços sociais, encaminhar para serviços de maior complexidade, quando necessário etc. Os Hospitais ou Serviços de Urgência, por sua vez, possuem a responsabilidade em atender casos de abstinência, intercorrências ou doença orgânica que necessite de cuidados intensivos, realização de exames complementares mais complexos para elucidação diagnóstica e tratamento especializado.

5.3 As Drogas no Ambiente Escolar

Mendes (2008, p.16) afirma que a “legislação que passou a vigorar no Brasil a partir do final da década de 80 impulsionou o processo de democratização do país e a conseqüente descentralização do sistema educacional”. Prova disso é que a Lei das Diretrizes e Bases - LDB (Lei nº 9.394) promulgada em 1996 modificou as diretrizes educacionais no país introduzindo uma nova estrutura curricular, além de:

“procedimentos pedagógicos e de gestão escolar, valores básicos de interesse da sociedade, direitos e obrigações dos cidadãos e respeito pela ordem democrática e pelas características de vida em cada região e o caráter centralizador do sistema de ensino no Brasil começou a ceder espaço para um modelo mais flexível, refletindo o início das mudanças causadas pelos movimentos em favor da redemocratização do país” (LEITE, 2001 apud MENDES, 2008, p. 17).

Segundo o mesmo autor, neste processo de transição democrática no contexto da educação destaca-se o processo de abertura das oportunidades na escola que ocasionou a absorção de grande contingente de estudantes advindos dos segmentos empobrecidos da sociedade tanto no ensino fundamental quanto no médio. Tais fatos podem estar relacionados com os atos ilícitos, de violência e vandalismo no interior das escolas, isto devido tanto à crise econômica, esta nova ordem social, diversidade do corpo discente, falta de preparo e capacitação dos profissionais da educação em lidar com o novo perfil dos alunos, que muitas vezes são elementos ligados ao tráfico e uso de drogas.

De acordo com Barreto (1994) tanto o aumento do uso de drogas e da decorrente violência no país, quanto às mudanças ocorridas na educação supracitadas, têm uma relação específica: ambas retroalimentam-se mutuamente, o que torna suas expectativas de soluções mais problemáticas. Dessa maneira, não são temas que devam ser tratados de maneira isolada e diferenciada, e sim merecem uma reflexão integrada para que sejam discutidos em sua dimensão específica, na sua abrangência e no seu inter-relacionamento, para que, desta maneira, se torne possível propor ações que previnam ou que minimizem as conseqüências desses fenômenos no interior das instituições escolares.

Mendes (2008) afirma que a violência urbana e a criminalidade são situações que passaram a exercer grande influência no entorno das escolas, e é o tráfico de drogas o fator relacionado à violência mais comum no dia-a-dia dos alunos. Ainda acrescenta que há que se diferenciar a indisciplina da violência no contexto escolar. Para Garcia (1999 apud MENDES, 2008, p. 18) a “indisciplina tem sido intensamente vivenciada nas escolas, apresentando-se com uma fonte de estresse nas relações interpessoais, particularmente quando associadas a situações de conflito em sala de aula”. Diz ainda que a indisciplina, mais que um problema, deve ser interpretado como um informante acerca do cenário escolar, necessidade de avanço nos métodos pedagógicos, e da instituição. Representa, portanto, mais que o comportamento já que está ligada ao momento histórico sendo, por fim, dinâmica.

A indisciplina manifesta-se através da conduta dos alunos dentro ou fora da sala de aula, sob a dimensão dos processos de socialização e relacionamentos que os alunos desenvolvem com seus pares profissionais da educação, e no contexto cognitivo dos mesmos (MENDES, 2008).

Para este mesmo autor, os alunos que outrora eram barrados na portas das escolas por apresentarem distúrbios de comportamento, por serem protagonistas de atos violentos através da expulsão ou por estarem nas ruas, hoje estão dentro das salas de aula. Antigamente, “os problemas sociais terminavam na porta das escolas” (MENDES, 2008, p. 18). Dentro da sala de aula havia, ainda, o domínio absoluto sobre o comportamento e conduta dos alunos que, com o currículo das escolas atualmente, estão aprendendo a pensar criticamente e a contestar.

Tendo em vista a legislação federal, vigente no país, que estimula a formação do aluno crítico capaz de intervir e refletir sobre a realidade social exercendo ativamente a sua cidadania, percebe-se que a escola ainda não desenvolveu competências adequadas e suficientes

para lidar com os alunos que apresentam este perfil. Ou seja, a escola introduziu os procedimentos de abertura para a diversidade e gestão democrática, e não se preparou para conviver com este novo comportamento gerado por tais mudanças.

A indisciplina escolar e os distúrbios de comportamento no interior das unidades não possuem uma única causa, mas são caracterizados por uma soma de fatores interligados, e são eles, violência social, ambiente familiar desfavorável, influência dos meios de comunicação, condições de ensino e aprendizagem, perfil do aluno entre outros (MENDES, 2008).

Neste sentido, do ponto de vista institucional, a ação escolar seria marcada “pelo reflexo de outros contextos institucionais como a política, a economia, a família, a mídia e outros” (MENDES, 2008, p. 19). Tal observação, no entanto, não coloca a escola como refém da situação e desincumbida de sua responsabilidade perante os atos ilícitos e de violência no seu cotidiano.

Colocação importante deste mesmo autor diz respeito à importância de se considerar o tipo de relação da escola com a comunidade em que está inserida, sendo este um “fator que pode, na maioria das vezes, justificar alguns padrões de comportamento de alunos e o grau de permeabilidade da escola a estas condições” (MENDES, 2008, p. 20). Por outro lado, entretanto, percebe-se o papel salutar da escola quanto ao aparecimento de comportamentos inadequados ou violentos em seu interior, quando estudos de Spósito (2001) demonstram que entre duas escolas da mesma rede de ensino, situadas numa mesma comunidade em São Paulo, apresentaram uma avaliação positiva e outra negativa quanto ao número de usuários de drogas, altos índices de manifestação de violência e comportamentos agressivos e rendimento escolar. Ou seja, algo acontece no interior das escolas que favorece ou não determinados tipos de comportamento.

Diante deste cenário exposto pelos autores supracitados, formuladores de políticas públicas de segurança, bem-estar social e saúde passaram a definir diretrizes voltadas para a prevenção e combate destas diversas manifestações ocorridas no interior das escolas. Dentre estas propostas, este trabalho destacará o Programa de Resistência às Drogas (PROERD) e o Programa Saúde na Escola (PSE).

5.3.1 O PROERD

O Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) trata-se de um programa preventivo ao uso de drogas, que visa também prevenir a violência física e moral. “Em sua função precípua, procura evitar que crianças e adolescentes, durante a fase escolar, iniciem o uso abusivo das diversas drogas existentes em nosso meio” (ARAÚJO, 2008, p. 33), isto através da apresentação de situações hipotéticas para os alunos das quais poderão vivenciar, a fim de estimular a formação da consciência analítica, com o propósito de informar e educar, e evitar que pessoas de má índole possam influenciá-los.

“Quando se desejam prevenir ou inibir o consumo de drogas nas suas dependências, instituições de ensino de nível fundamental têm recorrido ao Programa Educacional de Resistência às Drogas – PROERD” (MENDES, 2008, p. 11).

Este programa desenvolve-se através de encontros semanais dos policiais com os alunos, sejam de escolas públicas o privadas, das quartas e sextas séries do ensino fundamental. Os policiais envolvidos neste programa são voluntários, e possuem o perfil psicológico avaliado previamente ao treinamento para tal programa (ARAÚJO, 2008).

Para Mendes (2008) PROERD é uma política pública que, por ser um programa de prevenção leva o adolescente a construir uma consciência capaz de ajudar-lhe a realizar a escolha de usar ou não drogas, fornecendo um norteamento para sua vida futura, através de lições de cidadania e auto-estima.

Segundo Araújo (2008, p. 38) para que o programa funcione é necessário o envolvimento da escola, dos professores e da família, sendo esta a base da pirâmide. A família deve apoiar os filhos começando por participar das reuniões e outros eventos promovidos pela escola.

5.3.2 O Programa Saúde na Escola

A escola caracteriza-se como um espaço de suma importância para desenvolvimento de um programa de educação para a saúde de crianças e adolescentes. Diferencia-se das diversas instituições por oferecer a “possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes” os advindos dos conhecimentos científicos das variadas disciplinas, os trazidos pelos alunos e famílias (crenças e valores culturais), os gerados pelos meios de comunicação e os trazidos pelos professores. “Esse encontro de saberes gera o

que se convencionou chamar ‘cultura escolar’, que assume expressão própria e particular em cada estabelecimento, embora apresente características comuns a tudo aquilo que é típico do mundo escolar” (BRASIL, 2009, p. 15).

A escola é também considerada como espaço de transição entre o mundo da casa e o mundo mais amplo, sendo, portanto a cultura escolar responsável pela configuração e instituição de práticas socioculturais que ultrapassam o perímetro das escolas. Levando em consideração o Ensino Infantil, o Fundamental e o Médio, verifica-se que cerca de 50 milhões de crianças e adolescentes têm acesso às ações de educação, promoção e assistência à saúde no sistema educacional brasileiro (BRASIL, 2006).

A escola é espaço de tamanha relevância para promoção da saúde, ainda mais quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2006).

As iniciativas de promoção da saúde escolar constituem ações efetivas pra a consecução dos objetivos citados, o que pode ser potencializado no Brasil pela participação ativa das equipes de Saúde da Família sempre em associação com as equipes de educação (DEMARZO; AQUILANTE, 2008 apud BRASIL, 2009, p. 15).

O Programa Saúde na Escola (PES) foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resultando do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e da Educação, no intuito de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino (BRASIL, 2009).

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se lócus para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008 apud BRASIL, 2009, p. 12).

As políticas de saúde reconhecem o ambiente escolar como espaço privilegiado para prática de promoção à saúde, de prevenção e de educação para a saúde. Mais especificamente em relação ao PSE, é um programa que possui os principais objetivos, segundo Brasil (2009, p. 14):

I - Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;

- II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

No seu 3º artigo, o PSE aponta, especificamente, as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações da educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2009).

No que diz respeito, que de acordo com a legislação vigente deverão lidar (a escola) satisfatoriamente com todo o tipo de aluno, atuar em conjunto com outros segmentos da sociedade pode ser uma alternativa adequada para manter a ordem, o bom ambiente para a aprendizagem e para a prática das regras de boa convivência no interior das suas unidades (MENDES, 2008, p. 11).

No seu 4º artigo, são elencadas as ações previstas no âmbito do PSE que consideram atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, entre outras:

- I – Avaliação clínica;
- II – Avaliação nutricional;
- III – Promoção da alimentação saudável/
- IV – Avaliação oftalmológica;
- V – Avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI – Avaliação auditiva;
- VII – Avaliação psicossocial;
- VIII – Atualização e controle do calendário vacinal;
- IX – Redução da morbimortalidade por violências;
- X – Prevenção e redução do consumo de álcool;
- XI – Prevenção do uso de drogas;
- XII – Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII – Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV – Educação permanente em saúde;
- XV – Atividade física e sexual;
- XVI – Promoção da cultura de prevenção no âmbito escolar;
- XVII – Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Com o intuito de lograr a integralidade do enfoque da área da saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sugere a utilização de técnicas e métodos participativos que ultrapassem o espaço físico da escola e envolvam os pais, professores e comunidades (BRASIL, 2006).

Para Brasil (2009, p. 16), as equipes de Saúde da Família “devem se constituir como importantes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar em todas as localidades e espaços” já que as mesmas são protagonistas corresponsáveis pela saúde e qualidade de vida das populações onde estão inseridas.

Essa parceria deve se estruturar e solidificar levando-se em conta os limites e inúmeras possibilidades de atuação, de forma dinâmica e perene, não eventual, nem esporádica. Este é um rico desafio para os profissionais da saúde da ESF e da área da educação, e também para seus interlocutores, usuários, gestores e formuladores de políticas sociais, além de movimentos sociais, representações populares, acadêmicas e de serviços, públicas e privadas (BRASIL, 2006 apud BRASIL, 2009, p. 16).

5.4 PREVENÇÃO: O melhor Caminho?

A autora deste trabalho encontra-se inserida em uma equipe de Saúde da Família na qual realiza ações prioritariamente no campo da prevenção. Após realizar algumas leituras sobre a prevenção e combate ao uso de drogas, acreditou ser conveniente trazer um breve relato do que alguns autores dizem a respeito disso.

Prevenir significa antecipar-se, chegar antes do problema, sem, contudo adivinhar o futuro a fim de descobrir problemas. Conforme explica o autor, a prevenção [...] “antecipa-se aos problemas em função de um planejamento, um conhecimento histórico, uma escolha de metodologias científicas adequadas para adotar estratégias de ação e avaliação” (CRUZ, 1992 apud Mendes, 2007, p. 22).

No que diz respeito às drogas o que distingue as ações de prevenção das ações de repressão, é fato de que reprimir destina-se a impedir o consumo de drogas, estando direcionada ao produto (droga), “enquanto prevenir tem na centralidade da pessoa humana o objeto principal de sua preocupação” (FARIA, 2007, p. 43).

No entanto, segundo Mendes (2007, p. 24), muitos estudiosos questionam a atuação preventiva quando se quer inibir o uso de drogas, pois há teorias que descartam a possibilidade

de sucesso de qualquer prática preventiva em termos de drogas. “A Teoria Psicanalítica sinaliza que as pessoas refugiam-se nas drogas, buscando uma dimensão prazerosa ou uma desejável dependência do mundo externo objetivando amenizar o mal estar inerente à vida”.

Costa (apud MACHADO, 2001) avalia os efeitos de ações preventivas de caráter pedagógico, desenvolvidas no campo da saúde mental, concluindo que tais efeitos estão relacionados, principalmente, à reprodução da ordem vigente. No entanto, verifica-se através dos estudos do autor que o que se poderá obter são jovens capacitados com certa competência para discorrer sobre drogas, sem que isso interfira na possibilidade de evitar o consumo de drogas.

A afirmação acima sinaliza para outros direcionamentos teóricos, que afirmam que a informação seja por meio de palestras ou distribuição de panfletos, não se traduz em mecanismos eficientes capazes de transformar comportamentos ou atitudes e que, tais práticas por si só, não previnem o uso ou abuso de drogas (MENDES, 2007, p. 24).

Para Mendes (2007), existem múltiplas políticas públicas e de prevenção, e são várias as perspectivas em relação aos estudos existentes sobre a prevenção ao uso e/ou abuso de drogas. Como diz Faria (2007, p. 48), “uma delas busca, através da ‘repressão’ e do terror, inibir o uso de drogas; outra trabalha com a ‘educação preventiva’, e uma terceira especifica uma forma de prevenção na ética de uma ecologia humana”.

Vejamos a seguir a enumeração que Machado (2001, p. 08) faz de cada uma dessas formas de prevenção:

- 1) A prevenção baseada na repressão:
 - A droga é o mal supremo, provoca a corrupção da alma e da sociedade e ao destruir seus alicerces morais, cívicos e religiosos.
 - O consumo de drogas é criado e incentivado pelos traficantes (o consumo de drogas não é contextualizado historicamente).
 - O ideal de uma sociedade sem drogas (ou escola sem drogas) é realizável com a adoção de medidas adequadas, sobretudo de cunho repressivo.
 - O grande mal são as drogas ilícitas; opta-se por não falar das substâncias lícitas, não menos nocivas e muito mais consumidas.
 - Os bons cidadãos não usam drogas; quem usa torna-se um marginal perigoso.
 - A dimensão prazerosa da droga não é mencionada; opta-se por criar um terror em torno dos prejuízos advindos do consumo de drogas.

- 2) A prevenção baseada na educação preventiva.
 - Tal concepção enfatiza a responsabilidade do usuário pelo controle do produto, que pode ser bom ou ruim, prazeroso ou prejudicial.
 - O uso indevido de drogas pode ser entendido como um dos efeitos do mal-estar social decorrente de crises políticas, econômicas e de valores existenciais.

- A dimensão ética do consumo deve ser considerada; tal dimensão está intimamente ligada à responsabilidade da pessoa pelos seus atos, pela sua saúde, seu corpo, sua sexualidade, pela sua condição de cidadão, enfim, pelas opções que faz.
- As mensagens devem ser transmitidas de maneira verdadeira, contribuindo para a formação do jovem e preparando-o para opções a serem tomadas em sua vida futura.

3) A prevenção na ética de uma ecologia humana.

- O consumo descontrolado de drogas é compreendido como uma das agressões ao homem, em meio a muitas outras, como a poluição, a vida urbana sedentária e estressante, o consumismo, as corridas armamentistas, a fome, o desemprego, o analfabetismo e a violência.
- Tal postura preventiva não pretende se limitar a exortar a abstinência das drogas; objetiva a formação de cidadãos lúcidos capazes de enfrentar e transformar a vida que a eles se apresenta.
- Uma boa qualidade de vida é a meta de tal concepção.

“Pressupõe-se que a prevenção é o melhor caminho a ser seguido, pois o ser humano é o indivíduo que deve ser informado, respeitado e valorizado” (MENDES, 2007, p. 31). Este autor complementa dizendo que cabe a toda a sociedade, órgãos governamentais e não governamentais a responsabilidade de apoiar os jovens, proporcionando-lhes condições para dizerem não às drogas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para este estudo foi utilizado o método da Estimativa Rápida para realizar o Diagnóstico Situacional na Equipe de Saúde da Família “Odete Martins”. A partir disso, identificou com sua equipe inúmeros problema e priorizaram, por fim, as “drogas” para elaboração do plano de ação. Como confirma Campos, Faria e Santos (2010):

“A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso”.

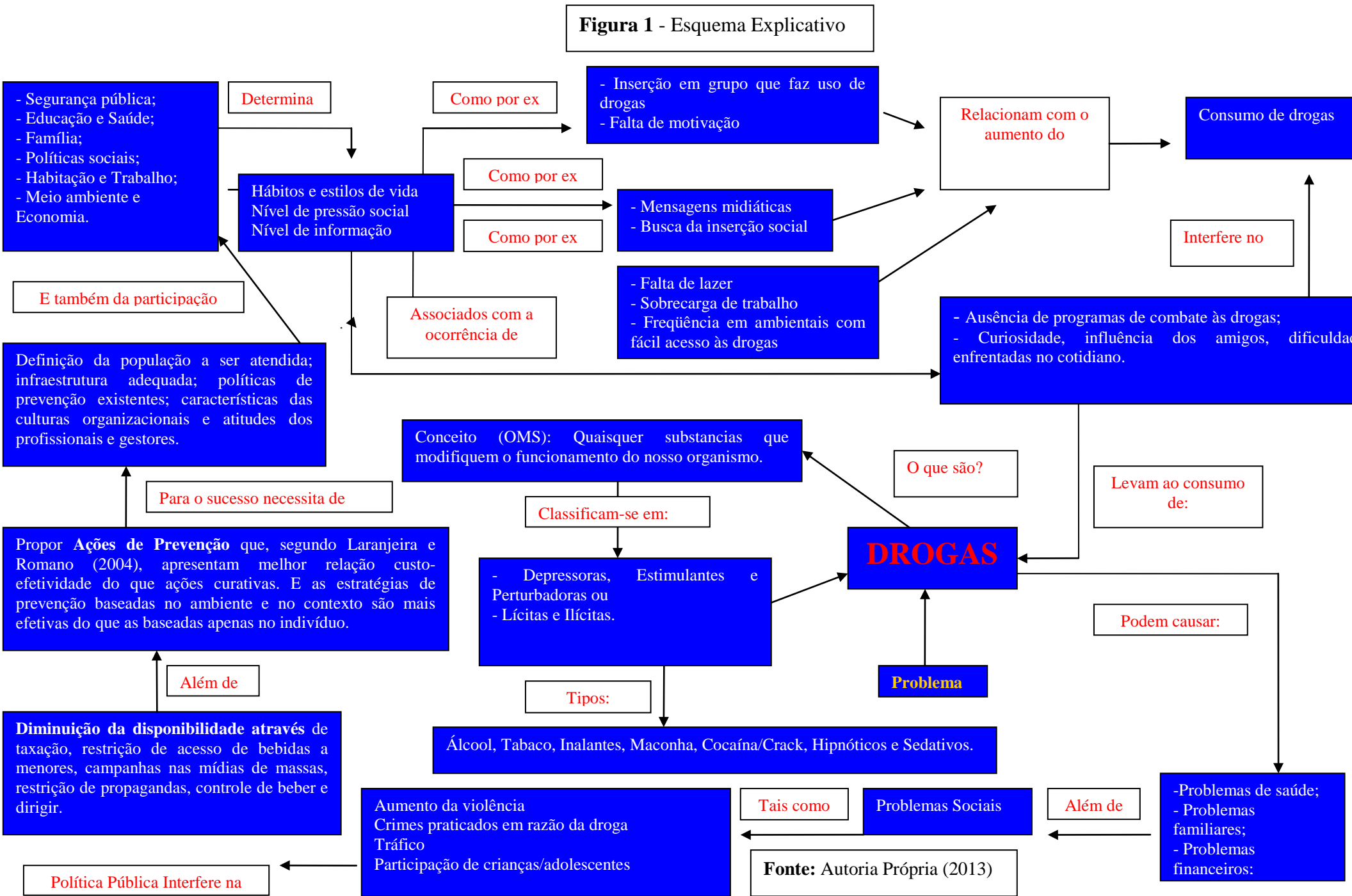
Este trabalho apresenta a seguir as etapas deste plano para melhor entendimento didático conforme propõe Campos, Faria e Santos (2010) no módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde” estudado pela autora, que são:

6.1 Explicação do Problema

Conforme sugere Campos, Faria e Santos (2010), este passo “tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação de suas causas”.

A seguir a autora apresenta o esquema explicativo construído para a problemática: “Drogas”, a partir da representação do Esquema 1.

Figura 1 - Esquema Explicativo



6.2 Seleção dos “nós críticos”

Para Campos, Faria e Santos (2010), nó crítico é “um tipo de causa de um problema que, quando ‘atacada’, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. Além disso, traz a concepção de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, está sobre a governabilidade da equipe.

A partir disso, são listados a seguir os nós críticos identificados pela autora, que são:

- ✓ Nível de informação.
- ✓ Processo de trabalho da equipe de saúde e políticas públicas de saúde.
- ✓ Estrutura dos serviços de saúde.
- ✓ Hábitos e estilos de vida.
- ✓ Nível de pressão social.

6.3 Desenho das Operações

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) a partir do momento que se tem o problema explicado e as causas destes identificadas, parte-se para a próxima etapa da elaboração do plano de ação que remete às estratégias e soluções para enfrentamento do problema. Para tanto, faz-se necessário descrever as operações para o enfrentamento das causas identificadas como “nós críticos”, em seguida identificar os produtos e resultados para cada operação e, por fim, elencar os recursos necessários para a implantação e implementação das operações.

A seguir o Quadro 1- Desenho de operações para os “nós” críticos das drogas apresenta o desenho das operações:

Quadro 1: Desenho de operações para os “nós” críticos das drogas

“Nó” crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Nível de Informação	Apreender sempre Aumentar o nível de informação da população sobre drogas.	População mais informada sobre drogas com redução gradativa do índice de envolvimento com drogas.	- Avaliação do nível de informação da população sobre drogas; - Capacitação dos ACS; - Programa de Saúde na Escola em consonância ao PROERD; - Campanha educativa na rádio local;	- Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação e pedagógicas. - Organizacional: Organização da agenda. - Político: Articulação intersetorial (parceria com secretarias de desenvolvimento social e educação, Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), CAPS, Polícia Militar, Igrejas, empresas etc) e mobilização social.
Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema	Políticas Públicas de Saúde de combate às drogas. Observar diretrizes, portarias, programas a fim de implantá-las no serviço.	Diminuição do índice de usuários de drogas, além de trabalhar a prevenção e tratar os usuários.	- Recursos Humanos capacitados; - Gestão do processo de trabalho implantada; - Regulação implantada.	- Cognitivo: Conhecimento sobre as legislações e estratégias de comunicação e pedagógicas. - Organizacional: adequação de fluxos (referência e contrareferência); - Político: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais.
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar melhor é Preciso! Melhorar a estrutura do serviço para atendimento dos usuários de drogas e famílias.	Garantia de atendimento e acompanhamento médico, de enfermagem, psicológico entre outros para o usuário e família.	- Capacitação de pessoal; - Garantia de funcionamento da rede de referência; - Programa de acompanhamento aos usuários e famílias.	- Financeiro: para aquisição de material informativo; - Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturação do serviço; Cognitivo: Desenvolvimento do programa de acompanhamento.

Hábitos e estilos de vida	Mais Saúde! Modificar hábitos e estilos de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir número de usuários novos; - Usuários abandonarem o hábito de utilização da droga. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação do Programa Saúde na Escola; - Campanha educativa na rádio local; - Grupos de educação em saúde (trabalhar com todos os ciclos de vida); - Passeatas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, camisetas etc. - Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. - Organizacional: Organização da agenda; - Político: Conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino.
Nível de pressão social	Viver Melhor Fomentar a cultura de viver longe das drogas, e da paz; Resgatar os valores de relações saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição de novos usuários; - Diminuição da violência e criminalidade; - Manutenção de relações saudáveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de fomento à vida longe das drogas com hábitos saudáveis de vida. - Programa Famílias estruturadas; - Grupo de Apoio aos usuários de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Financeiro: Financiamento dos projetos; - Cognitivo: Informação sobre o tema, estratégias de comunicação e gestão dos programas; - Político: Mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e aprovação dos projetos.

Fonte: Aatoria Própria (2013).

6.4 Identificação dos Recursos Críticos

Para Campos, Faria e Santos (2010) o “objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação”. Esta se constitui em uma etapa fundamental para a viabilidade do plano de ação, pois permite identificar quais são os recursos indispensáveis e que estão disponíveis ou não para execução do plano. A seguir o Quadro 2 apresentará os recursos críticos utilizados para o desenvolvimento das operações definidas para o enfiamento do “nó crítico principal”.

Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfretoamento do “nó crítico principal”

Operação / Projeto	Recursos críticos
Aprender sempre	- Político: articulação intersetorial
Políticas Públicas de Saúde de combate às drogas	- Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc; - Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Cuidar melhor é preciso!	- Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio, materiais e equipamentos); - Político: decisão de aumentar os recursos para estruturação do serviço.
Mais Saúde!	- Político: conseguir espaço na rádio local e escolas; - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Viver Melhor!	- Financeiro: para financiamento de materiais para realizar oficinas; - Político: articulação intersetorial.

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.5 - Análise da Viabilidade do Plano

Campos, Faria e Santos (2010) tratam da viabilidade do plano a partir da motivação dos variados atores envolvidos para implantação e implementação das operações, haja vista que a autora não possui controle sobre todos os recursos necessários para execução do plano.

Sendo assim, é importante identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisar a motivação dos mesmos e desenhar ações estratégicas para motivação, caso necessário, construindo desta maneira a viabilidade das operações do plano. O Quadro 3 apresenta propostas de ações para a motivação dos atores.

Quadro 3: Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p>Aprender sempre!</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre drogas</p>	<p>- Político: articulação intersectorial (Educação, Desenvolvimento Social e Secretaria de Segurança – Polícia Militar MG).</p>	<p>- Secretaria de Educação; - Secretaria de Desenvolvimento Social. - Polícia Militar.</p>	Favorável	
<p>Políticas Públicas de Saúde de Combate às drogas.</p> <p>Observar as diretrizes, portarias e afins e implantá-los no serviço, utilizando a referencia.</p>	<p>- Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. - Político: articulação entre os setores de saúde.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde.</p>	Favorável	
<p>Cuidar melhor é preciso!</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para atendimento dos usuários de drogas e famílias.</p>	<p>- Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; - Financeiro: Recursos necessários para aquisição de materiais e equipamentos.</p>	<p>- Prefeito Municipal; - Secretário Municipal de Saúde; - Secretário de Estado de Saúde; - Fundo nacional de Saúde.</p>	<p>Favorável Favorável Indiferente Indiferente</p>	<p>Apresentar necessidade de estruturação da rede com fluxo de referência e contra referência.</p>
<p>Mais saúde!</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p>- Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc; - Político: Conseguir o espaço na rádio local.</p>	<p>Setor de comunicação social Secretário Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável Indiferente</p>	
<p>Viver Melhor!</p> <p>Fomentar a cultura de viver longe das</p>	<p>- Político: Mobilização social em torno do programa de fomento</p>	<p>Associação de bairro. Ministério da Ação</p>	<p>Favorável Indiferente</p>	<p>Apresentar necessidade através de reuniões e plenárias.</p>

drogas, e da paz; Resgatar os valores de relações saudáveis.	à vida longe das drogas com hábitos saudáveis de vida, programa Famílias estruturadas e Grupo de Apoio aos usuários de drogas. Articulação interesetorial. - Financeiro: financiamento dos projetos.	Social Secretários de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura e Lazer, ONGs, Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário.	Favoráveis e Indiferentes	Apresentar necessidade através de reuniões e plenárias.
---	---	---	---------------------------	---

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.6 - Elaboração do plano operativo

Para Campos, Faria e Santos (2010) esta etapa possui o objetivo de designar os indivíduos responsáveis por cada operação, além de definir os prazos para execução das mesmas. Tal etapa corresponde ao cronograma do plano de ação, que está representada no Quadro 4.

Quadro 4: Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Apreender sempre! Aumentar o nível de informação da população sobre drogas	População mais informada sobre drogas com redução gradativa do índice de envolvimento com drogas.	- Avaliação do nível de informação da população sobre drogas; - Capacitação dos ACS; - Programa Saúde		Kênia Fernanda Agentes Comunitários de Saúde: Márcio, Aliniane, Gilciely, Raquel e Nailza.	Início em 3 meses e término em 6 meses. Início em 2 meses e término em 3 meses.

		na Escola; - Campanha educativa na rádio local.		Técnica de Enfermagem: Gisele. Médico: Hermes	Início em 6 meses e término em 12 meses. Início em 3 meses e término em 12 meses.
Políticas Públicas de Saúde de Combate às drogas. Observar as diretrizes, portarias, programas e afins, e implantá-los no serviço.	Diminuição do índice de usuários de drogas, bem como trabalhar a prevenção e tratar os usuários.	- Recursos Humanos capacitados; - Gestão do processo de trabalho implantada; - Regulação implantada.		Kênia Fernanda e Coordenação da Atenção Básica à Saúde.	Início em 3 meses e término em 4 meses. Início em 4 meses. Início em 4 meses.
Cuidar melhor é preciso! Melhorar a estrutura do serviço para atendimento dos usuários de drogas e famílias.	Garantia de atendimento e acompanhamento médico, de enfermagem, psicológico entre outros para o usuário e família.	- Capacitação de pessoal; - Garantia de funcionamento da rede de referência; - Programa de acompanhamento aos usuários e famílias.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Kênia Fernanda, Coordenação da Atenção Básica à Saúde, ACSs e médico.	Início em 3 meses e término em 4 meses. Início em 4 meses. Início em 6 meses.
Mais saúde! Modificar hábitos e estilos de vida.	- Diminuir número de usuários novos; - Usuários largarem o vício.	- Implementação do Programa Saúde na Escola; - Campanha educativa na rádio local; - Grupos de educação em saúde (trabalhar com todos os ciclos de vida); - Passeatas.		Gisele e Márcio.	Início em 3 meses e término em 12 meses. Início em 2 meses e término em 6 meses. Início em 2 meses. Início em 4 meses.

Viver Melhor! Fomentar a cultura de viver longe das drogas, e da paz; Resgatar os valores de relações saudáveis.	- Diminuição de novos usuários; - Diminuição da violência e criminalidade; - Manutenção de relações saudáveis.	- Programa de fomento à vida longe das drogas com hábitos saudáveis de vida. - Programa Famílias estruturadas; - Grupo de Apoio aos usuários de drogas.		Janine (Recepcionista) e Laís (Auxiliar e Serviços Gerais)..	Início em 4 meses.
					Início em 6 meses.
					Início em 6 meses.

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.7 Gestão do Plano

Nesta etapa, Campos, Faria e Santos (2010) colocam que “é preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias”. Tal afirmação justifica-se porque não basta um plano de ação bem elaborado com os recursos garantidos, é necessária a utilização eficiente dos recursos, a comunicação efetiva do atores envolvidos, ou seja, a gestão contínua do plano de ação.

A seguir, a autora apresenta o Quadro 5 com a Planilha para acompanhamento de projetos a ser utilizada pela Equipe de Saúde Odete Martins na implantação do plano de ação proposto por este trabalho.

Quadro 5: Operação “Aprender Sempre”

Coordenação: Kênia Fernanda Souza Batista - Avaliação após 6 meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1- Campanha educativa na radio	Márcio	3 meses			

2- Avaliação do nível de informação da população sobre drogas.	Nailza	3 meses			
3- Capacitação dos ACS	Kênia Fernanda	2 meses			
4- Programa Saúde na Escola	Gisele	6 meses			

Fonte: Autoria Própria (2013).

Em seguida, pode-se observar no Quadro 6 os autores responsáveis pelas ações do plano e os respectivos prazos para atuação das mesmas.

Quadro 6: Operação “Políticas Públicas de Saúde de Combate às drogas”

Coordenação: Kênia Fernanda Souza Batista – Avaliação após ---- meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1- Recursos Humanos capacitados	Kênia Fernanda	3 meses			
2- Gestão do processo de trabalho implantada	Coordenadora APS	4 meses			
3- Regulação implantada.	Coordenadora APS	4 meses			

Fonte: Autoria Própria (2013).

Em seguida, pode-se observar no Quadro 7 os autores responsáveis pelas ações do plano e os

respectivos prazos para atuação das mesmas.

Quadro 7 - Operação “Cuidar melhor é preciso!”.

Coordenação: Kênia Fernanda Souza Batista – Avaliação após ---- meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1- Capacitação de pessoal	Hermes	3 meses			
2- Garantia de funcionamento da rede de referência	Aliniane	4 meses			
3- Programa de acompanhamento aos usuários e famílias.	Janine	6 meses			

Fonte: Autoria Própria (2013).

Em seguida, pode-se observar no Quadro 8 os autores responsáveis pelas ações do plano e os respectivos prazos para atuação das mesmas.

Quadro 8 - Operação Mais saúde!

Coordenação: Kênia Fernanda Souza Batista – Avaliação após ---- meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1- Campanha educativa na radio	Nailza	2 meses			

2- Implantação do Programa Saúde na Escola	Gisele	3 meses			
3- Grupos de educação em saúde (trabalhar com todos os ciclos de vida)	Raquel	2 meses			
4- Passeatas	Laís	4 meses			

Fonte: Autoria Própria (2013).

Em seguida, pode-se observar no Quadro 6 os autores responsáveis pelas ações do plano e os respectivos prazos para atuação das mesmas.

Quadro 9 - Operação “Viver Melhor!”

Coordenação: Kênia Fernanda Souza Batista – Avaliação após ---- meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1- Programa de fomento à vida longe das drogas com hábitos de vida saudáveis.	Kênia Fernanda	4 meses			
2- Programa Famílias Estruturadas	Janine	6 meses			
3- Grupo de Apoio aos usuários de drogas	Gilciely	6 meses			

Fonte: Autoria Própria (2013).

7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

“A droga é tão antiga quanto o próprio homem e a convivência deste com substâncias psicoativas, aliado às circunstâncias desta relação, acabou trazendo sérios problemas para o mundo contemporâneo, levando a droga à condição de vilã na sociedade” (SILVA, 2006, p. 18).

O tema “prevenção e combate ao uso de drogas” tem adquirido importância na sociedade brasileira atual dada o seu crescimento e envolvimento do público infanto-juvenil com esta questão (MENDES, 2007) e “as substâncias psicoativas com potencial de abuso são alvo da preocupação da sociedade brasileira, devido ao aumento considerável do consumo das mesmas nas últimas duas décadas” (CRM-SP, 2003, p. 6).

O uso indevido de substâncias entorpecentes tem preocupado todas as nações civilizadas. Além da deterioração pessoal que provoca, projeta-se como problema eminentemente social, quer como fator criminógeno, quer como enfraquecedora das forças laborativas, quer como deturpadora da consciência nacional quer como elemento essencial no crime organizado (GRECO, 2006).

Tal preocupação é advinda, inclusive, dos produtos oriundos de tal abuso, como: violência, criminalidade, abandono de escola, comportamentos anti-sociais que representam complicações clínicas e sociais, ou seja, um problema de saúde pública.

Para Silva (2007) a toxicomania é um grave problema médico-social porque interessa não somente ao médico generalista, ou psiquiatra, mas sim, pluridimensionalmente, também ao psicólogo, sociólogo, Polícia Militar, Polícia Civil, Polícia Federal, padre, orientador educacional, profissional do ensino, promotor, juiz, legislador e criminólogo.

As drogas, de uma maneira geral, além dos prejuízos orgânicos e neurológicos, acarretam sérios danos à vida social de seus usuários. E estes danos são de responsabilidade não somente do usuário e dos médicos, mas da sociedade como um todo, desde os órgãos públicos até cada cidadão (SILVA, 2007, p. 39).

As medidas preventivas são as mais importantes porque visam evitar a implantação do vício através de medidas educacionais e sociais, significando as primeiras o conjunto de providências destinadas a conscientizar a população sobre os malefícios da toxicomania, e as segundas, a eliminação das condições sociais que favorecem a sua implantação (SILVA, 2007, p. 40).

Haja vista que a Estratégia Saúde da Família apresenta como característica prioritária a sua atuação na prevenção do adoecimento e promoção da saúde torna-se conveniente o tratamento deste problema de saúde pública também no contexto das Unidades Básicas de Saúde.

Qualquer política de prevenção deverá contribuir para a responsabilização dos indivíduos a que se destina, buscando a sua conscientização e a mudança de seus comportamentos e atitudes. Uma política de prevenção eficaz, portanto, deverá estar em acordo com os princípios fundamentais da democracia e da cidadania (GASPARINI, 1998, p. 50-51).

Para CRM-SP (2003, p. 8), o suporte social é fundamental para a melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas, haja vista que a dependência não é uma condição sem possibilidades de mudança, marcada por problema de personalidade do qual o indivíduo estará sempre refém. Sendo assim “todo dependente pode ser motivado para a mudança”.

Silva (2006) afirma que a educação é a chave para a prevenção ao consumo abusivo de drogas, havendo a escola e a família papel fundamental nesta, devendo, entretanto, encontrar receptividade na comunidade para que seja bem sucedida.

A escola constitui-se em um espaço privilegiado para a construção e construção de conhecimentos que possibilitem a rejeição ao uso das drogas. O problema é que os pais e a comunidade em geral, por se sentirem despreparados e ansiosos diante dessas questões, tendem a transferir para a escola a responsabilidade e a tarefa de orientar seus filhos, no que concerne à prevenção e abuso de drogas. Os professores por sua vez, sentem-se também despreparados para a abordagem desses temas junto a seus alunos, devido a falta de preparo e qualificação, já que isto não faz patê da formação de tais profissionais (SILVA, 2006, p. 31).

Partindo de tais pressupostos, a questão do uso e abuso das drogas há que se ser tratada de maneira muito especial no contexto escolar. E para isso, conta com existência de programas, tais como o PROERD e o Programa Saúde na Escola, diante dos quais este trabalho propõe que sejam implementados em consonância entre si, e com o serviço de saúde, a educação e a comunidade em geral.

Conforme inserto na Diretriz para Produção de Serviços de Segurança Pública (DPSSP) nº 9, o PROERD é um programa essencialmente preventivo ao uso de drogas e à contenção da violência nos aspectos físicos e moral. A principal finalidade é evitar que crianças e adolescentes em fase escolar iniciem o uso abusivo das diversas drogas existentes e disponíveis em nosso meio, despertando-lhes a consciência e para este problema (SILVA, 2007, p. 12). Isso porque como afirma Silva (2006, p. 26) “o uso de drogas por alunos dentro e fora das escolas tem deixado de ser uma exceção e passado a fato corriqueiro nos últimos anos”.

As ações do PROERD acontecem a partir do interesse das escolas em participar do programa, e a eficiência da implementação deste programa está diretamente relacionada com a atuação dos instrutores da Polícia Militar, atuantes que, por sua vez, necessitam do suporte dos variados atores e setores da sociedade.

O programa ensina de maneira cativante, descontraída e lúdica e por meio de diversos recursos metodológicos durante as suas aulas, técnicas voltadas para a resistência às pressões impostas pelos companheiros, e auxílio à aquisição de consciência da necessidade de dizerem ‘não’ às drogas. (SILVA, 2007, p. 13).

Uma política de prevenção deve se referir à promoção da qualidade de vida e à valorização da vida, e contemplar informações sobre as diversas drogas, e seus diferentes tipos de uso, devendo ainda ser constituída por uma perspectiva de educação continuada e permanente (SILVA, 2006, p. 32).

Dessa maneira é esperada a implementação do Programa Saúde na Escola, donde variados temas serão trabalhados pela equipe de saúde da família no interior das escolas, especialmente a questão das drogas de maneira permanente.

Há que se ressaltar a importância da família durante todo o processo de trabalho e implantação do Plano de Ação a que este trabalho se propõe; família esta que exerce papel fundamental na produção de papéis e significados, particularmente na socialização das crianças (CALDEIRA, 2002).

Diante do exposto, podem-se vislumbrar alguns resultados esperados com a implantação deste Plano de Ação construído a partir da necessidade da Equipe de Saúde Odete Martins levantada. São eles: a participação comunitária ativa em todo o processo de trabalho da equipe, a organização da assistência ao usuário e família garantindo-lhes a referência sempre que necessária, a implementação do PSE advinda de um bom relacionamento e comunicação com a comunidade escolar, divulgação do PROERD e criação de parcerias com os agentes da segurança, formação de grupos de Educação em Saúde sistemáticos e divulgação dos trabalhos na rádio local.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família deseja promover saúde e prevenir o adoecimento da população, como vimos no decorrer deste trabalho. Portanto, para atender às reais necessidades da sua população, foi que a Equipe de Saúde da Família Odete Martins realizou o Diagnóstico Situacional através do método da Estimativa Rápida, e identificou as “Drogas” como principal problema deste território.

Partindo do objetivo do presente trabalho, a autora realizou uma pesquisa nos diversos acervos disponíveis a fim de entender a contextualização desta problemática, bem como a atuação de programas já implantados como o PROERD e o PSE para, então, propor um Plano de Ação usando o passo-a-passo apreendido em uma das disciplinas do CEABSF.

A implantação do Plano de Ação visa organizar o processo de trabalho desta equipe de saúde em parceria com os demais setores da sociedade, especialmente a educação e a segurança, e a comunidade em geral. Tal iniciativa visa garantir a prestação de uma assistência de qualidade aos usuários de drogas e de suas famílias com garantia de referência sempre que necessário e, sobretudo, a prevenção do uso e abuso destas substâncias. Para isso, serão realizadas reuniões com a comunidade, passeatas, utilização da rádio local, atividades com grupos operativos, implementação do Programa Saúde na Escola, entre outras ações.

Com base na literatura revisada e discutida para a elaboração do presente trabalho, pode-se concluir que com a implantação do Plano de Ação, espera-se:

- ✓ Aumentar o nível de informação da comunidade em geral sobre as drogas;
- ✓ Identificar os usuários de drogas e reduzir o número de os casos de uso ou abuso destas substâncias;
- ✓ Promover uma comunicação efetiva com todos os setores da sociedade, principalmente entre a educação, saúde e segurança;
- ✓ Implementar o Programa Saúde da Escola;
- ✓ Divulgar o PROERD para a comunidade em geral;

- ✓ Promover cultura de paz e livre das drogas;
- ✓ Evitar uso experimental da droga;
- ✓ Oferecer uma assistência integral à saúde para o usuário de droga, garantindo-lhe a referência e contra-referência, observando as diretrizes nacionais e estaduais para a prestação dos serviços;
- ✓ Mobilizar a população no combate ao uso e abuso das drogas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Francisco Gonçalves de. **A análise da atuação do instrutor do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) e seus reflexos na melhoria do ambiente estudantil.** Monografia - Academia de Polícia Militar – Fundação João Pinheiro - Belo Horizonte, 2008.

BARRETO, Vicente. Educação e violência: reflexões preliminares. In: ZALUAR, Alba (Org.). **Violência e educação.** São Paulo: Cortez, 1994. p. 55-65.

BRASIL. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Escolas Promotoras da Saúde: experiências do Brasil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Revista Programa Saúde da Família/MS.** Brasília, Maio de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

BRASIL. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. **Caderno de Informações de Saúde,** 2010.

Disponível:http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=310860&NomeEstado= Acesso em: 02 abr. 2013.

CALDEIRA, Cláudia Soares. **Reinventando a escola – os ciclos de formação na escola plural.** 1 ed. São Paulo: Annablume, 2002. 180 p.

CAMPOS, F. C. C., FARIA, H. P., SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed.. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento** / Coordenação de Leonardo Laranjeira et al. 2 ed. São Paulo, 2003, 120 p.

CURY, Augusto. **Superando o cárcere da emoção.** 2. ed. – São Paulo: Editora Academia de Inteligência, 2007.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p.

FARIA, Marcineli Cristina. **A ação preventiva dos ensinamentos do Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD), junto a seus ex-alunos de Valo do Aço.** Monografia apresentada à Fundação João Pinheiro e à Academia de Polícia Militar, como requisito parcial de aprovação ao Curso de Especialização em Segurança Pública, 2007. 110 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3ª ed. Ver. E aum. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, S. R. *et al.* As ações programáticas em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família.** Ano X – julho a setembro 2009. P. 48 a 55.

GASPARINI, Helena. Subgrupo G3-escola. In: **Relatório do I fórum nacional antidrogas.** Brasília, Secretaria Nacional Antidrogas, 1998. p. 50-51.

GRECO, Vicente. **Tóxicos: prevenção-repressão: comentários à Lei n. 10.409/2002.** 12. ed. Atual. São Paulo: Saraiva, 2006, 412 p.

HERMETO, E. M. C. Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescentes: o papel das atividades socioculturais. Resumo de dissertação. **Revista baiana de Saúde Pública.** V. 36. 2011. p. 270-273

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 02 abr. 2013.

JÚNIOR, K. F. **Programa saúde da Família Comentado.** Goiânia: AB, 2003.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso Brasileiro Sobre Políticas Públicas do Álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v. 26, supl. 1, p. 68-77, 2004.

MACHADO, Ana Maria. **Drogas na escola: considerações sobre o consumo e a prevenção.** In: PINHEIRO, Raquel Martins; SILVEIRA, Carla. GUERRA, Eliane (org.). Drogas e AIDS /prevenção e tratamento. Belo Horizonte. Lhithera Maciel, 2001, p. 14-17.

MENDES, José Antônio. **Análise das dificuldades e soluções encontradas pelos instrutores do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD), durante o desenvolvimento do**

programa, na quarta região da Polícia Militar de Minas Gerais, no ano de 2007. Monografia - Academia de Polícia Militar – Fundação João Pinheiro - Belo Horizonte, 2008.

SCHRAIBER, L. B, MENDES, G. R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. IV: SCHRAIBER, L. B; NEMES, M. I. B; MENDES, G. R.B, editores. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** (SP): Hucitec; 1996. p. 29-47.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção à saúde do adolescente.** – 2. ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 152 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental,** Marta Elizabeth de Souza. – 2 ed. – Belo Horizonte, 2007. 238 p.

SILVA, Marcos Antônio da. **Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD) – Análise de resultados na cidade de Três Corações / MG.** Monografia - Academia de Polícia Militar – Centro de Pesquisa e Pós Graduação. Belo Horizonte, 2007.

SILVA, Sérgio Papadiamantopoulos Gomes da. **Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência – PROERD: Análise da percepção dos principais atores sobre o programa em Contagem e Uberlândia.** Monografia - Academia de Polícia Militar – Centro de Pesquisa e Pós Graduação. Belo Horizonte, 2006.

SOUZA, E. R. **O conhecimento do Programa de Resistência à Drogas e à Violência (PROERD) e o interesse pelo programa na comunidade escolar das cidades-sede de Unidades de Execução Operacional da 4 Região de Polícia Militar.** Monografia - Academia de Polícia Militar – Centro de Pesquisa e Pós Graduação. Belo Horizonte, 2004.

SPÓSITO, Marília Pontes. Um breve balanço da pesquisa sobre violência escolar no Brasil. **Educação e Pesquisa,** São Paulo, v. 27, n. 1, p. 87-103, jan./jun. 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec; 1999.