

Fernanda Gonçalves Moreira

**Prevenção do Uso Indevido de Drogas:**

**Avaliação de conhecimentos e atitudes dos coordenadores pedagógicos das escolas públicas de ensino fundamental da cidade de São Paulo.**

Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina para  
Obtenção do Título de Doutora em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

Co-orientador: Prof. Dr. Dartiu Xavier da Silveira

**São Paulo  
2005**

Moreira, Fernanda Gonçalves

**Prevenção do Uso Indevido de Drogas: Avaliação de conhecimentos e atitudes dos coordenadores pedagógicos das escolas públicas de ensino fundamental da cidade de São Paulo.** / Fernanda Gonçalves Moreira. -- São Paulo, 2005.

xiv, 119f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria.

Título em Inglês: Drugs Misuse Prevention: diagnosis of the current situation of knowledge and attitudes of Pedagogical Supervisors of the Municipal Elementary Schools in the city of São Paulo.

1. Redução de danos. 2. Farmacodependência. 3. Prevenção. 4. Abuso de drogas. 5. Escolas públicas.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**

Chefe do Departamento: Prof. Dr. José Cássio do Nascimento Pitta

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge

Fernanda Gonçalves Moreira

**“Prevenção do Uso Indevido de Drogas:  
Avaliação de conhecimentos e atitudes dos coordenadores  
pedagógicos das escolas públicas de ensino fundamental da  
cidade de São Paulo”.**

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Regina Notto

Prof. Dr. André Malbergier

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Martin

Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz

Aprovada em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Este projeto contou com o  
financiamento da **FAPESP**  
Processo nº 02/01652-7

*Ao Fabrício*

## **AGRADECIMENTOS**

Mais uma vez, à oportunidade de ter percorrido esta trilha de estudos, num país onde a grande maioria não conclui o ensino fundamental.

Aos meus orientadores, mestres e amigos: Sérgio B. Andreoli e Dartiu X. da Silveira.

A Marcelo R. Araújo e Beatriz Carlini-Marlatt e Lúcia Vinci de Moraes, pela atenciosa colaboração.

A todos do PROAD, especialmente aos amigos Alessandra Maria Julião, Marcelo Niel e Valéria Lacks, com os quais tive a oportunidade de compor a melhor e mais agradável equipe de trabalho de que já participei.

Aos alunos da Liga de Farmacodependência, especialmente a Fernanda Araújo, Simone Akiko e Thiago Fidalgo, pela amizade.

Às amigas, Ana Paula Carvalho, Evelyn Silveira e Mônica Di Pietro, grandes companheiras.

A Sérgio Rocca, Paulo Bloise e Roberto Fernandes, essenciais na minha formação.

À minha prima Camila, pela cuidadosa revisão ortográfica e gramatical e à minha tia Rita, pelo apoio.

À Emília, Zuleika e Kelsy, anjos da guarda indispensáveis também nesta empreitada.

À FAPESP, aos entrevistadores e aos entrevistados, que me possibilitaram este estudo.

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	vi
Agradecimentos.....	vii
Lista de tabelas.....	x
Lista de abreviaturas e símbolos.....	xii
Resumo.....	xiv
<b>INTRODUÇÃO</b>	
1. Justificativa.....	1
2. Controvérsias no Enfrentamento.....	2
3. “Guerra às Drogas”.....	2
4. Sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas.....	3
5. Prevenção do Uso Indevido de Drogas em Ambiente Escolar.....	4
6. Diferença entre Prevenção e Promoção.....	8
7. A Escola Promotora de Saúde.....	10
8. A Redução de Danos.....	13
9. Redução de Danos e Promoção de Saúde: uma proposta.....	15
10. Prevenção nas Escolas Públicas do Estado de São Paulo.....	18
11. As Escolas Municipais de Ensino Fundamental da Cidade de São Paulo.....	19
<b>HIPÓTESE</b>	23
<b>OBJETIVOS</b>	
1. Objetivo principal.....	24
2. Objetivos secundários.....	24
<b>MÉTODO</b>	
1. Desenho.....	25
2. População.....	25
3. Amostra.....	25
4. Instrumento.....	26
5. Elaboração dos questionários.....	28
6. Procedimentos.....	29
7. Análise dos Dados.....	30
<b>RESULTADOS</b>	
1. Amostra.....	34
2. Número de Coordenadores Pedagógicos (CP).....	34
3. As Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF).....	35
4. Os Coordenadores Pedagógicos (CP).....	37
5. As Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), segundo os Coordenadores Pedagógicos (CP).....	41
6. Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos (CP).....	44
7. Conhecimentos dos Coordenadores Pedagógicos (CP).....	51
8. Análise Descritiva das Atitudes.....	57
9. Análise Descritiva do Conhecimento.....	59

10. Análise Descritiva das Atitudes X Conhecimento.....	61
11. Regressão Linear Múltipla.....	64
<b>DISCUSSÃO</b>	
1. EMEF Promotora de Saúde?.....	66
2. Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos (CP).....	73
3. Conhecimentos dos Coordenadores Pedagógicos (CP).....	79
4. Atitudes X Conhecimentos: o descompasso.....	82
<b>CONCLUSÃO</b>	
1. Escola Promotora de Saúde.....	84
2. Conhecimentos e Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos.....	84
3. Encontramos como o retrato atual da escola e seus representantes:.....	85
4. Limitações do Estudo.....	86
<b>ANEXOS</b>	
1. Anexo I: Questionários	87
2. Anexo II: Carta aos CP e Termo de Consentimento	110
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	112
<b>ABSTRACT</b>	118

## LISTA DE TABELAS

<b>Gráfico 1</b>	Razão aluno / professor nas escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.....	35
<b>Gráfico 2</b>	Índice de ocupação das Salas de Aula nas Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) .....	36
<b>Gráfico 3</b>	Escala de Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.....	49
<b>Gráfico 4</b>	Somatória das Atitudes “Neutras” dos Coordenadores Pedagógicos.....	50
<b>Gráfico 5</b>	Identificação do Quadro de Intoxicação por Maconha pelos Coordenadores Pedagógicos das EMEF.....	52
<b>Gráfico 6</b>	Identificação do Quadro de Intoxicação por Cocaína pelos Coordenadores Pedagógicos das EMEF.....	53
<b>Gráfico 7</b>	Identificação do Quadro de Transtorno de Conduta pelos Coordenadores Pedagógicos das EMEF.....	54
<b>Gráfico 8</b>	Soma das respostas “não sei” no Questionário de Conhecimentos pelos Coordenadores Pedagógicos das EMEF.....	56
<b>Gráfico 9</b>	Nota Final dos Coordenadores Pedagógicos na Escala de Conhecimentos.....	57
<b>Gráfico 10</b>	Medias dos Escores nas Escalas de Atitudes por Categoria de Tempo como Coordenador Pedagógico.....	58
<b>Quadro 1</b>	Diferenças entre os conceitos de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças.....	9
<b>Quadro 2</b>	Quadro comparativo de crianças atendidas pelo PROERD em relação às matriculadas nas escolas públicas e privadas.....	18
<b>Tabela 1</b>	Número de alunos por Coordenador Pedagógico (CP) e número de Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) por Núcleo de Ação Educativa (NAE), dados de 2003.....	20
<b>Tabela 2</b>	Dados demográficos dos Coordenadores Pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.....	38
<b>Tabela 3</b>	Escolaridade dos Coordenadores Pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.....	39
<b>Tabela 4</b>	Tema drogas no curso preparatório para Coordenadores Pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.	39
<b>Tabela 5</b>	Cursos sobre Drogas freqüentados pelos Coordenadores Pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.	39
<b>Tabela 6</b>	Correlação dos escores na Escala de Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos com População Escolar das EMEF.....	57
<b>Tabela 7</b>	Correlação de escores na Escala de Atitudes com Tempo de atuação como Coordenadores Pedagógicos das EMEF.....	58
<b>Tabela 8</b>	Comparação de médias de escores na Escala de Atitudes com formação dos Coordenadores Pedagógicos nas EMEF.....	59
<b>Tabela 9</b>	Comparação de médias dos escores na Escala de Conhecimentos com Dados Demográficos dos Coordenadores Pedagógicos das EMEF.....	60
<b>Tabela 10</b>	Correlação dos escores na Escala de Atitudes com Conhecimentos dos Coordenadores Pedagógicos das EMEF.....	61
<b>Tabela 11</b>	Correlação de escores na Escala de Conhecimentos com Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos das EMEF.....	62
<b>Tabela 12</b>	Média dos escores na Escala de Conhecimentos dos coordenadores pedagógicos nos grupos de atitudes de afastamento e espera no	63

	tempo.....	
<b>Tabela 13</b>	Comparação de médias de atitudes, conhecimentos e tempo de trabalho como Coordenador Pedagógico conforme a resposta para: “o dependente coloca em risco os outros alunos”.....	64
<b>Tabela 14</b>	Correlação dos grupos de Coordenadores Pedagógicos que assinalaram ou não que “o dependente coloca em risco os outros alunos da escola” conforme respostas de atitudes de afastamento do aluno.....	64
<b>Tabela 15</b>	Regressão linear de escores na escala de atitudes X Nota de conhecimento sobre fatores de risco, tempo como coordenador pedagógico (CP), número de alunos das EMEF e escolaridade dos CP...	65
<b>Tabela 16</b>	regressão linear de escores na escala de atitudes X escores na escala de conhecimentos, tempo como coordenador pedagógico (CP), número de alunos das EMEF e escolaridade dos CP.....	65

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>CE</b>	Comissão de Educação
<b>COAS</b>	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
<b>CP</b>	Coordenador Pedagógico
<b>DARE</b>	Drug Abuse Resistance Education
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>EMEF</b>	Escola Municipal de Ensino Fundamental
<b>EPM</b>	Escola Paulista de Medicina
<b>EPS</b>	Escola Promotora de Saúde
<b>FEBEM</b>	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
<b>GCM</b>	Guarda Civil Metropolitana
<b>IAE</b>	Instituto Adventista de Ensino
<b>IC</b>	Informante Chave
<b>JB</b>	Jornada (Docente) Básica
<b>JEA</b>	Jornada (Docente) Especial Ampliada
<b>JEI</b>	Jornada (Docente) Especial Integral
<b>LA</b>	Liberdade Assistida
<b>LDB</b>	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>NAE</b>	Núcleo de Ação Educativa
<b>NCE</b>	Núcleo de Comunicação e Educação
<b>NIDA</b>	National Institute on Drug Abuse
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PCN</b>	Parâmetros Curriculares Nacionais
<b>PEA</b>	Projeto Especial de Ação
<b>PNAD</b>	Política Nacional Anti-Drogas
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PS</b>	Promoção de Saúde
<b>PROAD</b>	Programa de Orientação e Atendimento ao Dependente do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina/ Universidade Federal de São Paulo

<b>PROERD</b>	Programa Educacional de Resistência às Drogas
<b>SEF</b>	Secretaria de Educação Fundamental
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional Anti-Drogas
<b>SINPEEM</b>	Sindicato dos Profissionais em Educação no Ensino Municipal de São Paulo
<b>SME</b>	Secretaria Municipal de Educação
<b>TT</b>	Temas Transversais
<b>UNESCO</b>	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>UNIFESP</b>	Universidade Federal de São Paulo
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## RESUMO

**Objetivo:** diagnóstico da situação atual de conhecimentos e de atitudes dos Coordenadores Pedagógicos CP das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo em relação ao uso indevido de substâncias psicoativas pelos alunos. **Método:** corte transversal com amostra probabilística de 20% das Escolas Municipais de Ensino Fundamental da cidade de São Paulo, das quais foi sorteado um coordenador pedagógico para aplicação de 4 questionários de auto-aplicação: (1) formação e dados pessoais do profissional e dados das escolas; (2) avaliação de atitudes em situações relacionadas ao uso indevido de drogas; (3) avaliação de conhecimentos sobre o tema; (4) avaliação da adequação das propostas de promoção de saúde e temas transversais na escola e da escola promotora de saúde. Além de um questionário preenchido pelo entrevistador: (5) questionário de avaliação do entorno. Foi testada associação entre a presença ou não da exposição do coordenador pedagógico aos conhecimentos de prevenção do uso indevido de drogas, os conhecimentos sobre o assunto apresentados e suas atitudes, por meio de tabelas de contingência e a significância estatística testada pelo Qui-Quadrado, Teste Exato de Fisher, teste T de Student, ou correlação de Spearman ou de Pearson. **Resultados:** perfil da EMEF: funciona há  $29 \pm 16,8$  anos, em 4 períodos (61%); tem  $1510 \pm 653$  alunos,  $64 \pm 30$  professores,  $24,7 \pm 8,4$  alunos por professor,  $13,5 \pm 6,4$  salas de aula por escola, ocupadas por  $32,2 \pm 9$  alunos. Perfil do CP: sexo feminino (91,7%), cristão (89,4%), com alguma frequência no templo / igreja (60,7%), casado / união estável (50,6%), tem filhos (58,8%), paulistano (81,7%), idade =  $43 \pm 6,9$  anos. Formação do CP: tem especialização ou mestrado (41%), fizeram curso preparatório para CP (17,3%), participou de algum curso sobre drogas (57,3%), atuam como CP há  $5,4 \pm 4$  anos; tempo total de trabalho em escolas =  $18,9 \pm 7,4$  anos, tempo de trabalho como professor =  $14,5 \pm 6,2$  anos. Escores da Escala de Atitudes:  $11,5 \pm 3,8$  (valores possíveis: de -17 a +21). Isto significa que, no geral, os valores encontrados representam atitudes mais compreensivas. Escores da Escala de Conhecimentos Sobre Drogas:  $55,2 \pm 12,5$ . Escore médio nas questões (0 a 10): sobre o crack = 7 (respostas “não sei” = 5,7%); sobre drogas ilícitas = 6 (respostas “não sei” = 18%); sobre dependente químico = 6 (“não sei” = 16%); sobre o álcool = 4 (“não sei” = 8%). Correlação Escala de Atitudes com Tempo de atuação como CP:  $R = -0,288$ ;  $p < 0,01$ . Diferença de médias da Escala de Atitudes com formação dos CP =  $-1,93$ ,  $t = 2,26$ ;  $gl = 80$ ;  $p < 0,05$ . Não houve correlação entre conhecimento do CP e: características das escolas; exercício profissional do CP; formação do CP, incluindo cursos sobre drogas e exposição à discussão sobre Redução de Danos. Média na Escala de Conhecimentos no grupo de atitudes de afastamento: diferença de médias é significativa para  $t = 2,74$ ;  $gl = 85$ ;  $p < 0,01$ . Correlação de escores na Escala de Atitudes e Conhecimentos sobre Fatores associados ao Risco para o Abuso de Substâncias:  $R = 0,373$ ,  $p < 0,01$ . **Conclusões:** foi encontrado um descompasso entre o conhecimento geral sobre drogas apresentado pelos entrevistados e as atitudes em situações direta ou indiretamente relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas. O conhecimento sobre drogas dos educadores é mediano, com melhor

desempenho nas questões sobre drogas ilícitas e menor desempenho nas questões sobre o álcool. O conhecimento não se mostrou influenciado pela formação dos CP, está associado ao maior número de pedidos de afastamento da escola e atitudes menos compreensivas na situação de aluno dependente. As atitudes são predominantemente compreensivas, associadas diretamente à formação geral do CP (ter pós-graduação) e ao conhecimento dos fatores associado ao risco para o uso de drogas, e inversamente associadas ao tempo de atuação como CP. Os educadores encontram-se presos, de um lado a orientação pedagógica vigente que propõe atitudes compreensivas e inclusivas para com os alunos, que é corroborada pela própria prática destes, atenta e sensível às necessidades dos seus alunos; de outro lado, a sobrecarga de trabalho e de responsabilidade e a representação social preconceituosa do uso e do usuário de drogas ilícitas, inserida na sociedade ocidental-moderno-contemporânea que continua a criar seus bodes expiatórios.

## **Prevenção do Uso Indevido de Drogas:**

### **Avaliação de conhecimentos e atitudes dos coordenadores pedagógicos das escolas públicas de ensino fundamental da cidade de São Paulo.**

#### ***INTRODUÇÃO***

A questão do uso e abuso de substâncias psicoativas, especialmente as ilícitas, tem ocupado lugar de destaque na mídia, em campanhas eleitorais, em planos e orçamentos governamentais internacionais, além de fazer parte da lista das principais preocupações dos pais em relação aos seus filhos adolescentes nas últimas décadas.

Entre as décadas de 60 e 80, aumentou quase 12 vezes a quantidade de artigos publicados (no jornal O Estado de São Paulo) sobre drogas ilícitas, álcool e tabaco (Carlini-Cotrim, 1992). Em 1990, os Estados Unidos, destinaram 2,2 bilhões de dólares ao combate às drogas, o que significou um aumento de 39% em relação ao ano fiscal anterior. A Assembléia Geral das Nações Unidas elegeu a última década (1991-2000) como a "Década contra o Abuso de Drogas". Na Inglaterra, em 1998, o parlamento aprovou o plano: "*Manejo das drogas para construir uma Grã Bretanha melhor*" – trata-se de uma estratégia de 10 anos e regulamenta a integração de vários setores da sociedade, com coordenação no próprio parlamento. No Brasil, foi criada em 1998 a Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD), com sede na Casa Militar e acesso direto à Presidência da República. Neste mesmo ano, em Brasília, foi realizado o primeiro Fórum Nacional Anti-Drogas, o qual teve como objetivo definir as linhas mestras para a prevenção, o tratamento e a repressão no país. Em 2001, foi realizado o 2º Fórum, em cuja abertura foi assinada a Política Nacional Anti-Drogas pelo Presidente da República. O 3º. Fórum foi realizado em novembro de 2004 e contou com a participação do Presidente e do Vice-Presidente da República, do Ministro da Justiça, do Ministro da Saúde e do Ministro Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, que é o Presidente do Conselho Nacional Antidrogas, com a presença de representantes de 7 países (Itália, Suécia, Suíça, Portugal, Reino Unido, Holanda e Canadá) e da população geral. Ao todo, foram 1377 participantes (Moreira, 2003a).

Porém, apesar de todo este investimento, poucos resultados são observados. Segundo Buning, Rensink, & Bron (1996), *“a ‘guerra às drogas’ dura 10 ou 15 anos e bilhões de dólares foram gastos em todo o mundo. No entanto, nunca existiram tantas drogas nas ruas como agora”*.

### **Controvérsias no Enfrentamento**

Se por um lado existe um consenso sobre a magnitude do problema, por outro existe uma controvérsia de como enfrentá-lo. Historicamente, as duas posturas mais importantes de enfrentamento dos problemas relacionados ao uso indevido de drogas são o de "guerra às drogas" e a de "redução de danos". Estas centralizam alguns dos principais dilemas e controvérsias neste tema, tais como as questões de regulamentação, tratamento e prevenção.

### **Guerra às Drogas**

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o fim do século XIX e o início do século XX foram marcados pelo primeiro ciclo de intolerância ao uso de substâncias psicoativas. Este movimento teve um início mais brando com a denominada “Ideologia da Temperança”, posteriormente se radicalizando com a influência da “Liga das Senhoras Católicas”, culminando com a “Liga Anti-Saloon”. Com abrangência mundial, a primeira lei proibicionista do álcool foi na Islândia, em 1908. Nos Estados Unidos, este ciclo inicia-se com a perseguição ao ópio em forma de fumo, passa pela campanha contra a cocaína e a primeira lei contra a cocaína e o ópio na Califórnia, posteriormente nacionalizada no Harrison Act de 1914, e culmina com a aprovação de um dispositivo legal que proibia a venda, a distribuição e o consumo de bebidas alcoólicas, o Volstead Act, mais conhecido como a “Lei Seca”, que vigorou de 1919 a 1933. (Escohotado, 1997; Carlini-Cotrim, 1992)

No século XIX, os movimentos contra o álcool lideraram as ações antidrogas. Nos dias de hoje, este lugar foi tomado por aqueles contra as drogas ilícitas, principalmente maconha, cocaína, crack e heroína (Carlini-Cotrim, 1992), no movimento de intolerância atual, que é denominado “Guerra às Drogas”. Este prega a intolerância ao uso de drogas e tem como objetivo um mundo livre delas, sendo o seu grande investimento direcionado à repressão. Ações como o encarceramento duradouro e a erradicação de cultivo, valendo-

se do emprego de herbicida, nas áreas de plantio de coca e papoula existentes na Colômbia, Peru, Bolívia, Laos, Afeganistão, Paquistão e Vietnã foram preconizadas por órgão internacionais (Assembléia Especial da ONU, em 1998) e países tais como os Estados Unidos (Maierovitch, 2003).

As estratégias de prevenção desse movimento, quando no campo da redução de demanda, utilizam técnicas que se resumem à persuasão dos indivíduos para a abstinência: “diga não às drogas”. Não há uma preocupação com as diferentes formas de uso ou com a abordagem dos fatores relacionados à proteção e ao risco do abuso dos psicotrópicos.

Após décadas de sua existência, acumulam-se críticas a essa política. Escohotado (1997) constata que “*O ‘diga não às drogas’ entra por um ouvido e sai por outro, funcionando como estímulo indireto*”. A menor disponibilidade das drogas pode levar a formas de consumo mais perigosas ou promover o aumento do consumo de outras drogas. Por exemplo: o uso de solventes por crianças de rua na cidade de São Paulo foi abordado, no início da década de 90, com o controle da venda de cola, o qual reduziu o acesso das crianças ao produto. Entretanto, houve um aumento em 500% do uso de esmalte logo em seguida (Da Silveira, 1993). Além disso, mesmo com o implemento dos recursos repressivos, nem sempre a redução da disponibilidade de tais substâncias é alcançada.

### **Sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas**

Considerando a relação entre o indivíduo e a droga é possível pensar em três estratégias preventivas: (1) Diminuir a oferta do produto; (2) Diminuir a demanda por parte do usuário e (3) Influir sobre as circunstâncias favorecedoras da oferta e da procura (Da Silveira, 1993).

A primeira estratégia implica em ações de repressão, voltadas para a redução da disponibilidade dessas substâncias nas ruas. Seria a prevenção na esfera jurídico-legal. A segunda concentra-se na ação educativa por meio de intervenções de caráter pedagógico junto a familiares e educadores. A terceira estratégia é chamada de prevenção sanitária, realizada por meio de intervenções visando os fatores relacionados ao risco ou à proteção, agindo predominantemente na interface oferta/demanda.

A estratégia de diminuir a demanda por parte do usuário ganha força a partir de 1970, quando a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) convocou, pela primeira vez, especialistas de vários países para discutirem a abordagem preventiva do uso de drogas. Em seguida, vários encontros internacionais foram realizados e a educação destinada a prevenir o abuso de drogas foi considerada uma necessidade universal e premente (Bucher, 1988). A escola, então, passou a ser o espaço privilegiado para o desenvolvimento de atividades preventivas, visando uma educação para a saúde, visto que quase toda a população passa por ela numa idade e em circunstâncias altamente favoráveis à assimilação de certos hábitos, atitudes e conhecimentos (Costa e Gonçalves, 1988).

Porém, se a importância, o público-alvo e o local preferencial das ações preventivas são consenso, o modo de intervenção e o seus resultados permanecem controversos. Os modelos de intervenção são múltiplos, derivados de diferentes posturas frente ao problema, o que torna mais complexo o processo de avaliação. Entre os modelos avaliados, os resultados provenientes de metanálises mostram pequenos avanços ( $d < 0.32$ ) (Faggiano et al, 2005; Gottfredson & Wilson, 2003; Cuijpers, 2002a). Muitos dos problemas relacionados às avaliações, entretanto, são decorrentes da negligência na definição do modelo adotado e na discussão de suas propostas e da postura frente ao problema (Carlini-Marlatt, 2001).

### **Prevenção do Uso Indevido de Drogas em Ambiente Escolar**

Na abordagem tradicional, a conhecida “Política de Guerra às Drogas”, a maior concentração de esforços se dá na redução da oferta, ou seja, redução da disponibilidade dos produtos, utilizando-se de mecanismos de repressão. No campo da redução de demanda, enfatiza-se a transmissão de informações pautadas pelo amedrontamento e pelo apelo moral, utilizando técnicas que poderiam ser resumidas à persuasão dos indivíduos para a abstinência: “Diga não às drogas”. Não há uma preocupação com as diferentes formas de uso ou com a abordagem dos fatores facilitadores do abuso de psicotrópicos. As ações de transmissão de informações seguem, em geral, o modelo educativo clássico de aprendizado passivo. Muitas vezes, e isto também se refere às

escolas brasileiras, as intervenções são pontuais, na forma de palestras (Carlini-Cotrim, 1992; Moreira, 2003a).

Outros modelos de intervenção mais elaborados, ainda na abordagem tradicional, propõem aulas semanais curriculares destinadas aos alunos dos últimos anos da escola elementar. É o caso do Modelo de Treinamento para Resistir. O seu representante clássico é o Projeto “Drug Abuse Resistance Education” (DARE), adotado por cerca de 50% das escolas locais nos distritos em todo o território dos Estados Unidos. Este tem por objetivo o treinamento para resistir às pressões de envolvimento com drogas, exercidas por grupo de pares, pela mídia e até pelos pais. Inclui uma série de exercícios e atividades em sala de aula que ensinam ao estudante: recusar, se esquivar, não ceder perante à oferta de drogas. Este programa é aplicado por membros do próprio projeto, que, muitas vezes, são policiais. Os resultados das avaliações apontam para algum ganho significativo imediato tanto no conhecimento como no padrão de uso de drogas, mas ao contrário da aquisição de conhecimento, não há redução do uso de drogas nas avaliações após um ano ou mais. Em alguns subgrupos, por exemplo, os de indivíduos masculinos negros e hispânicos, houve aumento do uso de substâncias (Ennett e cols, 1994).

Este programa começou a ser aplicado no Brasil com o nome de Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) e, assim como nos EUA, foi aplicado principalmente por policiais. Além de enfrentar os mesmos problemas quando de sua aplicação nos EUA, aqui encontramos um problema a mais, pois a figura do policial não tem a mesma representação social no Brasil e nos Estados Unidos. A falta de adaptação cultural compromete ainda mais a aplicação deste modelo no Brasil (Moreira e cols, 2001; Moreira, 2003a).

Outras abordagens têm sido propostas: Oferecimento de Alternativas; Educação para a Saúde e a Modificação das Condições de Ensino, que inclui: (1) Modificação das práticas institucionais; (2) Melhoria do ambiente escolar; (3) Incentivo ao desenvolvimento social; (4) Oferecimento de serviços de saúde; (5) Envolvimento dos pais em atividades curriculares.

### O Modelo de Oferecimento de Alternativas

As ações neste modelo procuram proporcionar aos jovens sensações de expansão da mente, crescimento pessoal, excitação, desafio e alívio do tédio através de outros meios que não o consumo de drogas. É importante que tais atividades variem conforme os interesses e gostos da população a que se destinam. Podem se constituir em atividades esportivas ou artísticas, programas de recuperação da identidade e orgulho étnico de minorias como a formação de grupos de Hip Hop, grafiteagem, oficinas de capoeira, de dança, etc. (Carlini-Marlatt, 2001; Moreira, 2003a). A ênfase se dá no sentido de orientar o desenvolvimento do potencial sócio-afetivo em direção a um estilo saudável de vida em que o uso de drogas não desperte sequer interesse, ou então, um interesse ou curiosidade que não prejudique nem a pessoa nem a sociedade (Soares e Jacobi, 2000). Este modelo foi aplicado nas escolas públicas do Estado de São Paulo (Programa Permanente de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas), entre 1991 e 1994, com bons resultados iniciais (Soares e Jacobi, 2000). Infelizmente, após mudanças de governo, não foi dada continuidade às avaliações dos resultados, e, gradativamente, o programa foi extinto. No cenário internacional, este modelo também foi pouco avaliado, os bons resultados iniciais nas raras avaliações examinadas por Tobler (1997), necessitam de mais estudos e confirmação (Moreira e cols, 2001).

### O Modelo de Educação para a Saúde

Este modelo apresenta a educação para uma vida saudável como proposta central (Carlini-Marlatt, 2001). Assim, orientar para uma alimentação adequada, atividades não estressantes, uma vida sexual segura e até a escolha correta da pessoa que dirigirá o carro num passeio de grupo, compõem um currículo em que a orientação sobre os riscos do uso de tabaco, álcool e outras drogas também se faz presente (Moreira, 2003a). É preciso que a escola introduza a questão das drogas dentro de um contexto amplo (Costa e Gonçalves, 1988), visando a responsabilização do indivíduo perante a sua vida e sua saúde. É também necessário abordar questões tais como: a poluição, a solidão e o isolamento urbano, o modelo de vida competitiva e imediatista e outros temas que provocarão uma reflexão sobre os padrões de comportamento adotados pela sociedade em que vivemos.

O modelo de educação para a saúde também foi pouco avaliado. Entretanto, juntamente com o modelo de oferecimento de alternativas, parecem promissores por serem coerentes com o papel da escola: um lugar de formação e inclusão social, e não apenas um espaço de transmissão de informações.

### O Modelo de Modificação das Condições de Ensino

Este modelo defende que a vivência escolar, particularmente a da pré-escola e a do ensino fundamental, vai ser importante para um desenvolvimento sadio do adolescente e do adulto. É uma proposta de intervenção intensiva, precoce e duradoura, necessitando o envolvimento de pais e da comunidade, cujo modelo tem 5 vertentes: (a) modificação das práticas institucionais; (b) melhoria do ambiente escolar; (c) incentivo ao desenvolvimento social; (d) oferecimento de serviços de saúde e (e) envolvimento dos pais em atividades curriculares (Klitzner e cols, 1991). Este modelo engloba os modelos anteriormente descritos como Educação para a Saúde e Oferecimento de Alternativas.

Ao aceitar a necessidade de intervenção no ambiente, muitas vezes desfavorável, e não apenas no estudante, admite-se que uma escola inadequada e injusta pode constituir um fator propiciador do abuso de drogas, o que desloca a discussão da prevenção para o campo da política educacional e do questionamento pedagógico (Carlini-Cotrim, 1992). Neste modelo, a questão do uso de drogas deixa de ser vista de forma dissociada da vida dos alunos, ao mesmo tempo em que se conclama a escola a assumir seu papel social, de forma integrada à comunidade. Desta forma, desviamos nossas atenções do uso das substâncias psicoativas sem, entretanto, perdê-lo de vista, para nos preocuparmos com a melhoria das condições de desenvolvimento das crianças e adolescentes visando à formação de cidadãos aptos para tomarem suas próprias decisões.

A ampliação o campo de intervenções, incluindo ambiente escolar, comunidade escolar ampliada, desenvolvimento social e relações intersetoriais (educação e atenção à saúde), implica o abandono do escopo restrito da prevenção (de uma determinada doença) para entrar no conceito de Promoção de Saúde.

## Diferença entre Prevenção e Promoção

O conjunto de propostas acima, descrito como Modelo de Modificação das Condições de Ensino, aproxima-se do paradigma da Promoção de Saúde, que possui definição bem mais ampla que a prevenção por referir-se a medidas orientadas ao aumento da saúde e bem-estar gerais e não apenas a evitar uma determinada doença (Czeresnia, 2003: 45).

Tradicionalmente, a educação em saúde mantinha o foco na transmissão de informações ou no desenvolvimento de habilidades e atitudes para ajudar os indivíduos a fazerem escolhas saudáveis com relação ao estilo de vida ou comportamento (Lynagh et al., 2002; Mukoma & Flisher, 2004). Porém, esta estratégia mostrou-se falha, em sua meta de mudança de comportamento (Lynagh et al., 2002; Mukoma & Flisher, 2004).

Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde - OMS mudou seu foco do comportamento de indivíduos para o desenvolvimento de ambientes saudáveis (Mukoma & Flisher, 2004). Isto resultou no conceito de Promoção de Saúde definido na carta de Ottawa:

*“Promoção de Saúde é o processo de capacitar pessoas para aumentar o controle sobre e melhorar a saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou um grupo de indivíduos precisa ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e de mudar ou lidar com o ambiente. A saúde é vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. A saúde é um conceito positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Então, Promoção de Saúde não é apenas de responsabilidade do setor da saúde, mas inclui estilos de vida saudáveis e bem-estar”* (Carta de Ottawa, 1986).

Neste paradigma, temos as intervenções com participação ativa da comunidade e não impostas pelos profissionais da saúde, e o alvo na população geral. Para tanto, são preconizados cinco campos de ação: (1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; (2) reforço da ação comunitária; (3) desenvolvimento de habilidades pessoais; (4) reorientação do sistema de saúde; (5) criação de ambientes favoráveis à saúde (Declaração de Jakarta, 1998). Em outras palavras, *“a carta de Ottawa propõe o trabalho com a idéia de responsabilização múltipla, nos diferentes níveis de*

*atuação: Estado, comunidade, indivíduos; seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos” (Buss, 2003: 16).*

No campo da promoção da saúde as políticas públicas saudáveis incluem: legislação, medidas fiscais, taxações, mudanças organizacionais; e por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, distribuição equitativa de renda e políticas sociais. Este conceito se opõe à idéia bastante difundida de ações baseadas na correção de comportamentos individuais, que, na concepção de prevenção *“seriam os principais, senão únicos responsáveis pela saúde” (Buss, 2003: 27).*

A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde (desenvolvimento de habilidades pessoais e reforço da ação comunitária). *“Promoção, neste sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para o seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com discernimento” (Czeresnia, 2003: 48).* Aqui também está incluída a garantia da participação popular no processo de tomada de decisões e na elaboração das intervenções.

Algumas diferenças entre Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças estão sintetizadas no quadro 1.

**Quadro 1 - Diferenças entre os conceitos de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças**

	Promoção	Prevenção
Foco	Saúde	Doença
Intervenção	Participativa	Médica
Alvo	População geral, no seu ambiente	Grupos de risco
Abordagem	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas

## **A Escola Promotora de Saúde**

A aplicação dos princípios da Carta de Ottawa no âmbito escolar resultou no conceito de Escola Promotora de Saúde – EPS (Moysés e col, 2003; Mukoma & Flisher, 2004). Neste conceito, o foco muda gradativamente dos programas voltados a certos aspectos da saúde para uma abordagem integral da Promoção de Saúde (Mukoma & Flisher, 2004). A EPS pode ser definida como *“uma escola com um conjunto de políticas, procedimentos, atividades e estruturas organizadas para proteger e promover a saúde e o bem-estar dos alunos, equipe e demais membros da comunidade escolar”* (Rissel & Rowling, 2000). O Conceito de EPS é endossado pela OMS e adotado como estratégia em muitos países. Na Austrália e na Europa, na forma de redes regionais (Nader, 2000; Mukoma & Flisher, 2004).

As EPS abordam os seguintes aspectos: natureza integral da saúde, equidade de gênero, envolvimento de toda a comunidade escolar, processo decisório participativo, sustentabilidade, adaptação cultural e inclusão de medidas que aumentem a cultura (literacy) de saúde (O’Dea & Maloney, 2000; Rissel & Rowling, 2000; Moysés e col, 2003). A OMS define por cultura (literacy) de saúde tanto habilidades cognitivas quanto sociais que determinam a motivação e a possibilidade dos indivíduos em ter acesso, compreender e usar informações de forma a promover e manter a saúde (O’Dea & Maloney, 2000).

Uma EPS deve cobrir três áreas de intervenção na escola e em sua comunidade local: educação em saúde (currículo escolar, ensinar e aprender); ambiente escolar, entorno e organização; comunidade escolar, parcerias e serviços (O’Dea & Maloney, 2000; Moysés e col, 2003; Mukoma & Flisher, 2004).

### Educação em Saúde (currículo escolar, ensinar e aprender)

Segundo Silveira (2000), a Organização Pan-americana de Saúde indica que a Educação em Saúde se deva nortear pelas seguintes diretrizes:

- Abordar a saúde em termos globais, segundo a ótica de inter-relação entre os seus fatores individuais, ambientais, sócio-econômicos e coletivos;
- Esgotar todas as oportunidades educativas – formais e informais – para promover, melhorar, manter e recuperar a saúde;

- Analisar criticamente as diferentes mensagens de saúde que influenciam as crianças e os jovens;
- Comprometer-se com a conscientização de crianças e jovens para atuarem de maneira a favorecer a manutenção e a promoção da saúde integral e coletiva;
- Construir continuamente uma convivência solidária em prol da vida e dos direitos humanos.

### Ambiente Escolar, Entorno e Organização

Este item se refere às crenças, atitudes e normas que permeiam a escola e sua comunidade local, que compõem a “ethos” geral do ambiente da escola em questão. Inclui a estrutura física, políticas e práticas que contribuem para um ambiente saudável (O’Dea & Maloney, 2000). Por exemplo: condições de saneamento, disponibilidade e condições de dispositivos de segurança e de prevenção a acidentes, qualidade nutricional da merenda escolar, políticas escolares e as correspondentes atitudes e comportamentos cotidianos do corpo docente frente a diferentes assuntos e situações.

### Comunidade Escolar, Parcerias e Serviços

Parte da abordagem integral da EPS envolve o desenvolvimento de parcerias entre a escola, os familiares dos alunos e os dispositivos de atenção à saúde da comunidade, as instituições de ensino e organizações governamentais e não-governamentais (O’Dea & Maloney, 2000). Os recursos da escola e da comunidade local podem ser utilizados de forma complementar para promover atitudes saudáveis. Desta forma, as atividades promovidas na escola teriam a participação e apoio da comunidade local e seriam reforçadas por atividades desenvolvidas na comunidade.

Uma outra interpretação possível deste item é a oferta de serviços de saúde pela escola. Com relação a esta proposta, Silveira, 2000, coloca que *“Esta posição ainda não é consensual no Brasil, pelo menos no atual estágio da saúde pública brasileira e dos níveis de cobertura dos serviços de saúde. Admite-se sim, que a escola deve estabelecer vínculos efetivos com os serviços de saúde instalados, universalizando o atendimento a todos os alunos, sem que se dupliquem os recursos humanos e materiais”*.

## Política Educacional, Parâmetros Curriculares Nacionais e Temas Transversais

Se olharmos o que diz a legislação da educação brasileira veremos uma adequação total a essas propostas. Pois a concepção da educação como exercício de cidadania permeia os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), formulados a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Federal n. 9.394), aprovada em 20 de dezembro de 1996. Os PCN propõem uma série de modificações no ensino fundamental, e têm como premissas: a ética, a preparação dos alunos para o exercício da cidadania numa sociedade democrática, o respeito à diversidade cultural e a preocupação com a desigualdade social (Brasil, 1997).

Em relação à Educação em Saúde, os conteúdos selecionados foram organizados em blocos que lhes dão sentido e cumprem a função de indicar as dimensões individual e social da saúde. São eles: autoconhecimento para o autocuidado e vida coletiva. Entre os conteúdos a serem desenvolvidos dentro do bloco Vida Coletiva, está incluído: agravos ocasionados pelo uso de drogas (fumo, álcool e entorpecentes). Estes temas devem ser trabalhados transversalmente às cadeiras básicas, de forma multidisciplinar, e fazem parte dos chamados Temas Transversais (Idem).

Quanto à metodologia, os manuais reforçam: *“Para tanto, é necessário que, no processo de ensino e aprendizagem, sejam exploradas: a aprendizagem de metodologias capazes de priorizar a construção de estratégias de verificação e comprovação de hipóteses na construção do conhecimento, a construção de argumentação capaz de controlar os resultados desse processo, o desenvolvimento do espírito crítico capaz de favorecer a criatividade, a compreensão dos limites e alcances lógicos das explicações propostas. Além disso, é necessário ter em conta uma dinâmica de ensino que favoreça não só o descobrimento das potencialidades do trabalho individual, mas também, e, sobretudo, do trabalho coletivo. Isso implica o estímulo à autonomia do sujeito, desenvolvendo o sentimento de segurança em relação às suas próprias capacidades, interagindo de modo orgânico e integrado num trabalho de equipe e, portanto, sendo capaz de atuar em níveis de interlocução mais complexos e diferenciados”* (Brasil, 1997).

É ressaltada a importância da coerência entre as atitudes e os comportamentos apresentados pela escola e os professores e os conteúdos a serem ministrados. Ou seja, propõe-se que a escola seja um espaço de aprendizado e desenvolvimento contínuo e integrado. Esta integração diz respeito aos diferentes espaços dentro e fora da sala de aula. É orientada a inclusão dos pais nas atividades curriculares e extracurriculares. Assim como é estimulada a utilização dos recursos da comunidade nas atividades curriculares extra-classe e a promoção de ações conjuntas, trazendo a comunidade para dentro da escola.

*“Verifica-se, portanto, que os Parâmetros Curriculares Nacionais assumiram basicamente os referenciais teóricos que foram estabelecidos pelas Organizações Mundial e Pan-americana de Saúde”* (Silveira, 2000).

### **A Redução de Danos**

Os valores até agora trabalhados: qualidade de vida, intervenções participativas, importância do contexto social, e valorização dos direitos humanos são valores comuns aos preceitos da estratégia de abordagem do uso indevido de drogas denominada “Redução de Danos”.

Com o aparecimento da AIDS, em meados da década de 80, um novo olhar surge para a questão do uso indevido de drogas. A transmissão e disseminação do vírus entre usuários de drogas injetáveis passaram a ser uma ameaça a toda a sociedade, trazendo a necessidade de ações preventivas efetivas, cujos resultados não dependessem exclusivamente da aderência dos pacientes aos tratamentos para a abstinência. Surgem os primeiros centros de distribuição e troca de agulhas e seringas na Holanda e Inglaterra, entre 1986 e 1987 (Derricott, 1999). A criação dos centros de troca de seringa, juntamente com as terapias substitutivas de heroína por prazo indeterminado e a liberdade de prescrição de drogas, tais como opióides e cocaína, readquirida pelos médicos na Inglaterra, constituem o início de uma outra forma de abordagem do problema das drogas intitulada “Redução de Danos”.

*“Redução de Danos é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas”* (Andrade, 2001)

A proposta de Redução de Danos surgiu, então, incentivando formas de auxílio cujo principal objetivo não era eliminar o uso de substâncias psicoativas, mas melhorar o bem-estar físico e social dos usuários, minimizando os prejuízos causados pelo uso das substâncias. Nessa fase, a impossibilidade (temporária ou não) de um dependente abandonar o uso de drogas estava sendo aceita como fato (Marlatt, 1999). Parte-se do princípio que “bem ou mal” as drogas lícitas e ilícitas fazem parte desse mundo e trabalha-se para minimizar seus efeitos danosos ao invés de simplesmente ignorá-los ou condená-los. O critério de sucesso de uma intervenção não segue a lei do “tudo ou nada”, são aceitos objetivos parciais. As alternativas não são impostas de “cima para baixo”, por leis ou decretos, mas são desenvolvidas com a participação ativa da população beneficiária da intervenção.

A Redução de Danos pode ser sintetizada em 5 princípios (Marlatt, 1999):

- É uma alternativa de saúde pública aos modelos moral, criminal e de doença;
- Reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos;
- Baseada na defesa do dependente;
- Promove acesso a serviços de baixa exigência, ou seja, serviços que acolhem usuários de forma mais tolerante, como uma alternativa para as abordagens tradicionais de alta exigência, aquelas que, tipicamente, exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário;
- Baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.

Somado a estes princípios propostos por Marlatt, Andrade (2005) propõe:

- Protagonismo dos usuários de drogas.

A partir das primeiras experiências bem sucedidas, esta nova forma de pensar o problema das drogas foi sendo ampliada para os diversos aspectos da questão. E por que não incluir a prevenção primária, ou seja, aquela desenvolvida antes do primeiro contato? Nesta, o foco deixa de ser a droga em si e passa a ser a qualidade de vida. As divulgações de informações ao público concentram-se menos nos perigos e mais na equação do uso racional e

responsável de drogas, ou ainda, enfatizam as vantagens de um estilo de vida isento delas (Soares e Jacobi, 2000).

Conforme Moreira e cols, 2003b, Reale, 2001, e Marllat, 1999, a proposta da Redução de Danos permeia todos os aspectos do trabalho no campo do uso e abuso de substâncias psicoativas, e traz o foco no indivíduo como um todo, na qualidade de vida e na promoção de um estilo de vida mais saudável e trabalha com objetivos escalonados e intermediários:

- Evitar o envolvimento com o uso de drogas;
- Evitar o envolvimento precoce;
- Evitar que o uso se torne abuso;
- Ajudar a abandonar a dependência e
- Orientar para o uso menos prejudicial possível.

A prevenção primária, dentro da Redução de Danos, romperia com o pensamento maniqueísta de “caretas bonzinhos” e “drogados malvados”, desestimulando o preconceito e a segregação. Andrade e Friedman explicam: *“A cultura dominante vê os usuários de drogas situados no lado errado de uma linha social imaginária que separa não usuários (os bons) dos usuários (os maus). A visão geral do consumo de drogas de alguma maneira retoma o mito de Adão e Eva em que o fruto proibido que conduz o inocente à expulsão do paraíso toma forma de uma droga ilícita, algumas vezes, justamente, a baga de um cigarro de maconha. As conseqüências do primeiro trago de cigarro de maconha não podem ser previstas, mas a maioria das vezes ou o iniciante encerra o uso após a primeira experiência ou ele pode continuar fumando temporariamente sem maiores prejuízos para sua vida. Naturalmente se apanhado usando qualquer droga ilícita, o mesmo bom menino, há pouco era protegido e valorizado, pode imediatamente personificar o demônio e ser privado de todo valor social”* (Andrade e Friedman, 2006).

### **Redução de Danos e Promoção de Saúde: uma proposta**

A proposta da Redução de Danos na Escola Promotora de Saúde é a abordagem dos aspectos: natureza integral da saúde, eqüidade de gênero, envolvimento de toda a comunidade escolar, processo decisório participativo. Enfim, é a aplicação dos preceitos da Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde e da Convenção de Jakarta em Promoção de Saúde a todos os alunos,

independentemente se estes já experimentaram, já fizeram ou fazem algum uso de substâncias psicoativas. As ações de promoção de saúde, especialmente nas situações direta ou indiretamente relacionadas ao uso indevido de drogas, seriam pautadas por:

- Objetivos amplos e escalonados;
- Ruptura com o maniqueísmo;
- Ações inclusivas;
- Parcerias intersetoriais;
- Incentivo ao protagonismo e autonomia dos alunos;
- Abordagem do indivíduo em toda a sua complexidade, independente do uso.

### Objetivos amplos e escalonados

As ações devem visar à promoção da saúde, à qualidade de vida e ao bem-estar. Com relação ao uso de substâncias psicoativas, deve-se abandonar o “tudo ou nada”, valorizando os resultados parciais, objetivando “uma vida cada vez mais saudável”.

### Ruptura com o maniqueísmo

Propõe-se romper com a fórmula usuário de drogas = mal; não usuário de drogas = bem. Existem diferentes padrões de uso de substâncias psicoativas e nem todo uso significa ou leva à dependência. Em relação a qualquer substância psicoativa, podemos falar em uso recreativo, uso ocasional, uso abusivo e dependência. *“Se, por um lado, parte dos jovens que já tiveram contato com alguma droga ilícita nunca irão além deste contato experimental (não ‘migrando’ nem mesmo para o uso ocasional ou regular destas substâncias), outros jovens podem ser candidatos a se tornarem usuários regulares, usuários-problema ou mesmo abusadores ou dependentes”* (Reale, 2001). O risco ao considerar todo uso com alarme é o de perder ou deixar de criar um laço de confiança com o jovem, o que impediria o seu acompanhamento. Isto poderia ser um problema, uma vez que o vínculo positivo com um adulto cuidador e com a escola são um fator relacionado à proteção para o uso indevido de substâncias (Noto & Moreira, 2006; Hallfors, 2002).

### Ações inclusivas

As ações devem visar o desenvolvimento e a inclusão social de todos os alunos. Bem como toda a comunidade escolar: corpo discente e docente, familiares e funcionários de apoio devem ser incluídos no objetivo de “uma vida cada vez mais saudável”. Aqui está incluído o incentivo às atividades artístico-culturais e esportivas, de forma adaptada e coerente com o contexto sócio-cultural da escola, e integrando toda a comunidade escolar. A exclusão e a má-adaptação social são fatores relacionados ao risco do uso indevido de substâncias (Noto & Moreira, 2006).

### Parcerias intersetoriais

Desenvolvimento de parcerias entre a escola, os familiares dos alunos e os dispositivos de atenção à saúde da comunidade, as instituições de ensino e organizações governamentais e não-governamentais. Os estudos de avaliação apontam resultados superiores para as intervenções conjuntas, realizadas nas escolas e na comunidade (Cuijpers, 2002b; Tobler et al, 1997).

### Incentivo ao protagonismo e autonomia dos alunos.

O incentivo ao protagonismo e autonomia dos alunos perpassaria todas as atividades desenvolvidas na escola. As atividades de educação em saúde devem ser pautadas pela busca ativa do aprendizado, preferencialmente na forma de projetos multidisciplinares. Tobler, 1997, em sua metanálise, aponta resultados duas a três vezes superiores na redução do uso de substâncias com os programas ditos interativos, ou seja, aqueles que utilizam o aprendizado ativo como técnica didática, em relação aos modelos clássicos de intervenção. Aqui também está incluído o incentivo às atividades de protagonismo dos alunos, por exemplo, o apoio ao grêmio escolar e a inclusão deste, bem como de toda a comunidade escolar, no planejamento e organização de eventos e projetos de promoção de saúde.

### Abordagem do indivíduo em toda a sua complexidade, independente do uso.

Os alunos devem ser atendidos dentro de suas particularidades bio-psico-sociais, independentemente se fazem ou não uso de substâncias psicoativas, sejam elas quais forem. Ou seja, todas estas propostas continuam

válidas, mesmo se o aluno já experimentou ou faz uso de alguma droga. A atitude de uma escola que consegue incluir, manter ou renovar o vínculo com um aluno que faz algum uso de substâncias psicoativas pode ser o divisor de águas entre a parada na experimentação e a migração para outros usos incluindo uma futura dependência.

Desta forma, a estrutura de funcionamento da escola Promotora de Saúde, dentro dos princípios da Redução de Danos já teria ação preventiva com relação aos transtornos relacionados ao uso de substâncias. Além disso, a legislação educacional vigente, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) já é coerente com muito desta proposta.

### **Prevenção nas Escolas Públicas do Estado de São Paulo**

Curiosamente, mesmo após amplo debate, divulgação e implementação dos PCN, começa-se a implementar o PROERD em muitas escolas da rede pública e privada. Veja o quadro 2, referente aos alunos das escolas de ensino fundamental do Estado de São Paulo, no ano de 2001 ([ P.R.O.E.R.D. ] - Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência [Web Page]).

**Quadro 2**

<b>Comparativo de Crianças Atendidas Pelo Proerd em Relação às Matriculadas*</b>			
<b>Rede de Ensino</b>	<b>Total Atendidas pelo Proerd</b>	<b>Total Matriculadas</b>	<b>Porcentagem</b>
PARTICULAR	<b>49.966</b>	<b>93.786</b>	<b>53%</b>
ESTADUAL	<b>140.529</b>	<b>349.723</b>	<b>40%</b>
MUNICIPAL	<b>121.791</b>	<b>315.746</b>	<b>39%</b>
TOTAL	<b>312.286</b>	<b>759.255</b>	<b>41%</b>

\*FONTE: SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO

Como já foi discutido acima, o PROERD é um programa que segue o modelo do DARE (Educação para a Resistência ao Abuso de Drogas), amplamente avaliado e comprovadamente ineficaz, além de ser uma proposta inversa à linha de trabalho dos PCN. Em 2002, a superintendência da Polícia Federal lançou a cartilha “O Brasileiro” para distribuição nas classes do Ciclo I do Ensino Fundamental (1ª à 4ª série do ensino fundamental). “A Polícia Federal espera que as crianças tenham maior conhecimento sobre o assunto e

saibam como reagir no momento em que alguém oferecer qualquer tipo de entorpecente. 'É mostrar como dizer 'não às drogas', explicou o presidente nacional da Associação dos Servidores da Polícia Federal, Carlos Gatinho" (Agência Senado, 2002).

Foi aprovado, no Senado, novo projeto para prevenção do uso de drogas para as escolas. O próprio texto da notícia da aprovação do projeto, veiculada pela Agência de Notícias do Senado, mostra os desencontros das ações do governo: "Derrubando parecer da Comissão de Educação (CE), contrário à aprovação da matéria, o Plenário do Senado aprovou projeto de lei determinando (...) (a) implementação nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio do Programa de Orientação Sexual, de Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e de Prevenção ao Uso de Drogas. (...) Em seu relatório, aprovado na CE, o Senador (T. V.) afirma que os três temas do programa 'já se encontram exaustivamente tratados nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), de forma bastante avançada, inclusive com recomendações de abordagem interdisciplinar e transversal'" (Brasília, Agência Senado, 04/11/2002). O que nos remete ao quadro de replicações de intervenções ultrapassadas, de ações incongruentes e desencontradas.

### **As Escolas Municipais de Ensino Fundamental da Cidade de São Paulo**

Existem 438 EMEF na cidade de São Paulo (catálogo do SIMPEEM, 2000; página eletrônica da prefeitura de São Paulo, 2003; Diário Oficial do Município de São Paulo, 2003), divididas em 31 Coordenadorias de Educação, que correspondem às 31 subprefeituras da cidade de São Paulo. As Coordenadorias de Educação são os órgãos administrativos regionais, sendo a Secretaria Municipal de Educação o órgão administrativo central do município.

Nas escolas públicas da cidade de São Paulo temos os seguintes elementos: alunos, professores, auxiliar de período (cada período tem o auxiliar de período: um professor que sai da sala de aula e fica só com os alunos, organizando o lanche, o recreio, etc.), coordenador pedagógico, assistente de direção, diretor. Em cada EMEF trabalham 2 coordenadores pedagógicos – CP (Moreira, 2003a).

O Ensino Fundamental é dividido em dois ciclos: ciclo I (da 1ª à 4ª série) e ciclo II (da 5ª à 8ª série). Geralmente existem 2 CP por EMEF, independente

do número de alunos desta. Nas EMEF da cidade de São Paulo existem, em média, por volta de 600 alunos por CP (vide tabela 1). O trabalho pode ser dividido por ciclos ou por horário. Isto é, os 2 CP podem trabalhar em conjunto com ambos os ciclos, organizando-se por horários: um CP fica responsável pelos períodos diurnos e o outro pelo horário noturno. Outra possibilidade é um CP ficar responsável pelo nível I e o outro pelo nível II (Idem).

**Tabela 1: Número de alunos por Coordenador Pedagógico (CP) e número de Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) por Núcleo de Ação Educativa (NAE), dados de 2003.**

NAE	aluno/CP	no. EMEF
1	529	<b>28</b>
2	613	<b>35</b>
3	610	<b>29</b>
4	584	<b>43</b>
5	647	<b>52</b>
6	693	<b>50</b>
7	519	<b>29</b>
8	579	<b>31</b>
9	618	<b>21</b>
10	789	<b>40</b>
11	742	<b>27</b>
12	441	<b>30</b>
13	641	<b>27</b>
<b>Total</b>	<b>623</b>	<b>442</b>

Tabela elaborada a partir dos dados oficiais disponibilizados na *homepage* da Secretaria Municipal de Educação da Cidade de São Paulo em 02/04/03.

A jornada de trabalho do CP é de 8 horas diárias. Já os professores têm 3 possibilidades de jornada de trabalho, abaixo detalhadas.

**Jornadas Docentes:**

- Básica (JB) - 20h/aula, sendo: 18h em sala de aula (destinadas à regência) e 2h adicionais (1h na escola e 1h livre).
- Especial Ampliada (JEA) - 30h/aula, sendo: 25h em sala de aula (destinadas à regência) e 5h adicionais (3h na escola e 2h livres).
- Especial Integral (JEI) - 40h/aula, sendo: 25h em sala de aula (destinadas à regência) e 15h adicionais (11h na escola e 4h livres).

As horas adicionais constituem tempo remunerado de que dispõe o professor para desenvolvimento de atividades extraclasse, dentre outras (Ibidem):

- Trabalho coletivo da equipe escolar, acompanhado pelo CP, inclusive grupos de formação permanente e reuniões pedagógicas;
- Atividades com a comunidade, pais e alunos, exceto as de recuperação, de reposições e reforço de aula;
- Preparação de aulas, pesquisas e seleção de material pedagógico e correção de avaliações.

O horário de funcionamento da EMEF é detalhado no Diário Oficial, publicado em 08/10/2002:

- 1.º turno - das 6 h 50 min às 10 h 50 min.
- 2.º turno - das 10 h 55 min às 14 h 55 min.
- 3.º turno das 15 h 00 às 19 h 00.
- 4.º turno das 19 h 05 min às 23 h 05 min.

#### O Coordenador Pedagógico das escolas Municipais de Ensino Fundamental

Segundo relato dos educadores entrevistados no estudo de Moreira (2003a):

*"Quem cuida da parte pedagógica e lida diretamente com a formação dos professores é o Coordenador Pedagógico. É o elemento que vai fazer a integração dos diferentes profissionais da educação dentro da unidade escolar. Ele coordena toda parte pedagógica da escola, cuida da formação e da capacitação dos seus professores. O CP não fica só vinculado ao professor, mas também aos demais funcionários da escola. De certa maneira, ele acompanha todo o desenvolvimento dos alunos dentro da escola"* (Moreira, 2003a).

Podemos então subdividir as atribuições do CP em dois blocos:

- Orientação no atendimento a aluno e pais.
- Coordenação da equipe docente.

É função do CP elaborar o projeto político-pedagógico da escola (Projeto Especial de Ação - PEA - no caso da rede municipal), junto com o corpo docente, e acompanhar o desenvolvimento deste projeto durante o ano. No começo do ano, as escolas apresentam, para a supervisão no NAE, o seu projeto, quais os objetivos desse projeto e qual a bibliografia do mesmo.

Também é função do CP fazer a reflexão com estes profissionais sobre o processo de avaliação e sobre a gestão dentro da escola, garantir a constituição do grêmio estudantil e do conselho de escola (idem).

Ao caracterizar-se o papel do CP como elemento de articulação dentro da escola, como alguém que “coordena toda parte pedagógica da escola, cuida da formação e da capacitação dos seus professores e, de certa maneira, acompanha todo o desenvolvimento dos alunos dentro da escola”, este se torna o profissional de eleição para protagonizar a reflexão sobre o uso indevido de drogas nas escolas e sua prevenção (ibidem).

## ***HIPÓTESE***

Existe um descompasso entre o conhecimento científico e o conhecimento e atitudes daqueles responsáveis por desenvolverem atividades curriculares ou extracurriculares que visam abordar, discutir ou prevenir o uso de drogas pelos alunos de escolas públicas municipais.

Nas Escolas Municipais de Ensino Fundamental da cidade de São Paulo (EMEF), este responsável é o Coordenador Pedagógico (CP).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Principal**

Diagnóstico da situação atual de conhecimentos e de atitudes dos Coordenadores Pedagógicos (CP) das Escolas Municipais de Ensino Fundamental da Cidade de São Paulo (EMEF) em relação ao uso indevido de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas pelos alunos.

### **Objetivos secundários**

- Determinar a formação dos CP das EMEF da cidade de São Paulo;
- Investigar os conhecimentos dos CP sobre o uso indevido de drogas nas escolas e sua prevenção;
- Investigar as atitudes dos CP em situações direta ou indiretamente relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas;
- Determinar a correlação entre a formação, os conhecimentos e as atitudes dos CP.

### **Desenho**

Estudo de corte transversal com uma amostra probabilística de Coordenadores Pedagógicos (CP) das Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) da cidade de São Paulo.

### **População**

Coordenadores pedagógicos das Escolas Municipais de Ensino Fundamental da cidade de São Paulo (EMEF). Existem 438 EMEF na cidade de São Paulo (catálogo do SIMPEEM, 2000; página eletrônica da prefeitura de São Paulo, 2001; Diário Oficial do Município de São Paulo, 2003), divididas em 31 Coordenadorias de Educação, que correspondem às 31 subprefeituras da cidade de São Paulo. No início deste projeto as escolas eram divididas em 13 Núcleos de Ação Educativa (NAE), unidade administrativa da Secretaria de Educação até meados da administração da prefeita Marta Suplicy, quando foram criadas as Coordenadorias de Educação (CE). Em cada EMEF trabalham 2 coordenadores pedagógicos (Moreira, 2003a).

### **Amostra**

Probabilística com metodologia multiestágio.

No projeto, o tamanho da amostra foi estimado em 86 coordenadores. O cálculo da amostra foi baseado em listagem anterior, onde constavam 430 EMEF, o que totalizaria 860 coordenadores pedagógicos (catálogo do SIMPEEM, 2000). Foi então estimada uma prevalência de coordenadores conhecedores da metodologia de redução de danos de aproximadamente de 20%, um intervalo de confiança de 95%, um índice de recusa de 5%.

Como dito acima, durante o desenvolvimento da pesquisa, houve uma mudança da divisão administrativa da Secretaria de Educação da cidade de São Paulo. Apesar desta mudança da unidade administrativa para as Coordenadorias de Educação, optou-se por manter a divisão das escolas por Núcleo de Ação Educativa (NAE) como base de estratificação por dois motivos: a distribuição das escolas nos NAE é bem mais homogênea, e mantendo esta divisão, não perdemos as séries históricas das estatísticas de alunos, funções

docentes, salas de aula e demais dados das escolas municipais que estão baseadas na divisão administrativa por NAE. O sorteio das escolas foi feito eletronicamente utilizando o programa de estatística SPSS, tomando como base uma listagem final das EMEF resultante do cruzamento de informações de três listagens: catálogo do SIMPEEM (2000); página eletrônica da prefeitura de São Paulo (2001) e Diário Oficial do Município de São Paulo (2003), obtendo-se 438 EMEF.

A pesquisa foi desenhada com premissa que cada Escola Municipal de Ensino Fundamental da cidade de São Paulo (EMEF) deve ter 2 Coordenadores Pedagógicos (CP) (Moreira, 2003a). Assim, dentro de cada uma das 13 NAE foi sorteado 23% das EMEF e dentro de cada escola foi sorteado um coordenador pedagógico para entrevista. Porém, das escolas sorteadas para a amostra, 74 (75,5%) tinham 2 CP; 23 (23,5%) tinham apenas 1 CP e 1 (1%) não tinha CP. Nesta não foi possível realizar a pesquisa. Nos casos em que havia apenas um coordenador pedagógico na escola, este foi entrevistado.

Foram sorteadas 101 escolas para compor a amostra. Destas, em 12 escolas o coordenador pedagógico sorteado se recusou a colaborar com a pesquisa (índice de recusa de 12%). Somando estas ao caso da escola sem coordenador pedagógico no momento da pesquisa, resultou um índice de perda de 13%. Obtiveram-se 88 entrevistas, portanto superior ao número previsto no cálculo da amostra (n = 86).

### **Instrumento**

Quatro questionários de auto-aplicação: (1) formação do profissional e dados pessoais do CP; (2) avaliação de atitudes cotidianas em situações direta ou indiretamente relacionadas ao uso indevido de drogas<sup>1</sup>; (3) avaliação de conhecimentos sobre uso indevido de drogas e sua prevenção; e (4) avaliação da adequação da promoção de saúde e temas transversais na escola e da

---

<sup>1</sup> Definição de Atitude: “disposição mental’ mantida por um indivíduo que afeta sua maneira de responder aos eventos e de organizar seus conhecimentos. Em geral, considera-se que as atitudes apresentam três componentes ou dimensões essenciais: uma dimensão ‘cognitiva’, que compreende as crenças e racionalizações que ‘explicam’ a manutenção da atitude; uma dimensão ‘afetiva’, que compreende aspectos emocionais da atitude, como gostar, não gostar, sentimentos de aversão e afeição; e uma dimensão conativa ou comportamental, que compreende o grau de preparo do indivíduo para agir conforme a atitude que ele sustenta” (Stratton & Hayes, 2002, p.22). Difere, portanto de comportamento: “movimentos e ações que uma pessoa executa” (Stratton & Hayes, 2002, p.41).

escola promotora de saúde. Apesar dos questionários serem de auto-aplicação, foram respondidos mediante visita previamente agendada à escola, com a finalidade de aumentar a colaboração com a pesquisa por parte dos profissionais avaliados, assim como prestar maiores esclarecimentos a respeito da natureza e objetivos deste estudo. Além destes quatro questionários, o entrevistador que visitou a escola preencheu um Questionário de Avaliação do Entorno (avaliação de ambiente saudável).

O primeiro questionário contém perguntas sobre a formação acadêmica, além da participação de cursos, oficiais ou não, eventos, palestras, debates e outras fontes de informações sobre o tema do uso indevido de substâncias psicoativas e sua prevenção. Inclui dados demográficos como sexo, idade, estado civil, filhos (número e idade). O segundo questionário é relativo à atitude do profissional em situações direta ou indiretamente correlacionadas ao tema, em seu local de trabalho. É composto de vinhetas de situações típicas com alternativas de atitudes como possibilidades de resposta. O terceiro questionário destina-se a avaliar o conhecimento específico dos profissionais a respeito das diversas substâncias psicoativas, bem como questões teóricas sobre o que é prevenção do uso indevido de drogas. É constituído de perguntas fechadas, com respostas de múltipla escolha. O quarto questionário é composto de quatro partes, a saber: (1) Adequação das propostas dos Parâmetros Curriculares Nacionais com relação à promoção de saúde, incluindo drogas e sexualidade como temas transversais na escola; (2) Educação em saúde; (3) Atenção à saúde do aluno; (4) Ponte com os serviços de saúde. Também é constituído de perguntas fechadas, com respostas de múltipla escolha.

O Questionário de Avaliação de Entorno foi preenchido pelo entrevistador em visita pela escola, acompanhado pelo próprio coordenador pedagógico entrevistado, ou por outro funcionário designado pelo CP. É constituído por um roteiro de observação que inclui dados sobre a população escolar e ambiente físico: características gerais, saneamento básico, prédio escolar, instalações sanitárias, pátios e jardim, e presença de policiais.

## **Elaboração dos questionários**

Elaborados neste projeto, a partir de informações coletadas numa primeira etapa desta pesquisa, apresentada como dissertação de mestrado pela autora em 2003 (Moreira, 2003a). Nesta primeira etapa foi feito um estudo etnográfico com informações colhidas com informantes-chave, no qual foram levantadas as condições de trabalho e situações comumente vividas pelos coordenadores pedagógicos (CP) das Escolas Municipais de Ensino Fundamental da Cidade de São Paulo (EMEF). O Objetivo desta etapa foi levantar as situações mais comuns relacionadas ao uso de drogas como subsídio para a elaboração de um questionário estruturado utilizado na etapa seguinte. Os dados a respeito da formação do CP foram utilizados para ajuste do primeiro questionário. As situações mais usuais e características foram transformadas nas vinhetas do segundo questionário. As alternativas de atitude incluem as atitudes comumente tomadas, descritas nas entrevistas. Os questionários elaborados foram submetidos à validação de face.

### Validação de Face

Os Questionários 2 (atitudes) e 3 (conhecimentos) foram avaliados por dois especialistas na área de farmacodependências, escolhidos por mérito reconhecido dos seus trabalhos na área, no Brasil e internacionalmente, ligados a diferentes instituições. Os Questionários 4 e de Avaliação de Entorno foram avaliados por dois especialistas em saúde pública, no tema Escola Promotora de Saúde, escolhidos por mérito reconhecido dos seus trabalhos na área, no Brasil, também ligados a diferentes instituições. Finalmente todos os cinco questionários foram avaliados por uma Coordenadora Pedagógica experiente.

Os dois especialistas em farmacodependência, de forma independente, avaliaram as alternativas de resposta de atitude do Questionário 2 e as classificaram em: compreensivas (C), intolerantes (I) e neutras (N). Aqui, “atitude neutra” significa que a atitude não pode ser considerada nem intolerante nem compreensiva. Porém, como bem observou um dos avaliadores, o resultado de várias destas atitudes pode ser prejudicial aos alunos, pois muitas vezes caracterizam-se por atitudes de omissão, ou, nas palavras de Richard Bucher, “atitudes de avestruz” (Bucher, 1988).

A coincidência de respostas dos especialistas no questionário de conhecimentos, bem como da classificação das alternativas de atitude do Questionário 2 foi de 95%. As alternativas divergentes foram eliminadas.

### Piloto

Após a validação de face, um piloto foi feito com 8 escolas da amostra. Estas entrevistas foram realizadas pelos entrevistadores previamente treinados, que, além de realizar os procedimentos-padrão da visita e aplicação do questionário (ver item procedimentos), anotaram os comentários dos entrevistados sobre os instrumentos e a pesquisa como um todo. Como foram poucos os ajustes feitos nos questionários, as entrevistas do piloto foram aproveitadas para compor a amostra final.

### **Procedimentos**

1. Os entrevistadores foram treinados durante 6 semanas antes de iniciarem as entrevistas.
2. A aplicação dos questionários foi feita mediante visita à escola, previamente agendada por telefone, e o questionário foi respondido durante esta visita.
3. Apesar dos quatro primeiros questionários serem de auto-aplicação, estes foram preenchidos mediante a presença de entrevistador, a fim de aumentar a confiabilidade das respostas, especialmente no questionário de conhecimentos, e de aumentar a taxa de respostas à pesquisa.
4. O questionário 5 (avaliação de entorno) foi preenchido pelo próprio entrevistador, ajudado pelo CP ou por um funcionário administrativo da escola.
5. Os questionários respondidos foram colocados em envelope lacrado diante do entrevistado.
6. Para garantir o anonimato do profissional, o termo de consentimento foi assinado em folha separada do questionário, e colocado em envelope separado.
7. No fim da visita foi entregue um CD com os resultados e a discussão da primeira etapa para o entrevistado.

## **Análise dos Dados**

A hipótese do estudo foi testada por meio da análise da associação entre a formação profissional do CP e os cursos específicos sobre uso de drogas e sua prevenção, os conhecimentos sobre o assunto e suas atitudes. Esta associação foi verificada por meio de correlação de Pearson e Spearman, teste T de Student e tabelas de contingência e a significância estatística testada pelo Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher.

Foram feitas análise exploratória e inferências para estimar o grau de conhecimento e atitudes dos coordenadores pedagógicos quanto à questão das drogas e os métodos de prevenção, relacionando-os à formação do coordenador pedagógico, tempo de profissão e características das escolas.

### Análise Exploratória

Na análise exploratória, examinamos os dados gerais das EMEF; as EMEF segundo a opinião dos CP; os dados demográficos dos CP, sua formação e prática profissional e, finalmente, as escalas de atitudes e de conhecimento.

Quanto à formação dos CP, examinamos: escolaridade; a presença do tema drogas no curso preparatório para CP; a participação de algum curso sobre o tema drogas; a exposição à discussão sobre educação integral em saúde incluindo o tema drogas e à discussão direta sobre redução de danos, em algum curso que fizeram.

Para caracterizar os cursos com o tema “drogas” realizados pelos CP, estes preencheram uma tabela detalhada informando duração, carga horária e periodicidade dos cursos feitos. Através destas informações, os cursos foram classificados segundo os parâmetros da Portaria GM/MS nº 816, de 20 de abril de 2002, do Ministério da Saúde em: especialização, com carga horária mínima de 360hs; capacitação, com carga horária mínima de 110hs; Informação Técnica (extensão universitária) com carga horária mínima de 40hs e oficina/congresso/encontro, se carga horária inferior a 40hs.

### Escalas de Atitudes e Conhecimentos

Para elaborar a escala de atitudes dos CP, as alternativas de resposta do questionário 2 foram classificadas em compreensivas, intolerantes ou

neutras (pelos pesquisadores principais e por 2 avaliadores, de forma independente, conforme descrito sobre a validação de face). Foram atribuídos os valores +1 (compreensivas); -1 (intolerantes) e 0 (neutras) para a obtenção do escore das atitudes por situação e geral (somatória dos escores de cada situação).

As atitudes neutras foram somadas e analisadas separadamente. Além do escore geral das atitudes neutras, estas foram separadas em blocos para análise particularizada, a saber:

1. Alternativas de dificuldade;
2. Alternativas de espera no tempo (não ação);
3. Respostas de medo de retaliação.

#### *Alternativas de dificuldade*

A alternativa: “A gente tem um pouco de dificuldade de fazer essa intervenção. Não temos uma atitude padrão” repetiu-se propositalmente em 4 situações, a somatória destas alternativas compôs uma variável à parte denominada alternativa de dificuldade.

#### *Alternativas de espera no tempo (não ação)*

Foram consideradas alternativas de não ação ou de espera no tempo, compondo nova variável:

(Situação 1) Este tipo de situação costuma se resolver com o tempo.

(Situação 2) O melhor é fazer de conta que nada está acontecendo. Com o tempo, as coisas vão se acomodar.

(Situação 3) Esta situação é transitória, faz parte da chamada “crise de adolescência”, o tempo é a melhor intervenção.

(Situação 5) O melhor é fingir que não está acontecendo nada. No dia seguinte os alunos estarão de volta ao normal...

(Situação 7) Isto é típico da adolescência, o melhor é fingir que não está acontecendo nada...

#### *Respostas de medo de retaliação*

Foram consideradas alternativas de resposta de medo de retaliação, compondo nova variável:

(Situação 2) Com a gravidade da situação, o melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação. É preciso manter a segurança dos profissionais da escola.

(Situação 3) O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação.

(Situação 4) O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação.

(Situação 5) O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação.

(Situação 8) O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação.

#### *Alternativa de Chamada da Guarda Civil Metropolitana*

Além dos três blocos de atitudes neutras acima descritos, um bloco de atitudes intolerantes também sofreu análise particular. A alternativa: “Acionar a guarda civil metropolitana” (GCM) repetiu-se propositadamente em 4 situações, a somatória destas alternativas compôs uma variável à parte.

#### Conhecimento sobre uso indevido de drogas e sua prevenção

Quanto à escala de conhecimentos dos CP, para cada uma das dez questões foi gerado um escore de 0 a 10. Nas questões 1 e 2, e de 6 a 10, sempre havia mais de uma alternativa correta, portanto o escore foi gerado dividindo-se o número de alternativas certas pelo número de alternativas existentes e multiplicando o resultado por dez. Nas questões 3, 4 e 5, cuja proposta era a identificação de quadros de intoxicação ou psicopatológicos, e tinham apenas uma alternativa correta, foi considerado 10 se acertou o quadro e zero se errou o quadro ou assinalou mais que uma alternativa (não houve precisão no acerto). Para obter o escore geral de conhecimento dos CP, somaram-se estes 10 resultados, numa escala de 0 a 100.

#### *Somatória de respostas “não sei”*

Em cada uma das 10 questões, havia a alternativa “não sei”, que poderia ser assinalada independentemente se a questão foi respondida ou não. Foi calculada a somatória das respostas “não sei” como uma variável à parte, e

estas respostas foram retiradas do denominador na formação do escore geral de conhecimento dos CP.

### Análise Descritiva

Para a análise descritiva, comparamos os escores das escalas de atitudes e de conhecimento com: características das EMEF, dados demográficos do CP, experiência profissional do CP e formação do CP. Então fizemos a comparação dos escores parciais e finais das escalas de atitudes e de conhecimento.

### Regressão Linear múltipla

As influências do conhecimento do coordenador pedagógico nas suas atitudes foram investigadas utilizando um modelo de regressão linear múltipla, no qual as características das escolas e o perfil dos CP foram colocados como variáveis de controle. O modelo foi construído a partir dos resultados das análises univariadas, no qual foram incluídas as variáveis com associações estatisticamente significantes, tomando como parâmetro o valor de p menor do 10%.

## **RESULTADOS**

### **Amostra**

A distribuição das perdas da amostra (recusas e impossibilidade de realizar a pesquisa) entre os NAE foi relativamente homogênea, com exceção das NAE 2 e 13, com 50% de perda. Na NAE 2 foram 4 recusas e na NAE 13 foram 2 recusas e 1 escola sem CP. Segundo as séries históricas de dados da Secretaria de Educação da Cidade de São Paulo (Moreira 2003), com relação ao de número de alunos, funções docentes e número de EMEF, a NAE 2 está exatamente na média das 13 NAE: 35 EMEF (a mediana de EMEF nas NAE é 30 e a média é  $34 \pm 9,5$ ) e razão aluno/CP = 613 (a mediana desta razão nas NAE é 613 e a média é  $615,8 \pm 93$ ); já a NAE 13 tem um menor número de EMEF (27) e maior razão aluno/CP (641). Observando-se a distribuição geográfica, as perdas foram homogeneamente distribuídas, sendo, no máximo uma escola perdida por distrito da cidade.

As justificativas das recusas podem ser divididas em dois grupos:

1. Indisponibilidade de tempo do CP sorteado para a entrevista;
2. Discordância do CP (ou, em um caso, do diretor da escola) em fornecer os dados da entrevista, mesmo após esclarecimentos, mediante visita e conversa pessoal, sobre a natureza da pesquisa.

Dois dos entrevistados se recusaram a responder os questionários 1 e 2 (caracterização do CP e avaliação de atitudes), respondendo apenas os questionários 3, 4 e 5.

### **Número de Coordenadores Pedagógicos (CP)**

Das escolas que se recusaram a participar da pesquisa, 7 (58,3% das 12 recusas) tinham apenas 1 CP. Nas escolas entrevistadas, em 69 (81,2% das 88 escolas entrevistadas) havia 2 CP.

O número de CP de uma EMEF não se mostrou correlacionado com nenhum outro dado da estrutura escolar: população escolar (número de alunos e professores); número de salas de aula; razão aluno/professor; índice de ocupação das salas de aula; período de funcionamento da escola, etc.

### As Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF)

As escolas visitadas funcionam, em média, há  $29 \pm 16,8$  anos. A mediana é 30 anos, e a variação foi de 3 a 62 anos.

#### População Escolar

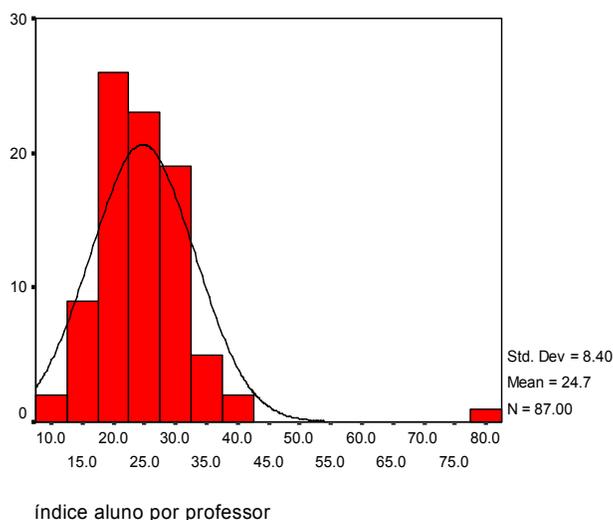
Número de alunos: média de  $1510 \pm 653$ ; mediana de 1350; variando de 300 a 3200.

Número de professores: média de  $64 \pm 30$ ; mediana de 60; variando de 10 a 200.

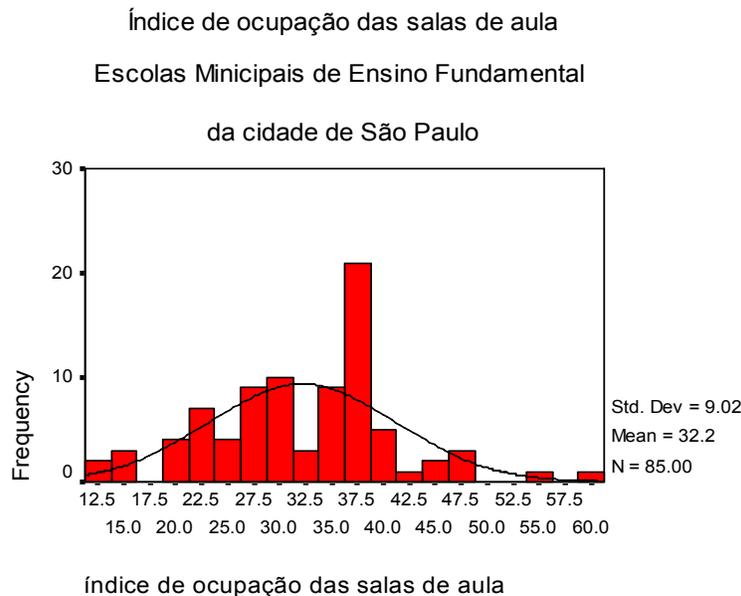
O número de períodos de funcionamento da escola variou de 2 a 4, sendo que 36,8% das escolas visitadas funcionam com 3 períodos e 60,9% funcionam com 4 períodos (matutino, intermediário, vespertino e noturno).

A razão aluno/professor encontrada foi, em média,  $24,7 \pm 8,4$ ; a mediana foi 23; o valor mínimo 12 e o valor máximo 80. Em 75% das escolas obteve-se a razão aluno/professor até 28,5. (ver Gráfico 1)

**Gráfico 1 - Razão aluno / professor nas escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.**



Foi calculado o índice de ocupação das salas de aula, dividindo-se o número de alunos pelo produto do número de salas de aula e número de períodos de funcionamento da escola. O índice médio encontrado foi  $32,2 \pm 9$ ; a mediana foi 34; o valor mínimo 11,9 e o valor máximo 60. (ver Gráfico 2)

**Gráfico 2:**

### Localização da escola

Quanto ao zoneamento, 25% das escolas estão localizadas em zona residencial e 75% em zona comercial ou mista. Com relação aos estabelecimentos próximos à escola, 80% das escolas têm bares, 83,5% têm padarias; 50,6% têm fliperama; 16,5% têm fábricas e 57,6% têm UBS próximos.

### Saneamento Básico

Quanto à procedência da água, 100% das escolas visitadas contam com a rede pública; 100% contam com caixas d'água com cobertura. Quanto à frequência de limpeza das caixas 58% das escolas visitadas relataram limpeza semestral das caixas d'água; 13,6% limpeza anual e 28,4% relatou frequência menor que anual ou não souberam informar a frequência. Quanto à utilização da água, em 88,6% das escolas visitadas havia filtros ou bebedouros. Em 15,9% das escolas foi relatado consumo de água direto da torneira. Em mais de 70% das escolas, a coleta de lixo é feita 3 vezes por semana. Com relação ao esgoto, 96,5% das escolas contam com rede pública; 1,1% possui fossas sépticas e 2,3%, fossas negras.

### Prédio Escolar

Quanto ao tipo de construção, 88,6% das escolas visitadas são de alvenaria; 4,5% são de container (“lata”); 1,1% são de madeira e 5,7% são mistas (em geral, tinham algumas salas de aula de “lata”).

O número de salas de aula das escolas visitadas foi  $13,5 \pm 6,4$ ; a mediana de 12, a variação foi de 4 a 56 salas. 75% das escolas tinham até 16 salas de aula. 4,7% das escolas não têm biblioteca; 3,6% não têm pátio coberto e 13% não têm pátio descoberto.

### Proteção contra incêndios

Em 11,5% das escolas não havia extintores de incêndio. Em 6,9% das escolas que têm extintores de incêndio, estes estavam com a validade vencida no momento da visita. Em 20,5% das escolas não há mangueira contra incêndios. Sobre a realização de algum treinamento contra incêndio, não obtivemos resposta em 29 questionários, perda de 33% da amostra. Dos questionários respondidos, 10,2% afirmou ter algum treinamento e 89,8% negou existência de treinamentos. Em várias escolas que não havia extintores de incêndio, foi relatado que os mesmos ficavam trancados, pois os alunos os esvaziavam causando desordem. Em uma escola foi relatado que faltam verbas para a manutenção dos equipamentos de proteção contra incêndio.

### Presença de policiais

Quanto à presença de policiais nas escolas, no caso a Guarda Civil Metropolitana – GCM, encontramos: dentro da escola (31,8%); fora da escola, (45,9%); dentro e fora da escola (14,1%) e ausência de policiais (8,2%). Ou seja, em 45,9% das ENEF havia policiais em seu interior. Em algumas escolas que não havia policiais no seu interior, foi informado que a rotina da GCM era entrar somente para assinar o ponto e permanecer todo o restante do tempo do lado de fora da escola.

### **Os Coordenadores Pedagógicos (CP)**

Os dados demográficos dos coordenadores pedagógicos entrevistados estão representados na tabela 2:

**Tabela 2 – Dados demográficos dos Coordenadores Pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.**

<b>Gênero</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	77	91,7
Masculino	7	8,3
<b>Religião</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Católica	51	67,1
Protestante (Luterana, Anglicana ou Adventista)	3	3,9
Evangélicas ou Neoprotestantes ou Pentecostais	2	2,6
Espírita	12	15,8
Agnóstico ou ateu	2	2,6
Judaica	0	0
Muçulmana	0	0
Outros	6	7,9
<b>Prática religiosa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nenhuma frequência informada	33	39,3
Alguma frequência informada	51	60,7
<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteiro(a)	29	34,1
Casado(a)/ Amasiado(a)/ União Estável/ Coabitação	43	50,6
Separado/ Divorciado(a)	10	11,8
Viúvo(a)	3	3,5
<b>Tem filhos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	35	41,2
Sim	50	58,8
<b>Tem ao menos 1 filho criança (entre 0 e 12 anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	62	74,7
Sim	21	25,3
<b>Tem ao menos 1 filho adolescente (entre 13 e 17 anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	63	75,9
Sim	20	24,1
<b>Naturalidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Grande São Paulo	67	81,7
Outros municípios de estado de São Paulo	9	11
Outros estados	6	7,3

Com relação à idade, os CP apresentaram média de  $43 \pm 6,9$  anos, mediana de 43,5 anos, variando do mais novo com 28 anos e o mais velho com 64 anos, sendo que 75% dos CP tinham até 47 anos.

#### Formação dos Coordenadores Pedagógicos (CP)

De acordo com a legislação, para ser coordenador pedagógico é necessário ter nível superior. No caso da graduação não ser em pedagogia, o CP deve realizar um curso de complementação pedagógica. Dos entrevistados, 83% (N = 73) fizeram graduação em pedagogia. Cinco entrevistados (5,7%) não responderam às questões referentes à escolaridade (aqui estão incluídos os dois CP que não responderam os questionários 1 e 2). A escolaridade dos coordenadores pedagógicos está detalhada na Tabela 3.

**Tabela 3 – Escolaridade dos Coordenadores Pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.**

Escolaridade	N	%	Valid %
Nível superior	49	55,7	59,0
Especialização	28	31,8	33,7
Mestrado	6	6,8	7,2
Total	83	94,3	100
Missing	5	5,7	
Total	88	100	

Apenas 17,3% dos entrevistados afirmaram que fizeram algum curso preparatório ao tornar-se coordenador pedagógico. A informação de se e como o tema drogas foi abordado no curso preparatório para CP está sintetizada na Tabela 4.

**Tabela 4 - Tema drogas no curso preparatório para Coordenadores Pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.**

Tema drogas no curso preparatório para CP	N	%	Valid %
Não fez curso para CP	67	76,1	84,8
Sim, diretamente (aula específica sobre o tema)	2	2,3	2,5
Sim, indiretamente (durante aula sobre outro tema)	4	4,5	5,1
Sim, em discussões com o professor/ palestrante após a aula	3	3,4	3,8
Não	3	3,4	3,8
Total	79	89,8	100
Missing	9	10,2	

Mais da metade dos entrevistados (57,3%) respondeu que participou de algum curso sobre o tema drogas independente da formação para CP, os cursos são mostrados na Tabela 5.

**Tabela 5 - Cursos sobre Drogas freqüentados pelos Coordenadores Pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.**

Curso sobre Drogas	N	%	Valid %
nenhum curso	32	36,4	42,7
oficina/congresso/encontro	17	19,3	22,7
Informação Técnica (extensão universitária)	19	21,6	25,3
capacitação	6	6,8	8
especialização	1	1,1	1,3
Total	75	85,2	100

Missing	13	14,8
Total	88	100

Com relação a qualquer curso feito pelos entrevistados, foi perguntado se houve discussão sobre educação integral em saúde incluindo o tema drogas: 19,3% responderam que sim, em discussão em aula específica deste tema; 26,1% responderam que sim, em discussão em meio a aulas de outros temas relacionados; 34,1% responderam que não e 20,5% não responderam à questão (incluindo os 2 CP que não responderam os questionários 1 e 2). Da mesma forma, foi perguntado se houve discussão direta sobre redução de danos, em algum curso que fizeram: 20,5% responderam que sim, em discussão em aula específica deste tema; 21,6% responderam que sim, em discussão em meio a aulas de outros temas relacionados; 37,5% responderam que não e 20,5% não responderam à questão (incluindo os 2 CP que não responderam os questionários 1 e 2).

A questão sobre se o entrevistado estava fazendo algum curso naquele momento foi subestimada pelo fato de muitas entrevistas terem sido realizadas nos meses de janeiro e fevereiro. Mesmo assim, 28,4% responderam positivamente. Destes 30% disseram estar fazendo o curso “Vamos Combinar”, oferecido pela prefeitura sobre o tema drogas, com carga horária de 30hs.

### Prática profissional dos Coordenadores Pedagógicos (CP)

A grande maioria (87,3%) dos entrevistados respondeu ser concursado. E 9,8% têm apenas turmas do nível básico - ciclo I (antigas 1ª. a 4ª. séries) sob sua responsabilidade atual, ou seja, não têm sob sua responsabilidade turmas com adolescentes.

Os entrevistados são Coordenadores Pedagógicos, em média, há  $5,4 \pm 4$  anos. A mediana é 4 anos, e a variação foi de 1 a 20 anos; 80,7% eram professores antes de ser CP. Eles trabalham nesta mesma escola, em média, há  $5,3 \pm 3,8$  anos. A mediana é 4 anos, e a variação foi de 1 a 20 anos. Tempo total de trabalho em escolas, em média, é de  $18,9 \pm 7,4$  anos. A mediana é 19 anos, e a variação foi de 2 a 45 anos. Tempo de trabalho como professor, em média, é de  $14,5 \pm 6,2$  anos. A mediana é 15 anos, e a variação foi de 2 a 28 anos. Houve uma única resposta com menos de 3 anos (2 anos), tempo mínimo de experiência como professor exigido para ocupar o cargo de CP.

## **As Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), segundo os Coordenadores Pedagógicos (CP).**

### Adequação da promoção de saúde e outros temas transversais na escola

#### *Tema saúde*

Todos os entrevistados (100%) responderam que acreditam que a escola é um espaço adequado para se trabalhar temas ligados à saúde, entretanto, 70,5% acha que isso é possível com todos os alunos e apenas 19,3% consideram que todos os professores estão preparados.

#### *Tema drogas*

Quase todos os entrevistados (97,7%) acreditam que a escola é um espaço adequado para se trabalhar temas ligados ao uso de drogas, entretanto, pouco mais da metade (52,3%) acha isso possível com todos os alunos da sua escola, sendo que mais da metade (59,1%) considera que a minoria dos professores está preparada.

#### *Tema sexualidade*

Todos os coordenadores pedagógicos (100%) responderam acreditarem que a escola é um espaço adequado para se trabalhar temas ligados à sexualidade. Entretanto, 61,4% acha isso possível com todos os alunos da sua escola, sendo que 62,5% considera que a minoria dos seus professores tem este preparo.

### Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e Temas Transversais (TT)

Apenas 19% dos coordenadores pedagógicos responderam acreditar que todos os professores da escola em que trabalham conhecem os parâmetros curriculares propostos pelo Ministério da Educação em 1997. A grande maioria dos coordenadores pedagógicos (94,3%) respondeu achar possível trabalhar com os PCN na sua escola, porém apenas 17,2% respondeu acreditar que todos os professores de sua escola estão preparados.

Quase a décima parte dos entrevistados (9,5%) não acha possível trabalhar com a proposta dos temas transversais de ensino na sua escola.

Apenas 16,1% acredita que todos os professores de sua escola estão preparados para trabalhar com a proposta dos temas transversais de ensino.

### Educação em saúde

Em 3,4% das escolas, a educação em saúde não consta no seu projeto político-pedagógico; 4,5% não realizam qualquer atividade de educação em saúde e 15% não realizam ações de prevenção de acidentes.

As diferenças entre as proporções de ações previstas comparadas com as realizadas foram significantes ( $p < 0,01$ ) para: palestras com convidados (51% contra 60%), aulas curriculares (42%; 58%); projetos ligados a uma única disciplina (17%; 51%); eventos especiais como “semana de debates” (28%; 22%) e projetos multidisciplinares (66%; 61%).

As diferenças entre as proporções de ações previstas comparadas com as ações de prevenção de acidentes realizadas também foram significantes ( $p < 0,01$ ) para: palestras com convidados (51% contra 12,6%), aulas curriculares específicas (42%; 23%); projetos ligados a uma única disciplina (17%; 26,4%); eventos especiais como “semana de debates” (28%; 8%) e projetos multidisciplinares (66%; 41,4%).

Ainda sobre prevenção de acidentes, 63,2% dos casos o tema aparece em outras aulas curriculares não específicas; em folhetos distribuídos em 14,9%, e é trabalhado na forma de cartazes em 29,9% dos casos.

### Atenção à saúde do aluno

Em 67,1% das escolas foi relatada presença de alunos com problemas de saúde no ano letivo de 2004. Muitos entrevistados (26,1%) não responderam se os professores de sua escola percebem que o aluno está com problemas de saúde. Daqueles que responderam, mais da metade (69,2%) considera que os professores percebem com facilidade; 26,2% acham que os professores o fazem com dificuldade e 4,6% acreditam que professores não percebem que o aluno está com problemas de saúde.

A maioria dos coordenadores pedagógicos (89,7%) respondeu que os professores de sua escola têm percebido nas crianças algum problema relacionado com a visão. Porém, 39,3% respondeu que os professores não têm percebido nas crianças problemas relacionados com a audição.

Apenas um entrevistado (1,1%) respondeu que, desde o início do ano de 2004, não foram identificadas crianças com dificuldades de aprendizagem relacionadas ou não à saúde. A grande maioria (69%) respondeu que foram identificadas muitas crianças e 29,9% respondeu que foram poucas crianças identificadas com dificuldade de aprendizagem.

Em 84,1% das escolas existe formulário para anotações de problemas, para o acompanhamento de saúde e doença das crianças. Em 48,8% das escolas, muitas vezes os pais trazem a carteira de vacinação das crianças; em 28,6% poucas vezes os pais trazem e em 22,6% das escolas os pais não trazem a carteira de vacinação das crianças para a escola controlar a imunização.

Dos entrevistados, 70,4% respondeu que identifica algumas condições que podem provocar ou favorecer acidentes. Entre as condições identificadas, 21,8% assinalaram canto vivo (pontagudo) ou pontas fixas; 31%, bancos soltos ou canos em quadras ou pátios; 26,4% assinalaram parafusos ou ganchos de rede ou outros objetos pontiagudos; 20,7%, materiais em desuso acumulados no pátio; 27,6%, piso escorregadio e 19,5% assinalaram piso elevado sem proteção.

A grande maioria dos entrevistados (73,9%) relatou que ocorreram poucos acidentes em 2004 dentro da sua escola; 4,5% assinalaram que foram muitos acidentes e 21,6% responderam que não houve acidentes com as crianças dentro da escola. Os acidentes assinalados foram: “cortes” (58%); “contusões” (55,7%); “batidas ou pancadas na cabeça” (46,6%); “fraturas” (18,2%); “atropelamento no caminho para a escola” (9,1%); “atropelamento na frente da escola” (8%); “algum atropelamento” (15,9%).

Em 63,6% das escolas visitadas foi informada a existência de casos de alunas adolescentes que engravidaram no ano de 2004. A média de alunas grávidas foi de  $1,9 \pm 2,1$ ; a mediana foi 2, e a variação foi de 0 a 10 alunas grávidas em 2004.

#### Integração da escola com os serviços de saúde

O encaminhamento dos alunos com problemas de saúde foi considerado “de inteira responsabilidade dos pais” por 6,9% dos entrevistados.

A grande maioria (73,6%) dos coordenadores pedagógicos assinalou que a escola costuma encaminhar os alunos com problemas de saúde preferencialmente para a UBS; apesar de 43,7% assinalarem que a escola tem dificuldade em encaminhar os alunos, 39,1% assinalaram que a escola tem uma relação de parceria com a UBS. Considerando encaminhamentos tanto para UBS como para hospitais, 45,5% assinalou que a escola tem dificuldade e 12,6% que são muito distantes.

A maioria dos entrevistados (68,2%) afirmou que poucas vezes os pais trazem informações após o encaminhamento das crianças aos serviços de saúde; 23,9% afirmou que muitas vezes acontece o retorno das informações e 8% assinalou que os pais não trazem informações após o encaminhamento.

Quanto à afirmação que há integração entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação, 4,5% dos entrevistados responderam que sempre; 19,3% responderam que em muitas situações; 50% das respostas foi que em poucas situações e na opinião de 23,9% dos entrevistados não existe tal integração.

### **Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos (CP)**

#### Situação 1

Aluna antiga da escola apresenta mudança de comportamento, tornando-se agressiva e desrespeitosa. Foram feitas várias intervenções disciplinares e pedidos de comparecimento dos pais à escola, sem sucesso.

#### *Alternativas de atitudes assinaladas:*

- Investigar junto à família se a aluna pode estar passando por problemas familiares ou emocionais (73,6%);
- Uma visita domiciliar ajudará a entender o caso e pensar no encaminhamento (33,3%);
- Conversar com a menina é o primeiro passo (83,9%).
- Esta menina precisa de limites (4,6%).
- Este tipo de situação costuma se resolver com o tempo (3,4%).

*Alternativas não assinaladas:*

- Todas as chances foram dadas à aluna, ela deve ser devidamente repreendida (100%);
- Deve-se pensar em transferir a aluna de escola (100%).

A média dos escores dessa situação foi  $1,9 \pm 0,7$ , a mediana foi 2 e a variação foi 0 a 3. Nenhum valor negativo (resultante intolerante) foi obtido. Os valores possíveis variavam entre -3 e +3, ou seja o valor 2 encontrado representa atitudes mais tolerantes.

Situação 2

Aluno em Liberdade Assistida (LA), com problemas de comportamento e trazendo conflitos à escola.

*Alternativas de atitudes assinaladas:*

- Deve-se tentar um contato com o profissional que faz o acompanhamento, o fiscal de L.A. (74,7%);
- Seria útil realizar um ciclo de debates sobre o Estatuto de Criança e do Adolescente - ECA (58,6%);
- Com a gravidade da situação, cabe o pedido do afastamento do aluno desta escola (5,7%);
- Deve-se acionar a guarda civil metropolitana (2,3%);
- A gente tem um pouco de dificuldade de fazer essa intervenção. Não temos uma atitude padrão (33,3%).

*Alternativas não assinaladas:*

- O melhor é fazer de conta que nada está acontecendo. Com o tempo, as coisas vão se acomodar (100%);
- Com a gravidade da situação, o melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação. É preciso manter a segurança dos profissionais da escola (100%).

A média dos escores dessa situação foi  $1,2 \pm 0,8$ , a mediana foi 1 e a variação foi -1 a 2. Os valores possíveis variavam entre -2 e +2, ou seja o valor 1 encontrado representa atitudes mais tolerantes.

### Situação 3

Aluna alcoolizada na escola.

#### *Alternativas de atitudes assinaladas:*

- Um trabalho com a família pode ser tentado (78,2%);
- A aluna deve ser estimulada a participar de atividades extracurriculares (57,5%);
- A escola deve chamar especialistas para orientarem o corpo docente sobre alcoolismo (43,7%);
- Uma palestra, alertando sobre o potencial do álcool em causar danos ao organismo com exemplos extremos, poderá assustar a garota fazendo-a parar de beber (21,8%);
- Ao se envolver com outras atividades como o grêmio escolar, ela pode ser uma má influência para os colegas (1,1%)
- A aluna deve ser encaminhada para internação devido ao alcoolismo (4,6%);
- Esta situação é transitória, faz parte da chamada crise de adolescência... (1,1%);
- A gente tem um pouco de dificuldade de fazer essa intervenção. Não temos uma atitude padrão (20,7%).

#### *Alternativa não assinalada:*

- O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação (100%).

A média dos escores da situação 3 foi  $1,5 \pm 1$ , a mediana foi 2 e a variação foi -1 a 3. Os valores possíveis variavam entre -3 e +3 ou seja o valor 2 encontrado representa atitudes mais tolerantes.

### Situação 4

Alunos fumando maconha no banheiro da escola.

#### *Alternativas de atitudes assinaladas:*

- Deve-se dar o limite do que é permitido ou não dentro da escola, incentivando atividades extra-curriculares (62,1%);
- Faz-se necessário acompanhar cada aluno em seu desempenho escolar e observar se foi um fato isolado (55,2%);
- Deve-se contatar a família (52,9%);

- A escola deve chamar especialistas para orientarem o corpo docente sobre dependência química (32,2%);
- Chamar especialistas para darem palestras sobre dependência química, para assustar os alunos com casos verídicos de dependentes químicos que morreram ou foram presos, na expectativa de fazê-los parar de usar drogas (8%);
- Deve-se alertar a guarda civil metropolitana (13,8%);
- A gente tem um pouco de dificuldade de fazer essa intervenção. Não temos uma atitude padrão (17,2%);
- Chamar especialistas para darem palestras sobre dependência química, com informações científicas neutras (47,1%);

*Alternativas não assinaladas:*

- O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação (100%);
- Devem-se convidar os alunos a se retirarem da escola: são má influência para os demais alunos (100%).

A média dos escores nessa situação foi  $1,8 \pm 1,1$ , a mediana foi 2 e a variação foi -1 a 4. Os valores possíveis variavam entre -2 e +4 ou seja o valor 2 encontrado representa atitudes mais tolerantes.

Situação 5

Alunos cheirando cola na frente da escola antes da aula.

*Alternativas de atitudes assinaladas:*

- Minha orientação é ficar observando e, em caso de reincidência, fazer contato com a família (73,6%);
- O que os professores costumam fazer quando notam alguma coisa é: preparar, naquela sala que o menino está, um texto com jornais e discutir o tema com toda a sala. (72,4%);
- Deve-se alertar a guarda civil metropolitana (13,8%).

*Alternativas não assinaladas:*

- O melhor é fingir que não está acontecendo nada. No dia seguinte os alunos estarão de volta ao normal. Se chamarmos a atenção, vai criar um tumulto, e é isso o que eles querem (100%);
- O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação (100%).

A média dos escores nessa situação foi  $1,3 \pm 0,7$ , a mediana foi 1 e a variação foi -1 a 2. Os valores possíveis variavam entre -1 e +2, ou seja o valor 1 encontrado representa atitudes tolerantes, entretanto próximo da neutralidade.

### Situação 6

Aluno dependente químico, família informa a escola.

#### *Alternativas de atitudes assinaladas:*

- O garoto deve ser consultado sobre o procedimento a seguir (32,2%);
- A escola deve procurar contatos ou parcerias com a rede de assistência à saúde, facilitando a integração do tratamento com a escola onde o garoto estuda (90,8%);
- Resistência e negação são comuns nesses casos, sendo indicados: desintoxicação compulsória e imposição de tratamento (3,4%);
- O tratamento deve ser realizado em ambiente distante, de preferência em outra cidade e o garoto deve ser mudado de escola, para facilitar a mudança de companhias e hábitos (3,4%);
- O encaminhamento para o tratamento é responsabilidade da família, não da escola (14,9%).

A média dos escores dessa situação foi  $1,2 \pm 0,7$ , a mediana foi 1 e a variação foi -1 a 2. Os valores possíveis variavam entre -2 e +2, ou seja o valor 1 encontrado representa atitudes mais tolerantes.

### Situação 7

Alunos bebendo em passeio da escola.

#### *Alternativas de atitudes assinaladas:*

- Promover uma discussão, no dia seguinte, com todos os alunos (os que beberam e os que não beberam) a respeito do ocorrido. (89,7%);
- Acompanhar cada aluno implicado em seu desempenho escolar e observar se foi um fato isolado. (58,6%).
- Suspender este tipo de passeio (1,1%);
- Isto é típico da adolescência, o melhor é fingir que não está acontecendo nada. No dia seguinte os alunos estarão de volta ao normal. Se chamarmos a atenção, vai criar um tumulto, e é isso o que eles querem (1,1%);

A média dos escores dessa situação foi  $1,5 \pm 0,6$ , a mediana foi 2 e a variação foi 0 a 2. Nenhum valor negativo (resultante intolerante) foi obtido. Os valores possíveis variavam entre -1 e +2, ou seja o valor 2 encontrado representa atitudes mais tolerantes.

### Situação 8

Alunos recebendo drogas no portão.

#### *Alternativas de atitudes assinaladas:*

- A gente convida esses alunos para entrar para a quadra, para ver um vídeo, para desenvolver algum tipo de jogo. A gente evita que eles fiquem ociosos ali na porta da escola (40,2%);
- O que os professores costumam fazer quando notam alguma coisa é: preparar, naquela sala que os meninos estão, um texto com jornais e discutir o tema com toda a sala (52,9%);
- Acompanhar cada aluno implicado em relação ao seu desempenho escolar e observar se foi um fato isolado (53,5%).
- Proibir os alunos a ficar no portão da escola enquanto ainda não é horário de aula (8%);
- Acionar a guarda civil metropolitana (29,9%);
- A gente tem dificuldade em fazer uma intervenção. Não temos uma intervenção padrão (17,2%);

#### *Alternativa não assinalada:*

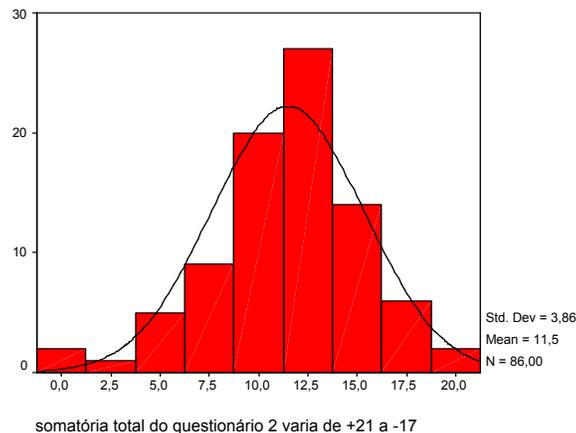
- O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação (100%).

A média dos escores dessa situação foi  $1,09 \pm 1,02$ , a mediana foi 1 e a variação foi -1 a 3. Os valores possíveis variavam entre -2 e +3, ou seja o valor 1 encontrado representa atitudes tolerantes, porém próximo da neutralidade.

### Somatória total das atitudes (escala de atitudes)

A média da somatória total das atitudes foi  $11,5 \pm 3,8$ , a mediana foi 12 e a variação foi 1 a 19. Os valores possíveis variam entre -17 e +21 (ver gráfico 3), ou seja, no geral, os valores encontrados representam atitudes mais tolerantes.

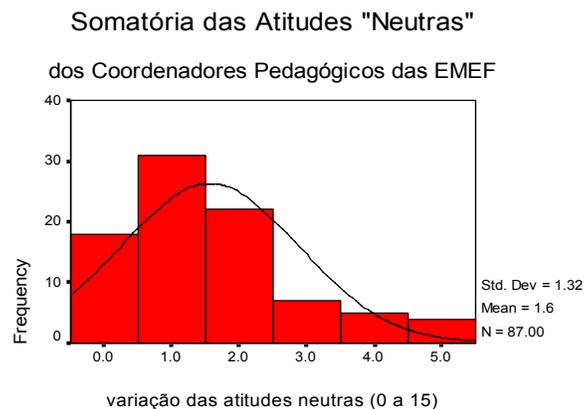
**Gráfico 3 - Escala de Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo.**



### Somatória das atitudes “neutras”

A média da somatória total das atitudes “neutras” foi  $1,56 \pm 1,32$ , a mediana foi 1 e a variação foi 0 a 5. Os valores possíveis variavam entre 0 e 15 (ver gráfico 4), ou seja, estas atitudes foram muito pouco assinaladas.

Gráfico 5



### Somatória das respostas de chamada da GCM

A média da somatória das respostas de chamada da GCM foi  $0,6 \pm 0,9$ , a mediana foi 0 e a variação foi 0 a 3. Os valores possíveis variam entre 0 e 4, ou seja, estas atitudes foram pouco assinaladas.

### Somatória das respostas de dificuldade

A média da somatória das respostas de dificuldade foi  $0,9 \pm 1,3$ , a mediana foi 0 e a variação foi 0 a 4. Os valores possíveis variam entre 0 e 4, ou seja, estas atitudes foram pouco assinaladas.

### Somatória das respostas de não ação (espera no tempo)

A média da somatória das respostas de não ação foi  $0,1 \pm 0,2$ , a mediana foi 0 e a variação foi 0 a 1. Os valores possíveis variam entre 0 e 5, ou seja, estas atitudes foram muito pouco assinaladas.

### Somatória das respostas afastando aluno da escola

A média da somatória das respostas de afastamento do aluno da escola foi  $0,1 \pm 0,3$ , a mediana foi 0 e a variação foi 0 a 2. Os valores possíveis variam entre 0 e 4, ou seja, estas atitudes foram pouco assinaladas.

### Respostas de medo de retaliação

Nenhuma alternativa assumindo medo de retaliação foi assinalada.

## **Conhecimentos dos Coordenadores Pedagógicos (CP)**

### Q1 - Fatores relacionados ao risco

*As alternativas assinaladas foram:*

- Companhias inadequadas (71,6%);
- Situação de conflito familiar intenso ou prolongado (89,8%);
- Má adaptação social (52,3%);
- Pais com problemas de uso indevido de álcool e outras drogas (87,5%);
- Freqüentar clubes noturnos (17%);
- Não ter religião (9,1%);
- Apresentar problemas psicológicos (22,7%);
- “não sei” (2,3%).

A média dos escores encontrados para a questão 1 foi  $5,9 \pm 1,6$ ; a mediana foi 5,7 e a variação foi 1,4 a 8,6.

### Q2 - Ações ou atitudes efetivas de prevenção

*As alternativas assinaladas foram:*

- Palestras eventuais proferidas por autoridades médicas em sala de aula (62,5%);
- Palestras eventuais proferidas por autoridades policiais em sala de aula (35,2%);

- Revistas surpresa (5,7%);
- O professor responder às perguntas sobre sexo, fumo, álcool e outras drogas de seus alunos (71,6%);
- Programas de incentivo a esportes e atividades artístico-culturais (94,3%);
- Comunicar e orientar os pais sobre o comportamento excessivamente irrequieto de um aluno do ciclo básico (50%).

*Não foi assinalada a alternativa:*

- “não sei” (100%).

A média dos escores encontrados para a questão 2 foi  $6,9 \pm 1,9$ ; a mediana foi 6,7 e a variação foi 3,3 a 10.

Q3 - Quadro: rindo muito, com muita fome, falando mole, com olhos vermelhos.

*As alternativas assinaladas foram:*

- Intoxicação aguda por maconha (48,9%);
- Intoxicação aguda por cocaína (10,2%);
- Intoxicação crônica por múltiplas drogas (8%);
- Transtorno de atenção e hiperatividade (4,5%);
- Transtorno de conduta (8%);
- “não sei” (34,1%).

Quem identificou o quadro de intoxicação por maconha (ver gráfico 5):

**Gráfico 5**

Identificação do quadro de intoxicação por maconha  
pelos Coordenadores Pedagógicos das EMEF



Q4 - Quadro: falta de apetite, irritabilidade, inquietude, tiques nas mãos ou boca, dilatação das pupilas, falando muito.

*As alternativas assinaladas foram:*

- Intoxicação aguda por maconha (5,7%);
- Intoxicação aguda por cocaína (38,6%);
- Intoxicação crônica por múltiplas drogas (13,6%);
- Transtorno de atenção e hiperatividade (2,3%);
- Transtorno de conduta (8%);
- “não sei” (39,8%).

Quem identificou quadro de intoxicação por cocaína (ver gráfico 6):

**Gráfico 6**

Identificação do quadro de intoxicação por cocaína  
pelos Coordenadores pedagógicos das EMEF



Q5 - Quadro: comportamento violento; comete múltiplos delitos; não segue as normas da escola; não reconhece autoridades.

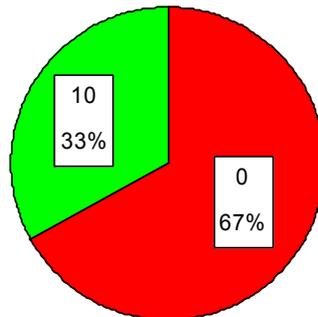
*As alternativas assinaladas foram:*

- Intoxicação aguda por maconha (2,3%);
- Intoxicação aguda por cocaína (9,1%);
- Intoxicação crônica por múltiplas drogas (25%);
- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (4,5%);
- Transtorno de conduta (42%);
- “não sei” (30,7%).

Quem identificou quadro de transtorno de conduta (ver gráfico 8):

Gráfico 7

Identificação do quadro de Transtorno de Conduta  
Pelos Coordenadores Pedagógicos das EMEF



10 - Identificou

0 - Não identificou

#### Q6 - Afirmações verdadeiras sobre o crack

*As alternativas assinaladas foram:*

- Crack é um derivado da cocaína (69,3%);
- Pode causar doenças pulmonares (36,4%);
- Pode causar dependência após um curto período de consumo (92%);
- Na abstinência, a “fissura” é freqüente (60,2%);
- Eventualmente é vendido em forma de balas nas escolas (17%);
- “não sei” (5,7%).

A média dos escores encontrados para a questão 6 foi  $6,8 \pm 2,4$ ; a mediana foi 8 e a variação foi 2 a 10.

#### Q7 - Afirmações verdadeiras sobre o álcool

*As alternativas assinaladas foram:*

- O álcool é a principal droga de abuso entre adolescentes na idade escolar (73,9%);
- Consumo de baixo risco pela Organização Mundial de Saúde (21,6%);
- O uso indevido de álcool é fator de risco para Hepatite e AIDS (11,4%);
- Todo alcoolista faz uso diário de álcool (30,7%);

- O uso crônico de álcool causa mais danos físicos que o uso crônico de maconha (46,6%);
- “não sei” (8%).

A média dos escores encontrados para a questão 7 foi  $4,4 \pm 1,8$ ; a mediana foi 4 e a variação foi 0 a 8.

#### Q8 - Afirmações verdadeiras sobre as drogas ilícitas

*As alternativas assinaladas foram:*

- O uso de drogas ilícitas é um caminho sem volta (11,4%);
- A maior porta de entrada das dependências é a maconha (51,1%);
- A intoxicação aguda por drogas ilícitas é a principal causa de acidentes automobilísticos (19,3%);
- A intoxicação aguda por drogas ilícitas é a principal causa de morte entre jovens e adolescentes (33%);
- Para qualquer substância psicoativa temos: uso recreativo, uso ocasional, uso abusivo e dependência (50%);
- “não sei” (18,2%).

A média dos escores encontrados para a questão 8 foi  $6,7 \pm 2,4$ ; a mediana foi 6 e a variação foi 0 a 10.

#### Q9 - Afirmações verdadeiras sobre a prevenção do uso indevido de drogas

*As alternativas assinaladas foram:*

- Comportamentos do professor, como fumar na sala de aula, podem influenciar negativamente os alunos (61,4%).
- Comportamentos dos pais, como fumar ou tomar café excessivamente, podem influenciar negativamente os filhos (60,2%).
- Campanhas publicitárias com frases de impacto, como: “diga não às drogas” (37,5%).
- O profissional de eleição para realizar a prevenção na sala de aula é o especialista no assunto (6,8%).
- Nem toda ação preventiva implica falar sobre as drogas (86,4%).
- “não sei” (2,3%).

A média dos escores encontrados para a questão 9 foi  $7,3 \pm 1,9$ ; a mediana foi 6 e a variação foi 4 a 10.

### Q10 - Afirmações verdadeiras sobre o dependente químico

*As alternativas assinaladas foram:*

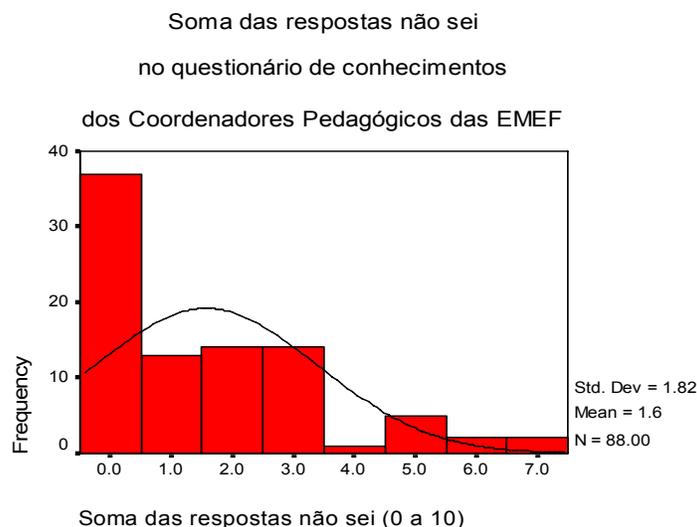
- É dependente químico apenas aquele que consome drogas ilícitas (2,3%).
- O dependente coloca em risco os outros alunos da escola (35,2%).
- O dependente químico pode parar de usar drogas sem tratamento (9,1%).
- O dependente químico não procura tratamento espontaneamente (52,3%).
- Um aluno com boas notas não se torna um dependente químico (2,3%).
- “não sei” (15,9%).

A média dos escores encontrados para a questão 10 foi  $6,3 \pm 1,7$ ; a mediana foi 6 e a variação foi 2 a 10.

### Somatória das respostas “não sei”

A média das somatórias das respostas “não sei” encontradas foi  $1,6 \pm 1,8$ ; a mediana foi 1 e a variação foi 0 a 7; valores possíveis entre 0 e 10. (ver gráfico 8)

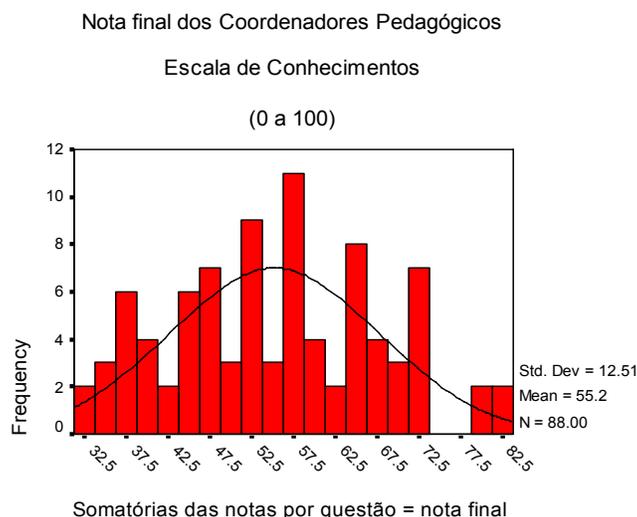
**Gráfico 8**



### Nota final de conhecimento dos Coordenadores Pedagógicos

A média da nota final de conhecimento dos CP, ou seja, dos escores na Escala de Conhecimentos foi  $55,2 \pm 12,5$ ; a mediana foi 55,8 e a variação foi 32,2 a 82; valores possíveis entre 0 e 100. (ver gráfico 9)

**Gráfico 9**



### **Análise Descritiva das Atitudes**

#### Características das EMEF

Com relação às características das EMEF, a correlação das atitudes com o número de alunos ( $R = -0,208$ ) mostrou tendência à significância ( $p = 0,057$ ). As demais características: número de professores, número de períodos de funcionamento, número de salas de aula, e os índices professor / aluno e de ocupação das salas de aula não mostraram influenciar as atitudes dos CP. (ver tabela 6).

**Tabela 6 - Correlação dos escores na Escala de Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos com População Escolar das EMEF.**

		<b>Número de alunos</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Pearson)	-0,208
	p	0,057*
	N	85
		<b>Número de professores</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Spearman)	-0,165
	p	0,130
	N	85

# Tendência à significância da correlação.

### Dados demográficos do CP

Com relação aos dados demográficos do CP, nenhuma das características: idade, sexo, prática religiosa, filhos, estado civil naturalidade mostraram influenciar a escala de atitudes.

### Experiência Profissional do CP

Com relação à experiência profissional do CP, a correlação das atitudes com o tempo como CP (-0,288) se mostrou significativa ( $p < 0,01$ ). (ver tabela 7)

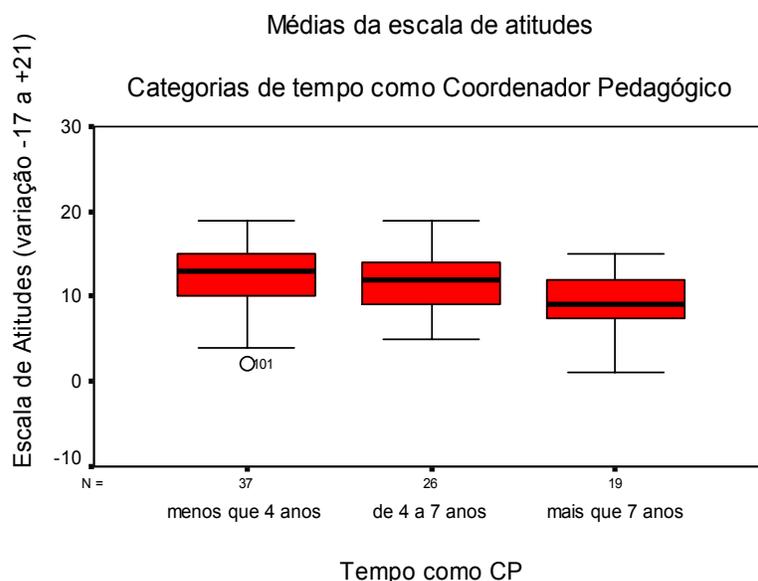
**Tabela 7- Correlação de escores na Escala de Atitudes com Tempo de atuação como Coordenadores Pedagógicos das EMEF**

		<i>Há quanto tempo é CP (em anos)</i>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Spearman)	<b>-0,288**</b>
	p	0,009
	N	82

\*\* Correlação é significativa para  $p < 0,01$ .

A média da diferença de atitudes encontrada foi mais baixa especialmente no grupo que atua como coordenador pedagógico há mais de 7 anos. (ver gráfico 10).

Gráfico 10



Diferença de médias é significativa para  $f = 4,1$ ,  $gl = 2$ ;  $p < 0,05$ .

As demais características da experiência profissional do CP: tempo de trabalho em escolas, tempo de trabalho nesta escola, tempo de trabalho como professor, e a responsabilidade por turmas com adolescentes, não mostraram influenciar as atitudes dos CP.

### Formação do CP

Com relação à formação do CP, a diferença das médias da escala de atitudes se mostrou significativa ( $p < 0,05$ ), com média superior (atitudes mais compreensivas) para aqueles com pós-graduação (especialização ou mestrado). Independentemente da área de estudo. Os demais cursos: preparatório para CP, cursos sobre drogas, ou abordagem dos temas Redução de Danos ou Educação Integral em Saúde incluindo o tema drogas em algum curso realizado não mostraram influenciar as atitudes dos CP. (ver tabela 8)

**Tabela 8 - Comparação de médias de escores na Escala de Atitudes com formação dos Coordenadores Pedagógicos nas EMEF.**

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
<i>Escolaridade</i>	nível superior	49	10,67	3,61	,52	,026*
	pós-graduação	33	12,61	4,05	,71	
Fez algum curso para ser CP	sim	14	10,14	3,48	,93	,177
	não	66	11,71	4,00	,49	
Participou de algum curso sobre drogas	sim	43	12,05	3,73	,57	,183
	não	31	10,77	4,39	,79	
RD em algum curso que fez	sim	37	11,43	3,76	,62	,506
	não	32	10,81	3,92	,69	

\* diferenças entre médias igual a  $-1,93$  é significativa para  $t=2,26$ ;  $gl=80$ ;  $p < 0,05$ .

As diferentes modalidades de cursos sobre drogas, pontuais (oficina, congresso ou encontro) ou longitudinais e estruturados (extensão, capacitação ou especialização), também não influenciaram de forma significativa a média da escala de atitudes.

## **Análise Descritiva do Conhecimento**

### Características das EMEF

As seguintes características das EMEF: número de alunos, número de professores, número de salas de aula, número de períodos de funcionamento, e os índices professor / aluno e de ocupação das salas de aula não se mostraram relacionadas com os conhecimentos dos CP.

### Dados demográficos dos Coordenadores Pedagógicos

Com relação ao gênero do CP, a diferença das médias da escala de conhecimentos mostrou tendência à significância ( $p = 0,077$ ), com média de conhecimentos maior para o sexo masculino (63,5) que para o sexo feminino (54,7). Com relação aos demais dados demográficos do CP, nenhuma das características: idade, prática religiosa, filhos, estado civil e naturalidade mostraram influenciar a escala de conhecimentos. (ver tabela 9)

**Tabela 9 - Comparação de médias dos escores na Escala de Conhecimentos com Dados Demográficos dos Coordenadores Pedagógicos das EMEF.**

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
<b>Sexo</b>	Feminino	77	54,7	12,3	1,4	0,077 <sup>#</sup>
	Masculino	7	63,5	14	5,3	
<b>Freqüente religião</b>	Sim	51	54,05	11,73	1,64	0,211
	Não	33	57,59	13,72	2,39	
<b>Tem filhos</b>	Não	35	55,09	11,17	1,89	0,846
	Sim	50	55,61	13,5	1,91	
<b>Tem filho adolescente</b>	Sim	20	52,53	16,02	3,58	0,381
	Não	63	55,95	10,98	1,38	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	29	56,01	11,17	2,07	0,746
	Não Solteiro	56	55,07	13,25	1,77	
<b>Naturalidade</b>	Grande São Paulo	67	55,31	12,56	1,53	0,576
	Outra	15	57,31	12,39	3,2	

<sup>#</sup> Tendência à significância das diferenças de média.

### Experiência Profissional dos Coordenadores Pedagógicos

As variáveis características relacionadas à experiência profissional do CP: tempo de atuação como CP, tempo de trabalho em escolas, tempo de trabalho nesta escola, tempo de trabalho como professor, e responsabilidade por turmas com adolescentes, não mostraram influenciar os conhecimentos dos CP.

### Formação do CP

Com relação à formação do CP, não houve diferença significativa das médias da escala de conhecimento para aqueles com pós-graduação (especialização ou mestrado). Os demais cursos: preparatório para CP, cursos sobre drogas, ou abordagem dos temas Redução de Danos ou Educação Integral em Saúde incluindo o tema drogas em algum curso realizado também não mostraram influenciar o nível de conhecimento dos CP.

As diferentes modalidades de cursos sobre drogas, pontuais (oficina, congresso ou encontro) ou longitudinais e estruturados (extensão, capacitação ou especialização), também não influenciaram de forma significativa a média da escala de conhecimentos.

### Análise Descritiva das Atitudes X Conhecimento

#### Atitudes X Conhecimento

Com relação à influência do conhecimento sobre a atitude dos CP, apenas o conhecimento sobre os fatores relacionados ao risco para o abuso de substâncias mostrou correlação (0,373) significativa ( $p < 0,001$ ) com a escala de atitudes (ver tabela 10). A capacidade de identificar quadros de intoxicação por maconha, cocaína e de transtorno de conduta também não influenciou a média da escala de atitude.

**Tabela 10 - Correlação dos escores na Escala de Atitudes com Conhecimentos dos Coordenadores Pedagógicos das EMEF.**

		<b>Somatória Geral Conhecimento</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Pearson)	0,060
	p	0,584
	N	86
		<b>Soma das respostas “não sei”</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Pearson)	-,121
	p	0,266
	N	86
		<b>Fatores relacionados ao risco</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Pearson)	<b>0,373**</b>
	p	<b>0,000</b>
	N	86
		<b>Atitudes efetivas de prevenção</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Pearson)	0,058
	p	0,598
	N	86
		<b>Fatos relacionados ao crack</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Pearson)	0,026
	p	0,813
	N	86
		<b>Fatos relacionados ao álcool</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Pearson)	0,066
	p	0,549
	N	86
		<b>Fatos relacionados a drogas ilícitas</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Pearson)	-0,089
	P	0,417
	N	86
		<b>Fatos relacionados à prevenção</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Pearson)	0,056
	P	0,608

	N	86
		<b>Fatos relacionados ao dependente químico</b>
<b>Escala de Atitudes</b>	Correlação (Pearson)	-0,138
	P	0,205
	N	86

\*\* Correlação é significativa para  $p < 0,01$ .

### Conhecimento X Atitudes

O conhecimento médio dos CP não influenciou a atitude média, porém apresentou tendência à correlação significativa com as atitudes nas situações:

- “alunos fumando maconha” ( $R = 0,193$  e  $p = 0,073$ );
- “aluno dependente” ( $R = -0,209$  e  $p = 0,052$ ) e
- “alunos bebendo durante peça no SESI” ( $R = -0,191$  e  $p = 0,076$ ).

Atenção especial deve ser dada à tendência de correlação inversa de conhecimento e aluno dependente: quanto maior o conhecimento, a tendência é de menor tolerância da atitude frente à situação de aluno farmacodependente. (ver tabela 11).

**Tabela 11 – Correlação de escores na Escala de Conhecimentos com Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos das EMEF.**

		<b>Aluna antiga muda de comportamento</b>
<b>Conhecimento</b>	Correlação (Pearson)	,077
	p	,481
	N	87
		<b>Aluno em LA</b>
<b>Conhecimento</b>	Correlação (Pearson)	-,124
	p	,252
	N	87
		<b>Aluna bebendo</b>
<b>Conhecimento</b>	Correlação (Pearson)	,066
	p	,541
	N	87
		<b>Alunos fumando maconha</b>
<b>Conhecimento</b>	Correlação (Pearson)	,193
	p	,073*
	N	87
		<b>Alunos cheirando cola</b>
<b>Conhecimento</b>	Correlação (Pearson)	,071
	p	,514
	N	87
		<b>Aluno dependente</b>
<b>Conhecimento</b>	Correlação (Pearson)	-,209
	p	,052*
	N	87
		<b>Alunos bebendo em peça no SESI</b>
<b>Conhecimento</b>	Correlação (Pearson)	,191
	p	,076*
	N	87
		<b>Alunos recebendo drogas no portão</b>

<b>Conhecimento</b>	Correlação (Pearson)	-,033
	p	,764
	N	86
<b>Somatória chamadas da GCM</b>		
<b>Conhecimento</b>	Correlação (Pearson)	-,122
	p	,259
	N	87
<b>Somatória alternativas de dificuldade</b>		
<b>Conhecimento</b>	Correlação (Pearson)	,061
	p	,572
	N	87

# Tendência à significância da correlação.

Outra associação significativa encontrada ( $p < 0,01$ ) foi que quanto maior o conhecimento, maior a chance de alguma resposta sugerindo o afastamento do aluno da escola. Também foi encontrada associação tendendo à significante ( $p = 0,084$ ) de, quanto maior o conhecimento, menor a chance de alguma resposta de espera da resolução da situação com o tempo. (ver tabela 12)

**Tabela 12 – Média dos escores na Escala de Conhecimentos dos coordenadores pedagógicos nos grupos de atitudes de afastamento e espera no tempo.**

Atitude		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	P
<b>alguma resposta de afastamento do aluno</b>	alguma	7	67,33	11,75	4,44	
	nenhuma	80	54,26	12,12	1,35	0,007**
<b>alguma resposta de espera no tempo</b>	alguma	5	45,91	14,58	6,52	0,084*
	nenhuma	82	55,88	12,28	1,36	

\*\* Diferença de médias é significativa para  $t = 2,74$ ;  $gl = 85$ ;  $p < 0,01$ .

# Tendência à significância da diferença de médias.

#### “O Dependente Coloca em Risco os Outros Alunos da Escola”

Trinta e um entrevistados (35,2%) assinalaram que o dependente coloca em risco outros alunos da escola. Comparando as médias de atitudes, conhecimentos e dados do Coordenador Pedagógico se resposta afirmativa para: “o dependente coloca em risco os outros alunos” obtivemos: menor média de atitude (atitude menos compreensiva) na situação do aluno dependente ( $p = 0,017$ ); maior média (maior chance de assinalar) alternativa de afastamento do aluno da escola ( $p = 0,029$ ) e maior média da somatória de atitudes intolerantes ( $p = 0,033$ ). Não foi encontrada diferença significativa entre as médias do escore geral de conhecimento. (Ver tabela 13)

**Tabela 13 – Comparação de médias de atitudes, conhecimentos e tempo de trabalho como Coordenador Pedagógico conforme a resposta para: “o dependente coloca em risco os outros alunos”.**

Atitude	“O dependente coloca em risco os outros alunos”	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
Soma situação aluno dependente (varia +2 a -2)	não	56	1,29	0,56	0,07	0,017*
	sim	31	0,94	0,77	0,14	
Atitude		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
Somatória das alternativas de afastamento dos alunos da escola (varia de +4 a 0)	não	56	0,01	0,13	0,01	0,029*
	sim	31	0,23	0,50	0,08	
Atitude		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
Somatória das atitudes intolerantes	não	56	0,98	1,21	0,16	0,033*
	sim	31	1,65	1,60	0,29	
Conhecimento		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
Escore de conhecimento	sim	31	55,31	13,46	2,42	0,955
	não	57	55,15	12,09	1,60	

\* Diferença de médias é significativa para  $p < 0,05$ .

Também foi encontrada correlação significativa entre assinalar que o dependente coloca os outros alunos em risco e alguma resposta de afastamento de aluno (ver tabela 14).

**Tabela 14 – Correlação dos grupos de Coordenadores Pedagógicos que assinalaram ou não que “o dependente coloca em risco os outros alunos da escola” conforme respostas de atitudes de afastamento do aluno.**

		Alguma resposta de afastamento do aluno		Total	P
		nenhuma	alguma		
Dependente coloca em risco os outros alunos	Não	55 (68,8%)	1 (14,3%)	56 (64,4%)	0,008**
	Sim	25 (31,3%)	6 (85,7%)	31 (35,6%)	
Total		80 (100%)	7 (100%)	87 (100%)	

\*\* Correlação é significativa para  $p < 0,01$ .

### Regressão Linear Múltipla

Dois modelos de regressão linear múltipla foram utilizados. O primeiro investigou a influência do escore da escala de conhecimentos nas atitudes dos CP e o segundo investigou a influência do conhecimento sobre fatores de risco

nas atitudes dos CP. Ambos foram controlados pela escolaridade do CP (dicotômica: nível superior e alguma pós-graduação); tempo de atuação como coordenador pedagógico (em anos) e número de alunos das escolas.

A atitude do CP está associada a conhecimento de fatores de risco (Tabela 15), tempo de atuação como CP e a escolaridade do CP e não associada ao escore de conhecimento e número de alunos da escola (Tabela 16). Os resultados da análise multivariada confirmam aqueles encontrados nas análises anteriores.

**Tabela 15: regressão linear de escores na escala de atitudes X Nota de conhecimento sobre fatores de risco, tempo como coordenador pedagógico (CP), número de alunos das EMEF e escolaridade dos CP.**

Variável Dependente: <b>Escore Escala de Atitude</b>	<b>Coefficientes não-padronizados</b>		<b>Coefficientes Padronizados</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
	B	Erro Padrão	Beta		
(Variáveis Independentes)	6,720	2,233		3,009	0,004
<b>Número de alunos</b>	-0,001	0,001	-0,153	-1,525	0,131
<b>Tempo como CP</b>	-0,289	0,098	-0,286	-2,963	0,004
<b>Categorias de escolaridade (ter pós-graduação)</b>	1,729	0,795	0,218	2,176	0,033
<b>Nota de conhecimento sobre fatores de risco</b>	0,870	0,237	0,355	3,678	0,000

**Tabela 16: regressão linear de escores na escala de atitudes X escores na escala de conhecimentos, tempo como coordenador pedagógico (CP), número de alunos das EMEF e escolaridade dos CP.**

Variável Dependente: <b>Escore Escala de Atitude</b>	<b>Coefficientes não-padronizados</b>		<b>Coefficientes Padronizados</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
	B	Erro Padrão	Beta		
(Variáveis Independentes)	10,360	2,736		3,787	0,000
<b>Escore Escala de Conhecimento</b>	0,027	0,033	0,085	0,813	0,419
<b>Número de alunos</b>	-0,001	0,001	-0,170	-1,570	0,121
<b>Tempo como CP</b>	-0,304	0,106	-0,301	-2,873	0,005
<b>Categorias de escolaridade (ter pós-graduação)</b>	1,973	0,863	0,248	2,286	0,025

## **DISCUSSÃO**

### **EMEF Promotora de Saúde?**

Como já foi dito na introdução, uma Escola Promotora de Saúde deve cobrir três áreas de intervenção na escola e em sua comunidade local: educação em saúde (currículo escolar, ensinar e aprender); ambiente escolar, entorno e organização; comunidade escolar, parcerias e serviços (O’Dea & Maloney, 2000; Moysés e col, 2003; Mukoma & Flisher, 2004). Abaixo discutiremos como cada um destes tópicos estão contemplados nas EMEF.

#### Ambiente Escolar, Organização e Entorno.

##### *Ambiente Escolar*

Pode-se considerar que a maioria das EMEF da cidade de São Paulo está no caminho para alcançar a meta de “ambiente saudável”. Porém, encontramos problemas importantes, que, mesmo sendo na minoria das escolas, não podem ser desprezados.

Quanto ao tipo de construção, apesar da maioria das escolas visitadas serem de alvenaria, a dificuldade fica com o fato de quase 6% serem mistas (em geral, tinham algumas salas de aula de “container”) e quase 5% serem totalmente de container (“lata”). Nas escolas mistas é possível um rodízio a cada ano dos alunos e professores que sofrerão durante o ano o calor e a falta de ventilação das salas deste material. Já nas escolas inteiras de “lata”, estas dificuldades permanecem ano a ano, somadas a outros fatores de insalubridade, inerentes à exposição crônica a este material.

O ambiente escolar saudável é tão importante na formação de um cidadão com hábitos de vida mais saudáveis quanto os outros dois itens inerentes a uma escola promotora de saúde: educação em saúde e atenção à saúde do aluno (O’Dea & Maloney, 2000; Moysés e col, 2003; Mukoma & Flisher, 2004). A sala de aula de “lata”, abafada e sem ventilação, construída com materiais insalubres parece não se encaixar nesta proposta. Segundo Silveira (2000), para uma escola ser considerada saudável, são necessárias, entre outros, a “*oferta de um ambiente saudável para o aluno e para todos*” e a

*“oferta de referências quanto à qualidade de espaços e ambientes escolares”* (Silveira, 2000: 63-64).

Quanto à segurança do prédio escolar, a maioria dos CP respondeu que identifica algumas condições que podem provocar ou favorecer acidentes, dentre as quais, um quinto dos entrevistados assinalou que na escola havia piso elevado sem proteção. Esta é uma situação de grande risco para acidentes, especialmente por se tratar de escolas com alunos a partir de 7 anos de idade. Chama a atenção que a quinta parte das escolas estão funcionando sem equipamento de proteção contra incêndio adequado, especialmente quando a explicação para a ausência de extintores de incêndio é a indisciplina dos alunos para com este equipamento. Também chama a atenção a falta de treinamento contra incêndio na maioria das escolas.

O cuidado com a utilização da água deixa a desejar numa minoria significativa, que relatou frequência menor que anual ou não soube informar a frequência de limpeza das caixas d’água (28%) e relatou consumo de água direto da torneira, pois não havia filtros e bebedouros (16%).

Ficam incoerentes os ensinamentos mais tradicionais de higiene numa escola com poucos cuidados no armazenamento e utilização da água; ou lições de prevenção de acidentes em prédios escolares com pisos elevados sem proteção e sem equipamentos de proteção contra incêndios. Silveira (2000), em sua pesquisa, encontra no discurso dos educadores entrevistados que: *“a escola deve promover a saúde dos alunos, articulando teoria e prática”*, assim, *“(a escola) precisa falar de higiene e estar numa escola limpa (...) fazer sempre a teoria casada com a prática”* (Silveira, 2000: 53 – 54). Talvez, se houvesse mais treinamentos contra incêndio, os alunos passassem gradativamente a respeitar mais o equipamento, devido ao aumento da compreensão sobre a importância deste cuidado. Quando a escola opta por retirar os extintores de incêndio da parede em resposta às brincadeiras dos alunos, está reforçando a idéia de inutilidade do equipamento. Segundo Paulo Freire (1996), *“ensinar exige a corporeificação das palavras pelo exemplo”* (Freire, 1996:38).

#### *Organização: A Questão da Presença de Policiais*

Segundo alguns educadores da secretaria de educação da cidade de São Paulo, em entrevistas para estudo de Moreira (2003a), a Guarda Civil

Metropolitana dentro das dependências das escolas “é um fator de exclusão, incomoda no espaço da escola”, pois, muitas vezes os policiais se referem aos alunos de forma desrespeitosa e pejorativa, como no relato abaixo:

*“... A GCM, que é a guarda municipal, está dentro das escolas, é uma guarda armada, (...) A GCM agride os alunos se for necessário (...) Por exemplo, os alunos estão passando no corredor, então eles encaram a GCM, eles falam qualquer tipo de coisa e a GCM já vai para o enfrentamento”.* (Moreira 2003).

Quase metade das escolas (46%) encontrou uma solução interessante para o dilema segurança da escola X policiais armados no interior da escola: estas mantêm os policiais do lado de fora, entrando somente para assinar o ponto. Desta forma eles zelam pela segurança sem influenciar a rotina no interior da escola. Ao mesmo tempo, os educadores reforçam sua autoridade dentro da escola e garantem o respeito aos alunos. Ao contrário, conforme os relatos acima dos educadores, a GCM dentro do prédio escolar mina a relação de autoridade e respeito entre corpo discente e corpo docente, ao inserir a idéia de ordem baseada na força, num ambiente destinado à educação.

*“A autoridade pensada como garantidora do respeito às leis, do respeito aos direitos ou, ainda, como portadora de prestígio, de crédito, ou seja, de legitimidade, parece aproximar-se de um outro modelo, que teria no valor da justiça um ideal em suas dimensões legal e ética”* (Giglio, 1999: 189).

### *Entorno*

O entorno da EMEF média deixa a desejar em alguns pontos: na maioria dos casos, existem estabelecimentos que vendem bebida alcoólica e oferecem jogos eletrônicos num raio de 2 quadras de distância. Foi relatado algum atropelamento de aluno no último ano, em frente ou no caminho da escola, em 16% das escolas.

A solução para um entorno escolar mais seguro e com menos fatores competindo com a escola pela atenção dos alunos não é simples, fugindo da alçada imediata da direção da escola. Porém, é preciso que a escola ajude a chamar a atenção das autoridades competentes para tal problema. No estudo de Moreira (2003a), um exemplo interessante foi relatado por uma educadora da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo:

*“A gente tem desenvolvido durante 4 anos a marcha da paz envolvendo todas as escolas da região e tem sido uma possibilidade de discutir a questão da violência, das drogas...”*

Esta iniciativa da Marcha da Paz tem função múltipla: ao mesmo tempo em que chama a atenção das autoridades e da sociedade em geral para um problema importante, a escola interage com a comunidade para lidar com um problema em comum e traz para os alunos o aprendizado da cidadania na prática, no debate vivo.

Gilberto Dimenstein (2003), alerta com o relato da própria experiência para o problema da escola dissociada da sua realidade:

*“Sou da geração exatamente pós-guerra. (...) O holocausto estava tão próximo de mim quanto o estádio do Pacaembu. (...) Lembro que eu acompanhava a questão da África do Sul, acompanhava toda a formação do Estado de Israel, a agitação política no Brasil – isso tudo me fascinava. Mas, na escola, só me ensinavam, e aqui vou caricaturar, o vovô viu a uva. (...) O vovô viu a uva não me ajudava a entender o que eu estava sentindo em relação ao mundo”* (Dimenstein & Alves, 2003: 18 - 19).

*“Ensinar exige apreensão da realidade (...) A capacidade de aprender, não apenas para nos adaptar, mas, sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a”* (Freire, 1996:76).

### Educação em saúde

#### *Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e Temas Transversais (TT)*

Apesar de propostos há quase uma década, observa-se ainda grande reserva aos Parâmetros Curriculares Nacionais, especialmente aos temas Transversais: quase a décima parte dos entrevistados (9,5%) não acha possível trabalhar com a proposta dos temas transversais de ensino na sua escola. Muito desta resistência localiza-se no despreparo dos professores: menos de 20% dos CP acreditam que todos os seus professores conhecem os PCN ou estão preparados para trabalhar desta forma. Nos documentos do MEC, tal despreparo é assumido, mas a estratégia de enfrentamento era, além da ampla distribuição dos 10 volumes dos manuais dos PCN, a capacitação progressiva, em longo prazo, dos profissionais já em atuação (Brasil, 1997).

A adequação de se trabalhar os temas Saúde, Sexualidade e Drogas na escola é consenso entre os CP. Porém, a porcentagem dos que consideram este trabalho possível com todos os alunos da sua escola cai, nesta ordem, de 70% (saúde) para 52% (drogas). O problema do despreparo dos educadores se repete: mais da metade considera que apenas a minoria de seus professores está preparada para trabalhar os temas drogas e sexualidade com os alunos.

O relato de despreparo dos professores para lidar com o tema sexualidade é preocupante, sobretudo com o dado de que em 63,6% das escolas visitadas foi informada a existência de casos de alunas adolescentes que engravidaram no ano de 2004 e em algumas chegando a uma dezena.

Estes dados corroboram os achados do estudo de Moreira (2003a), também realizado com educadores da Secretaria Municipal de educação de São Paulo, em que os Coordenadores Pedagógicos entrevistados levantam dois níveis de despreparo dos professores: a formação acadêmica insatisfatória e o despreparo específico para lidar com certos temas, como drogas e sexualidade. Por outro lado, neste mesmo estudo, foi citado que os alunos facilmente reconhecem os professores preparados para conversar sobre certos assuntos, e estes acabam muito procurados para tal função. Alguns CP consideram que não é necessário que todos os professores da escola estejam preparados para lidar com temas como drogas e sexualidade, mas sim que possam contar com alguns professores preparados e dispostos ao trabalho.

Esta idéia de alguns professores preparados centralizarem o trabalho com certos temas transversais traz o risco da especialização, que corre na contra-mão da idéia da transversalidade (Moreno, 1993).

#### *A inserção da educação em saúde*

A forma preferencial de inserção da educação em saúde nas escolas, segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais é como projeto multidisciplinar. Segundo o relato dos entrevistados, esta é a forma mais prevista nos projetos políticos-pedagógicos. Porém, ainda segundo o relato dos CP, na prática, há um predomínio das ações de educação em saúde em uma única disciplina ou na forma de palestra. Moreno (1993) coloca o risco da transformação dos temas transversais em aulas curriculares, no mesmo formato das disciplinas

tradicionais, apenas aumentando o conteúdo programático a ser estudado, perdendo-se de vista sua natureza multidisciplinar:

*“Se os temas transversais forem tratados como novos conteúdos a acrescentar aos já existentes, cumprirão apenas a função de sobrecarregar os programas e dificultar a tarefa do corpo docente, sem qualquer benefício para os estudantes, pois isto pressupõe tratar uma nova temática com velhos procedimentos, eliminando assim todo valor que ela possa ter”* (Moreno, 1993:36 - 37).

### Atenção à saúde do aluno

Em 15% das escolas ainda não existe formulário para anotações de problemas, para o acompanhamento de saúde e doença das crianças, apesar de existir uma ficha de saúde elaborada pela da Secretaria Municipal de Educação e a determinação da utilização desta ficha em todas as escolas. Igualmente preocupante é o fato de que em quase 23% das escolas foi relatado que os pais não trazem a carteira de vacinação das crianças para a escola controlar a imunização, quando esta é uma determinação legal. Com relação à atenção dos educadores à saúde do aluno, a boa percepção (e os teste regulares em muitas escolas) com relação aos problemas visuais não se repete com os problemas auditivos, que ficam mais negligenciados.

Existe uma discussão entre os educadores se ao sobrecarregarmos o professor com funções extras como a atenção à saúde do aluno, ele acaba se perdendo da função original de educador. Porém, não se está pedindo que o professor seja médico e psicólogo além de educador, mas apenas que consiga perceber se o aluno tem algum fator que possa estar interferindo no seu desempenho e facilite o encaminhamento para uma avaliação quando necessário.

*“Lido com gente e não com coisas. E porque lido com gente, não posso, por mais que, inclusive, me dê prazer entregar-me à reflexão teórica e crítica em torno da própria prática docente e discente, recusar a minha atenção dedicada e amorosa à problemática mais pessoal deste ou daquele aluno ou aluna. Desde que não prejudique o tempo normal da docência, não posso fechar-me a seu sofrimento ou à sua inquietação porque não sou terapeuta ou assistente social”.* (Freire, 1996: 163)

### *Integração da escola com os serviços de saúde*

A integração da escola com os serviços de saúde é uma idéia que está crescendo: apenas 7% dos entrevistados não se sentem co-responsáveis pelo encaminhamento dos alunos com problemas de saúde. A contradição aparece quando o caso a ser encaminhado se trata de um aluno farmacodependente: 14,9% dos entrevistados assinalaram que “o encaminhamento para o tratamento é responsabilidade da família, não da escola”; porém, 90,8% assinalou que a escola deve procurar contatos ou parcerias com a rede de assistência à saúde, facilitando a integração do tratamento com a escola onde este aluno estuda.

O encaminhamento assinalado pelos entrevistados como preferencial é o mesmo preconizado pelo Sistema Único de Saúde: a UBS. A maioria dos pais também ajuda nesta integração ao trazerem, ao menos algumas vezes, o retorno das informações recebidas após o encaminhamento das crianças aos serviços de saúde.

Apesar do reconhecimento da sua importância, ainda existem grandes dificuldades no encaminhamento, seja pela falta de vagas nas UBS ou pela distância dos equipamentos de saúde (hospital e UBS) de algumas escolas. Bottan e cols.(2003), em seu estudo da concepção sobre saúde de escolares também encontraram falas que se reportavam à falta de estrutura de assistência à saúde. Assis e cols. (2003) colocam que *“no cenário nacional, convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação (que assegura a saúde como um direito universal da cidadania a ser garantido pelo Estado) e a legitimidade social”* (Assis, Villa e Nascimento, 2003, pág. 816). Ou seja, ainda falta muito caminhar para alcançar a meta estabelecida em 1978, na primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde realizada em Alma – Ata, com o apoio da Organização Mundial de Saúde: *“Saúde para todos no ano 2000”*.

Esta dificuldade crônica no encaminhamento dos alunos pode levar ao desânimo e ao sentimento de desamparo do educador, ao sentir-se sozinho na tarefa. Estes sentimentos podem levar o educador a desejar que “o

encaminhamento para o tratamento seja responsabilidade da família, não da escola”, desvencilhando-se deste peso.

### Uma Meta Alcançável

Não podemos considerar que, neste momento, as EMEF sejam promotoras de saúde. Porém, esta não parece uma meta inatingível para a Secretaria Municipal de educação de São Paulo.

Pode-se considerar que a maioria das EMEF da cidade de São Paulo está no caminho para alcançar a meta de “ambiente saudável”, sendo que a maior dificuldade fica na questão do entorno, cabendo aos educadores trabalharem a mobilização da comunidade escolar para os problemas encontrados.

Com relação à atenção à saúde do aluno, os avanços observados em algumas áreas com saúde visual não são acompanhados por todas as áreas, sendo a saúde auditiva e a saúde mental exemplos de áreas a serem mais bem trabalhadas. Os educadores encontram-se sensibilizados para a importância da parceria do setor de educação com o setor da saúde. Porém, a boa sensibilização esbarra na deficiência do sistema da saúde.

O ponto mais deficiente fica para a educação em saúde, onde ainda observamos resistência às propostas dos Parâmetros Curriculares Nacionais.

### **Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos (CP)**

Não foram encontrados na literatura estudos semelhantes medindo atitudes de educadores com relação a situações direta ou indiretamente relacionadas ao uso indevido de drogas para que pudesse ser feita uma comparação dos resultados.

#### *Atitude Compreensiva*

No presente estudo, o escore médio encontrado na escala de atitudes foi 12. Os valores possíveis variam entre -17 e +21. Isto significa que, no geral, os valores encontrados representam atitudes mais compreensivas. As atitudes compreensivas têm a capacidade de reforçar o vínculo do aluno com a escola e seus educadores, pois trazem implícita a aceitação ou a não-exclusão do aluno. No estudo de Moreira (2003a) também é descrita a predominância de

atitudes compreensivas. Nos desfechos das situações relatadas neste estudo, fica bastante evidente o efeito de reforço do vínculo do aluno em questão, muitas vezes em situação de vulnerabilidade, com a escola e os educadores (Moreira, 2003a).

Diversos estudos mostram que o vínculo com a escola é um fator associado à proteção do uso indevido de substâncias (Sanchez e cols., 2004; De Micheli & Formigoni, 2001; Gilvarry, 2000; Ellickson & Morton, 1999). Segundo Noto & Moreira (2006), o vínculo escolar positivo é um fator associado à proteção não somente com relação ao uso experimental, mas a rede social como um todo é fator associado à proteção também para as pessoas que fazem ou fizeram uso, para que este uso não se torne abusivo. Hallfors e cols (2002), em sua metanálise, apontam o absentéismo escolar como fortemente associado ao uso indevido de substâncias, sendo considerado mais fortemente associado que o baixo desempenho acadêmico e a iniciação sexual precoce.

Com base nas evidências acima descritas, Oliveira (2005), coloca que, com relação à prevenção do uso indevido de drogas nas escolas, “*é fundamental trabalhar a relação educador / aluno*” (Oliveira, 2005: 110). A autora discute que “*toda vivência visando à constituição de um ser com identidade própria, na verdade, é prevenção da forma mais genuína*”, e que, para as crianças e adolescentes “*se importarem com conseqüências e desejarem preservar-se, necessitam acreditar que fazem diferença no mundo. Do contrário não faz sentido cuidar de si, crescer e se desenvolver, apenas o prazer imediato é que é relevante*” (Oliveira, 2005: 104-105). E conclui: “*Caracterizada pela falta de rituais iniciáticos e marcada pela crise econômica, falta de perspectiva de trabalho, condições de vida precárias, violência, tráfico, a sociedade atual é propícia para a expansão do uso indiscriminado de drogas. Faz-se necessário abrir espaço para o pólo oposto, investindo nas instituições, em profissionais mais sensíveis, qualificados e disponíveis, capaz de valorizar a importância do vínculo com o adolescente*” (Oliveira, 2005: 106).

As resultantes da somatória das atitudes de cada situação também representam atitudes mais tolerantes. As exceções foram encontradas nas situações 5 (alunos cheirando cola na frente da escola antes da aula) e 8

(alunos recebendo drogas no portão), com resultantes próximas ao ponto médio. Este resultado coincide com os achados do estudo de Moreira (2003a), onde a predominância de atitudes compreensivas e inclusivas observada se deu especialmente nas situações onde a relação com o uso de drogas não era evidente; já nas situações onde o educador tinha a consciência da relação com o uso de psicotrópicos, as atitudes relatadas tendiam à intolerância ou à não-ação.

### *Situações Difíceis e Especiais*

As principais dificuldades foram: (1) aluno em cumprimento de medida sócio-educativa de Liberdade Assistida – LA, com problemas de comportamento e trazendo conflitos à escola; e (2) aluno alcoolizado na escola.

A dificuldade com o aluno em LA também foi apontada por Moreira (2003a) como sendo a situação que trazia mais dúvidas e dificuldades no manejo: *“a principal fala a respeito do aluno em cumprimento de medida sócio-educativa de LA - Liberdade Assistida é a do terror. Neste momento, a escola fica refém do próprio preconceito: o medo, que paralisa a ação dos educadores, impede a aproximação do caso, perpetuando o pré-conceito sobre este aluno pela impossibilidade de conhecê-lo”*. Neste sentido, é positiva a posição de dúvida assumida por um terço dos entrevistados, que reconhecem a própria dificuldade na situação.

Por outro lado, surpreende que um quinto dos entrevistados tenha relatado dificuldade na situação de aluno alcoolizado na escola. O álcool é a substância psicoativa mais amplamente utilizada entre estudantes do ensino fundamental e médio, sendo que o uso na vida é superior a 65% e o uso freqüente chega a 15% (Galduróz e cols, 1997). Porém, os entrevistados mostraram um baixo conhecimento sobre o álcool, especialmente se comparado à média geral de conhecimento e ao conhecimento demonstrado sobre drogas ilícitas, e especialmente sobre o crack, como será discutido mais adiante.

Atitudes de não ação e de chamada da GCM são pouco relatadas neste estudo, e as atitudes mediadas pelo medo de retaliação não aparecem. Este achado contrasta com o estudo de Moreira (2003a) no qual foram numerosos os relatos de chamada da GCM, imobilismo e medo. Este dois últimos

relacionados aos relatos de depredação da escola como resposta de retaliação a alguma intervenção realizada. Estas diferenças de achados podem ser compreendidas pelas diferenças de métodos. Moreira (2003a) utilizou método qualitativo, no qual os assuntos mais delicados surgem no fim das entrevistas, após mais de meia hora de conversa sobre o cotidiano de trabalho dos entrevistados. Estes já se encontram bastante imersos na conversa quando começam a falar de violência, policiais, ações de retaliação e até de acordos de mútua tolerância e respeito com os traficantes dos arredores de algumas escolas. A impessoalidade do método quantitativo utilizado neste estudo não se mostrou tão eficaz na abordagem de tais assuntos.

### Fatores que Influenciam as Atitudes

#### *Características das EMEF*

O fato de estarmos medindo atitude (*“disposição mental”*), e não comportamento (*“ações que uma pessoa executa”*), pode explicar a pouca ou nenhuma influência das variáveis ambientais, de modo geral, e das características das EMEF, de modo específico, nas atitudes dos coordenadores pedagógicos. Tais variáveis possivelmente influenciem mais os comportamentos, que não foram medidos neste estudo.

#### *Dados Demográficos do CP*

Com relação aos dados demográficos do CP, nenhuma das características: idade, sexo, prática religiosa, filhos, estado civil naturalidade mostraram influenciar a escala de atitudes. Tais características certamente influenciam a forma do indivíduo pensar a vida, e, portanto suas atitudes pessoais. Porém, ao responder os questionários, os sujeitos desta pesquisa estavam sendo avaliados como Coordenadores Pedagógicos, ou seja, *“como elemento de articulação dentro da escola, como alguém que coordena toda parte pedagógica da escola”* (Moreira, 2003a). Portanto, provavelmente as atitudes avaliadas não são as atitudes pessoais dos entrevistados, mas as atitudes dos representantes das escolas visitadas. Talvez por isso haja pouca interferência das características pessoais nestas atitudes. Desta forma, a existência de coerência entre as atitudes compreensivas encontradas e os

preceitos da Educação Inclusiva, que permeia tanto a formação acadêmica dos educadores brasileiros como os Parâmetros Curriculares Nacionais, não é surpreendente (Brasil, 1997). Outros desenhos de estudo, visando avaliação do comportamento, se fazem necessários para uma maior aproximação da realidade cotidiana da escola. Porém, o fato da “disposição mental” dos representantes da orientação pedagógica das escolas ser preferencialmente compreensiva, em si, é significativo, pois, sem esta predisposição, dificilmente podemos esperar comportamentos compreensivos.

### *Formação do CP*

Com relação à formação do CP, a diferença das médias da escala de atitudes se mostrou significativa ( $p < 0,05$ ), com média superior (atitudes mais compreensivas) para aqueles com pós-graduação (especialização ou mestrado), independentemente da área de estudo. Os demais cursos: preparatório para CP, cursos sobre drogas, ou abordagem dos temas Redução de Danos ou Educação Integral em Saúde incluindo o tema drogas em algum curso realizado não mostraram influenciar as atitudes dos CP. Aqui encontramos que a formação geral influencia a atitude, mas não a formação específica.

Nos cursos de pós-graduação, em geral, o aluno é incluído no processo de produção de conhecimento, sendo o aprendizado ativo, em contraste do aprendizado passivo da graduação. O aprendizado ativo estimula a reflexão e o espírito crítico, características que, muitas vezes, já estavam presentes naquele que optou por cursar a pós-graduação. A permanência ou retorno à universidade também proporciona ao profissional o contato com novos conhecimentos, informações mais atualizadas. A busca pela atualização, o espírito crítico e a reflexão talvez sejam fatores que influenciem mais a atitude do que a simples aquisição de conhecimentos. Talvez o aprimoramento da formação básica dos educadores, incentivando estas características (busca pela atualização e aprendizado ativo, espírito crítico e reflexão) traga mais resultados do que a concentração de esforços para ensinar conhecimentos mais específicos sobre drogas a estes profissionais. Aqui encontramos novamente a necessidade de desfazer a idealização do conhecimento como fator de mudança de atitudes e comportamentos para priorizar a formação

integral dos indivíduos. E isto vale tanto para alunos de ensino básico como para alunos do ensino superior.

### *Experiência Profissional do CP*

A única característica da experiência profissional dos CP que se mostrou significativamente ( $p < 0,01$ ) correlacionada à atitude foi tempo de exercício do cargo de CP. E esta correlação é inversa ( $R = -0,288$ ), ou seja, quanto mais tempo no cargo, menos compreensivas as atitudes. A média da diferença de atitudes encontrada foi mais baixa especialmente no grupo que atua como coordenador pedagógico há mais de 7 anos. As demais características da experiência profissional do CP: tempo de trabalho em escolas, tempo de trabalho nesta escola, tempo de trabalho como professor, e responsabilidade por turmas com adolescentes, não mostraram influenciar as atitudes dos CP. Tampouco a idade se mostrou influenciar as atitudes. O seja, é algo inerente ao exercício do cargo de CP que influencia as atitudes.

Aqui, a sobrecarga de trabalho pode ser lembrada, na forma de sobrecarga de responsabilidade. Sendo o CP responsável por toda a orientação pedagógica da escola, tanto do corpo docente como do corpo discente, a sobrecarga se faz sentir ao longo dos anos. Esta sobrecarga de responsabilidade seria inerente ao cargo do CP, por ser o único profissional responsável pelo “conjunto”, pelo “resultado pedagógico geral” da escola, enquanto os professores têm uma inserção mais parcial (porém não menos importante), e podem esperar de uma “instância superior”, no caso o CP, a resolução ou a orientação no manejo dos problemas mais graves. A cronificação dos problemas e a repetição dos desfechos desfavoráveis, muitas vezes devido a fatores fora do alcance do educador, traz o confronto freqüente deste com o sentimento de impotência. A impotência foi muitas vezes relatada no estudo de Moreira (2003a). Tal impotência pode levá-lo ao descrédito dos preceitos da Educação Inclusiva que permeia tanto a formação acadêmica dos educadores brasileiros como os Parâmetros Curriculares Nacionais (Brasil, 1997), ou pode resultar no desencantamento do educador pela própria profissão.

### **Conhecimentos dos Coordenadores Pedagógicos (CP)**

Foi encontrado apenas um estudo epidemiológico medindo conhecimentos e cursos sobre drogas realizados por educadores. Neste estudo, realizado na Nigéria, a maioria dos professores não recebeu instrução específica no tema nem durante a formação acadêmica nem como educação continuada após a graduação. O conhecimento geral encontrado sobre abuso e dependência de substâncias foi bom, independentemente dos professores terem, ou não, tido instrução específica. Porém, o conhecimento específico sobre as diversas substâncias foi insuficiente (Adelekan, Ogunlesi, Akindele, 1992).

No presente estudo, o conhecimento apresentado pelos CP foi mediano: média de escores de  $55,2 \pm 12,5$  e mediana de 55,8. Porém, se o escore médio referente a questões gerais sobre as drogas ilícitas foi 6, sobre o crack, foi 7, e sobre o dependente químico foi 6, o escore médio referente a questões gerais sobre o álcool foi 4. Apesar dos baixos escores nos conhecimentos sobre o álcool, apenas 8% assinalou “não sei” nesta questão, contra 18% que assinalou “não sei” para drogas ilícitas e 16% que assinalou “não sei” para o dependente químico. Ou seja: os entrevistados têm pouca consciência do seu baixo conhecimento sobre o álcool. Este pouco conhecimento sobre o álcool, e pouca crítica do pouco conhecimento, é bastante preocupante, dada a importância do consumo de álcool entre escolares e na população geral, acima destacada. Porém, este descompasso coincide com a abordagem do assunto pela mídia, que privilegia matérias sobre as drogas ilícitas, especialmente o crack e a cocaína, muitas vezes em tom emocional e alarmista (Noto e cols, 2003). Também coincide com a própria ideologia da “guerra às drogas”, cujo alvo principal são as drogas ilícitas, em detrimento das drogas lícitas, como foi exposto na introdução. Enfim, as características do conhecimento demonstrado pelos entrevistados coincidem com as características do conhecimento sobre drogas presentes na sociedade ocidental-moderno-contemporânea.

Quanto às ações ou atitudes efetivas de prevenção, 62% assinalou “palestras eventuais proferidas por autoridades médicas”, e 35% assinalou “palestras eventuais proferidas por autoridades policiais”. Além disso, no questionário de atitudes, na situação 4 (alunos fumando maconha no banheiro

da escola), 47,1% assinalou a alternativa da palestra com especialistas com informações científicas neutras. Temos um exemplo da idealização do conhecimento como determinante da atitude e do comportamento, como também foi observado no estudo de Moreira (2003a). A imagem da palestra apareceu como intervenção preventiva mais citada no estudo de Moreira (2003a), apesar de alguns (poucos) entrevistados questionarem sua eficácia. Aqui encontramos um ponto de descompasso entre o conhecimento acadêmico e as atitudes dos educadores. A metanálise mais recentemente publicada sobre intervenções preventivas em ambiente escolar confirma o que o relatório da UNESCO, em 1977 já alertava: a ineficácia das abordagens baseadas exclusivamente no conhecimento (Faggiano e Cols, 2005; Bucher, 1988, pág. 58 e Costa & Gonçalves, 1988, pág. 50).

#### Fatores que Influenciam o Conhecimento e Como o Conhecimento Influencia as Atitudes

Nem as características das EMEF, nem os dados demográficos, formação e experiência profissional mostraram influenciar o conhecimento dos entrevistados. Não se conseguiu localizar de onde vem o conhecimento dos CP sobre o uso indevido de drogas e sua prevenção.

Por outro lado, as características do conhecimento apresentado: maior conhecimento sobre drogas ilícitas do que sobre o álcool; baixa crítica sobre o pouco conhecimento sobre o álcool; confusão do quadro de transtorno de conduta com intoxicação por múltiplas drogas; são coerentes com o tratamento que a mídia em geral dá ao tema: ênfase nas notícias sobre drogas ilícitas, aos “casos de polícia”, banalização do uso de álcool e até glamourização do uso de álcool (Gorgulho, 2006; Gorgulho, 2001).

*“Isso revela a clara tendência da mídia (ainda que não necessariamente consciente) de enfatizar os aspectos negativos do uso de drogas ilícitas, enquanto, por outro lado, dá-se grande ênfase aos aspectos positivos do uso de bebidas alcoólicas. Isto, por sua vez, indica uma tendência de tratar a questão das drogas de maneira emocional, ao invés de tratá-la de modo racional e científico, ajudando, assim, a criar uma representação social inapropriada das substâncias psicoativas encontrada no*

*mundo todo. E isto é o que faz as pessoas acreditarem que o álcool não causa danos algum”* (Gorgulho, 2001:107).

Por outro lado, parece permear o conhecimento apresentado pelos entrevistados, as abordagens preventivas tradicionais, ainda amplamente utilizadas no Brasil, que incluem: o apelo moral, *“modelo (que) defende que o uso de drogas é fruto, principalmente, da falta de um código moral e ético que o condene”* (Carlini-Marlatt, 2001: 192); o amedrontamento, *“modelo (que) defende a estruturação de campanhas de informação nas escolas que exponham, de modo dramático e enfático, somente as consequências negativas do uso de drogas”* (Ibidem); a ênfase nas drogas ilícitas em detrimento das substâncias lícitas; a ênfase na transmissão de conhecimentos. O que não chega a ser surpreendente, dada a ampla aplicação do PROERD e outros programas de orientação da abordagem tradicional, já discutida na introdução. Nestas abordagens, se, por um lado, temos como ganho o conhecimento observado sobre as drogas ilícitas, este conhecimento vem imbuído de conceitos morais e maniqueístas, que podem levar à intolerância. Talvez as mensagens transmitidas por tais abordagens estejam por trás da tendência à relação inversa do escore da Escala de Conhecimentos sobre drogas com o escore de atitudes na situação “aluno dependente” e a relação inversa, estatisticamente significativa, deste escore com a sugestão de afastamento do aluno. Ou seja, quanto maior o conhecimento observado, menos tolerante as atitudes observadas na situação “aluno dependente” e maior a chance de pedidos de afastamento de um aluno da escola.

Outro dado que corrobora esta hipótese da natureza do conhecimento apresentado pelos CP é que 35,2% dos entrevistados assinalaram que o dependente coloca em risco outros alunos da escola. A importância desta (falsa) premissa cresce quando observamos que comparando as atitudes daqueles que acreditam nela obtivemos: menor média de atitude (atitude menos compreensiva) na situação do aluno dependente ( $p = 0,017$ ); maior média (maior chance de assinalar) alternativa de afastamento do aluno da escola ( $p = 0,029$ ) e maior média da somatória de atitudes intolerantes ( $p = 0,033$ ). Segundo Romani (2003), *“o problema droga, como vem sendo formulado, veicula todos estes temores e ansiedades (...)”* e *“a construção*

*social do problema da droga criou outro bode expiatório que, como muitos outros 'males' – chamados hereges, judeus, bruxas, pobres, loucos, leprosos, negros, mouros, maricas, aidéticos, drogadictos, terroristas, etc. -, assegura aos 'bons' a justeza de seu comportamento e situação (que tanto lhes custou obter), ajudando assim a superar as dúvidas que poderiam ter, tendendo a justificar e reforçar uma determinada ordem sócial” (Romani, 2003: 36-37).*

Em contrapartida, o conhecimento sobre os fatores relacionados ao risco para o abuso de substâncias mostrou correlação (0,373) significativa ( $p < 0,001$ ) com a escala de atitudes. Foi o único conhecimento que se mostrou capaz de influenciar o escore global da escala de atitudes. O trabalho com os conhecimentos sobre os fatores associados ao risco e à proteção poderia então potencializar a tendência às atitudes compreensivas dos educadores, reforçando a hipótese que tais atitudes estariam ligadas à sensibilidade destes às necessidades de seus alunos (Moreira, 2003a). Este trabalho, no entanto, deve incluir a atenção do real significado dos fatores associados ao risco e à proteção. Estes não podem ser considerados como “fatores preditivos”, como pretende a “teoria da porta de entrada”, sob o risco de cair no mesmo erro cometido pela saúde pública no início da epidemia da AIDS, ao formular a hipótese de “grupos de risco”. Tal hipótese, além de falaciosa, pois os grupamentos humanos não são estanques, havendo uma mobilidade entre os grupos e sub-populações intermediárias, leva à estigmatização dos indivíduos (Aires e cols, 2003:120-121).

### **Atitudes X Conhecimentos: o descompasso**

Foi encontrado um descompasso entre o conhecimento geral sobre drogas apresentado pelos entrevistados: mediano, sem correlação com formação dos CP, associado ao maior número de pedidos de afastamento da escola e atitudes menos compreensivas na situação de aluno dependente; e as atitudes: predominantemente compreensivas; associadas diretamente à formação geral do CP e ao conhecimento dos fatores relacionados ao risco associado; e inversamente associadas ao tempo de atuação como CP. Este descompasso nos faz pensar que a escola e a comunidade escolar não formam um sistema fechado, em termos sociológicos. Ou seja: nem todas as partes se explicam internamente. A escola e a comunidade escolar estão

inseridas no contexto da sociedade ocidental-moderno-contemporânea. Segundo Velho (2004), apesar dos avanços da individualidade desde os séculos XVII e XVIII, o indivíduo não pode deixar de ser visto como um componente e representante de sua cultura e sociedade.

*“Somos já capazes de perceber que as sociedades não são necessariamente representadas como agregados de indivíduos, mas sim de categorias sociais como linhagens, clãs e castas, nas quais os indivíduos biológicos não têm significado por si mesmos, mas como expressão e reprodução de unidades mais inclusivas. (...) Não é a sua individualidade, concebida nos nossos termos, que está sendo focalizada, mas sim o grupo de que é uma peça, uma parte”* (Velho, 2004: 98).

Desta forma, encontramos o retrato atual da escola e seus representantes. A estrutura escolar com potencial de atingir a meta de promoção de saúde, porém cercada por entorno bastante desfavorável; os educadores apresentando resistências e dificuldades diante das propostas dos Parâmetros Curriculares Nacionais; e a boa sensibilização destes para as parcerias intersetoriais esbarrando na deficiência dos outros setores. Os educadores encontram-se prensados, de um lado a orientação pedagógica vigente que propõe atitudes compreensivas e inclusivas para com os alunos, que é corroborada pela própria prática destes, atenta e sensível às necessidades dos seus alunos; de outro lado, a sobrecarga de trabalho e de responsabilidade, e a representação social preconceituosa do uso e do usuário de drogas ilícitas, inserida na sociedade ocidental-moderno-contemporânea, que continua a criar seus bodes expiatórios.

## **CONCLUSÃO**

### **Escola Promotora de Saúde**

Não podemos considerar que, neste momento, as EMEF sejam promotoras de saúde. Pode-se considerar que a maioria das EMEF da cidade de São Paulo está no caminho para alcançar a meta de “ambiente saudável”, sendo que a maior dificuldade fica na questão do entorno, cabendo aos educadores trabalharem a mobilização da comunidade escolar para os problemas encontrados.

Com relação à atenção à saúde do aluno, os avanços observados em algumas áreas como saúde visual não são acompanhados por todas as áreas, sendo a saúde auditiva e a saúde mental exemplos de áreas a serem mais bem trabalhadas.

Os educadores encontram-se sensibilizados para a importância da parceria do setor de educação com o setor da saúde. Porém, a boa sensibilização esbarra na deficiência do sistema da saúde.

O ponto mais deficiente fica para a educação em saúde, onde observamos ainda resistência às propostas dos Parâmetros Curriculares Nacionais.

### **Conhecimentos e Atitudes dos Coordenadores Pedagógicos**

Foi encontrado um descompasso entre o conhecimento geral sobre drogas apresentado pelos entrevistados e as atitudes em situações direta ou indiretamente relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas.

O conhecimento sobre drogas dos educadores é mediano, com melhor desempenho nas questões sobre drogas ilícitas e menor desempenho nas questões sobre o álcool.

O conhecimento não se mostrou influenciado pela formação dos CP, está associado ao maior número de pedidos de afastamento da escola e atitudes menos compreensivas na situação de aluno dependente.

As atitudes são predominantemente compreensivas, associadas diretamente à formação geral do CP (ter pós-graduação) e ao conhecimento dos fatores associado ao risco para o uso de drogas, e inversamente associadas ao tempo de atuação como CP.

**Encontramos como o retrato atual da escola e seus representantes:**

- A estrutura escolar com potencial de atingir a meta de promoção de saúde, porém cercada por entorno bastante desfavorável; os educadores apresentando resistências e dificuldades diante das propostas dos Parâmetros Curriculares Nacionais; e a boa sensibilização destes para as parcerias intersetoriais esbarrando na deficiência dos outros setores.
- Os educadores encontram-se prensados, de um lado a orientação pedagógica vigente que propõe atitudes compreensivas e inclusivas para com os alunos, que é corroborada pela própria prática destes, atenta e sensível às necessidades dos seus alunos; de outro lado, a sobrecarga de trabalho e de responsabilidade, e a representação social preconceituosa do uso e do usuário de drogas ilícitas, inserida na sociedade ocidental-moderno-contemporânea, que continua a criar seus bodes expiatórios.

### Limitações do Estudo

O índice de perdas (13%) é aceitável, à medida em que a distribuição das perdas da amostra (recusas e impossibilidade de realizar a pesquisa) entre os NAE foi relativamente homogênea e observando a distribuição geográfica, as perdas foram homogeneamente distribuídas, sendo, no máximo uma escola perdida por distrito da cidade. Apesar da diferença no número de CP nas escolas que recusaram participar da pesquisa, o número de CP de uma EMEF não se mostrou correlacionado com nenhum outro dado da estrutura escolar: população escolar (número de alunos e professores); número de salas de aula; razão aluno/professor; índice de ocupação das salas de aula; período de funcionamento da escola, etc.

Atitudes de não ação e de chamada da GCM são pouco relatadas neste estudo, e as atitudes mediadas pelo medo de retaliação não aparecem, apesar de serem eventos observados em outros estudos. A impessoalidade do método quantitativo utilizado neste estudo não se mostrou tão efetiva na abordagem de tais assuntos.

O fato de estarmos medindo atitude (*“disposição mental”*), e não comportamento (*“ações que uma pessoa executa”*), pode significar que o retrato feito por este estudo seja um retrato maior do discurso dos educadores do que das situações cotidianas, que corresponderiam mais ao comportamento destes. Porém, não foram encontrados na literatura estudos semelhantes medindo atitudes de educadores com relação a situações direta ou indiretamente relacionadas ao uso indevido de drogas, sendo este um primeiro estudo de aproximação desta realidade.

Como um estudo de aproximação de uma realidade, este traz mais dúvidas do que respostas. Um estudo de corte transversal traz tão somente a associação ou não de eventos, não sendo possível afirmar relação de causalidade. Novos estudos são necessários para testar as hipóteses aqui levantadas, avaliar as possíveis relações de causalidade nas associações observadas neste estudo e, só então, intervenções poderiam ser propostas.

**ANEXOS****Anexo I: Questionários****Questionário I**

1. Escola:
2. CE a que pertence a escola:
3. Idade: \_\_\_\_\_
4. Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
5. Sexo: ( )F ( )M
6. Religião: \_\_\_\_\_
7. Frequência na religião (no templo/ igreja):  
\_\_\_\_\_ vezes por semana, ou  
\_\_\_\_\_ vezes ao mês, ou  
\_\_\_\_\_ vezes ao ano, ou  
( ) não praticante.
8. Estado Civil: ( )Solteiro(a);  
( )Casado(a)/ Amasiado(a)/ união estável/ coabitação;  
( )Separado/ Divorciado(a);  
( )Viúvo(a).
9. Tem filhos? ( ) não ( ) sim
10. Quantos? \_\_\_\_\_
11. Se sim, quais as idades dos filhos?  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_
12. Natural de: ( )Grande São Paulo;  
( ) outros municípios est. São Paulo;  
( ) outros estados;  
( ) outro país.
13. Reside na: ( ) Cidade de São Paulo;  
( ) Grande São Paulo – qual cidade? \_\_\_\_\_

## 14. Escolaridade:

( ) superior completo – curso: \_\_\_\_\_

ano de formatura: \_\_\_\_\_

( ) pedagogia - habilitação: \_\_\_\_\_

ano de formatura: \_\_\_\_\_

( ) outros – qual? \_\_\_\_\_

ano de formatura: \_\_\_\_\_

fez complementação pedagógica? ( ) sim ( ) não

ano de conclusão: \_\_\_\_\_

( ) especialização - área: \_\_\_\_\_

ano de conclusão: \_\_\_\_\_

( ) mestrado – área: \_\_\_\_\_

ano de conclusão: \_\_\_\_\_

( ) doutorado – área: \_\_\_\_\_

ano de conclusão: \_\_\_\_\_

## 15. Fez algum curso preparatório ao tornar-se coordenador pedagógico?

A. ( ) sim ( ) não

Caso afirmativo, responda de B a D:

B. Qual a duração do curso?

\_\_\_\_\_ meses.

C. Qual a carga horária do curso?

\_\_\_\_\_ horas teóricas, \_\_\_\_\_ horas práticas.

D. O tema drogas foi abordado?

( ) sim, diretamente (aula específica sobre o tema);

( ) sim, indiretamente (durante aula sobre outro tema);

( ) sim, em discussões com o professor/ palestrante após a aula;

( ) não.

16. Participou de algum curso sobre o tema drogas? ( ) sim ( ) não.

17. Em caso afirmativo, preencha a tabela abaixo:

Curso de	Quantos?	Duração?	Carga horária?	Periodicidade?	Há quanto tempo fez o curso?
Especialização					
Capacitação					
Extensão universitária					
jornada/ congresso					
“work shop/ oficina”					
Encontro/ supervisão					
Outro (especificar)					

I. Em algum curso que fez, houve discussão sobre educação integral em saúde incluindo o tema drogas (o tema drogas abordado dentro de um contexto maior que inclui saúde, qualidade de vida, ecologia, etc.)?

- ( ) sim, discussão em aula específica deste tema;  
 ( ) sim, discussão em meio a aulas de outros temas relacionados;  
 ( ) não.

J. Em algum curso que fez, houve discussão direta sobre redução de danos?

- ( ) sim, discussão em aula específica deste tema;  
 ( ) sim, discussão em meio a aulas de outros temas relacionados;  
 ( ) não.

18. Você está fazendo algum curso no momento?

- ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

19. Há quanto tempo é coordenador pedagógico? \_\_\_\_\_ anos.

20. Quais as turmas sob sua responsabilidade atualmente?

- ( ) nível básico – ciclo I (antigas 1ª. a 4ª. séries)  
 ( ) nível básico – ciclo II (antigas 5ª. a 8ª. séries)  
 ( ) nível básico – ciclos I e II (antigas 1ª. a 8ª. séries)

21. Quais turmas já estiveram sob sua responsabilidade?

- ( ) nível básico – ciclo I (antigas 1ª. a 4ª. séries)  
 ( ) nível básico – ciclo II (antigas 5ª. a 8ª. séries)  
 ( ) nível básico – ciclos I e II (antigas 1ª. a 8ª. séries)

22. É concursado? ( ) sim, há \_\_\_\_\_ anos;  
( ) não.
23. Há quanto tempo trabalha nesta mesma escola? \_\_\_\_\_ anos.
24. Há quantos anos trabalha nesta escola como coordenador pedagógico?  
\_\_\_\_\_ anos.
25. Qual a função anterior à de coordenador pedagógico? \_\_\_\_\_
26. Por quanto tempo exerceu a função anterior? \_\_\_\_\_ anos.
27. Por quanto tempo exerceu a função de professor? \_\_\_\_\_ anos.
28. Tempo total de trabalho em escolas: \_\_\_\_\_ anos.
29. Há quantos anos esta escola funciona? \_\_\_\_\_ anos.
30. Há quantos anos você participa da elaboração do projeto político-pedagógico nesta escola? \_\_\_\_\_ anos.

## Questionário II

Qual a sua atitude/orientação nas seguintes situações: (assinale todas as alternativas cabíveis)

1. “Uma garota que estava conosco desde a pré-escola, ela já estava na sexta série, (segundo ano do ciclo 2). Ela começou a apresentar um comportamento muito estranho, agressivo e de desrespeito à professora, aquela coisa de adolescente, mas que extrapolava um pouco do que a maioria faz. E o professor põe para fora, manda para a diretoria, manda para o coordenador. E aí o que acontecia: o professor falava: ‘\_ Não, se não vier o pai e a mãe aqui eu não vou deixar entrar, porque quero conversar.’ E até o dia que eu falei com ela e falei: escuta, minha querida, pediu para o seu pai e sua mãe vir? ‘\_Ah, eu já pedi, meu pai vem hoje, D. Bia, meu pai vem hoje.” No dia seguinte ela entrava: ‘\_Fulana, você não falou que o seu pai vinha, está complicando porque o professor vai acabar não deixando você entrar em sala’ ‘\_ah, não, mas ele vem amanhã.’...”

- ( ) Investigar junto à família se a aluna pode estar passando por problemas familiares ou emocionais.
- ( ) Deve-se pensar em transferir a aluna de escola.
- ( ) Uma visita domiciliar ajudará a entender o caso e pensar no encaminhamento.
- ( ) Conversar com a menina é o primeiro passo.
- ( ) Esta menina precisa de limites.
- ( ) Todas as chances foram dadas à aluna, ela deve ser devidamente repreendida.
- ( ) Este tipo de situação costuma se resolver com o tempo.

### Aluno em Liberdade Assistida

2. “Nós tivemos um aluno na condição de Liberdade Assistida (LA). Isso causava um verdadeiro terror. Eu fui percebendo que ele amedrontava as pessoas e que há um imaginário muito rico em relação a isso. Provavelmente pela situação dele. Ele não devia ter cometido nenhum homicídio, nada disso, mas as pessoas aumentam a história, isso dá uma idéia de uma periculosidade muito maior do elemento com o qual você está lidando. Então ele desrespeitava muito às pessoas e desestabilizava a todos,

porque o professor se vê desrespeitado, vê sua aula tumultuada, e não tem coragem de denunciar para a direção.”

- ( ) O melhor é fazer de conta que nada está acontecendo. Com o tempo, as coisas vão se acomodar.
- ( ) Deve-se tentar um contato com o profissional que faz o acompanhamento (fiscal de L.A.).
- ( ) Seria útil realizar um ciclo de debates sobre o Estatuto de Criança e do Adolescente (ECA).
- ( ) Com a gravidade da situação, cabe o pedido do afastamento do aluno desta escola.
- ( ) Com a gravidade da situação, o melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação. É preciso manter a segurança dos profissionais da escola.
- ( ) ” A gente tem um pouco de dificuldade de fazer essa intervenção. Não temos uma atitude padrão”
- ( ) Deve-se acionar a guarda civil metropolitana.

#### Situações relacionadas com uso de drogas

3. “Uma aluna tem a família com um histórico um pouco comprometedor, a estrutura familiar muito complicada, então não tem pai, tem um segundo que é namorado da mãe, existe uma desestrutura familiar. Um dos irmãos é maconheiro. Ela estava, naquela época, na sexta ou sétima. Ela acabou se envolvendo com álcool, ia realmente alcoolizada para a escola. Havia uma lanchonetezinha na frente da escola, ela bebia um pouco e entrava na escola. Aí começava a rir, não tinha muito controle sobre suas ações”.

- ( ) Esta situação é transitória, faz parte da chamada “crise da adolescência”, o tempo é a melhor intervenção.
- ( ) A aluna deve ser encaminhada para internação devido ao alcoolismo.
- ( ) ” A gente tem um pouco de dificuldade de fazer essa intervenção. Não temos uma atitude padrão”
- ( ) A aluna deve ser estimulada a participar de atividades extracurriculares.
- ( ) Um trabalho com a família pode ser tentado.
- ( ) Ao se envolver com outras atividades como o grêmio escolar, ela pode ser uma má influência para os colegas.
- ( ) A escola deve chamar especialistas para orientarem o corpo docente sobre alcoolismo.

( ) Uma palestra, alertando sobre o potencial do álcool em causar danos ao organismo com exemplos extremos, poderá assustar a garota fazendo-a parar de beber.

( ) O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação.

4. “Uma inspetora de alunos vê 5 pessoas fumando maconha no banheiro da escola no período noturno”.

( ) Deve-se alertar a guarda civil metropolitana;

( ) Deve-se dar o limite do que é permitido ou não dentro da escola, incentivando atividades extra-curriculares.

( ) Deve-se convidar os alunos a se retirarem da escola: são má influência para os demais alunos;

( ) Faz-se necessário acompanhar cada aluno em seu desempenho escolar e observar se foi um fato isolado.

( ) ” A gente tem um pouco de dificuldade de fazer essa intervenção. Não temos uma atitude padrão”

( ) Deve-se contatar a família;

( ) A escola deve chamar especialistas para orientarem o corpo docente sobre dependência química.

( ) Chamar especialistas para darem palestras sobre dependência química, para assustar os alunos com casos verídicos de dependentes químicos que morreram ou foram presos, na expectativa de fazê-los parar de usar drogas.

( ) Chamar especialistas para darem palestras sobre dependência química, com informações científicas neutras.

( ) O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação.

5. “Um grupo de alunos chega na sala de aula com o comportamento diferente do habitual. Alguns chegam extremamente introvertidos, outros chegam extrovertidos, rindo à toa, aí vão prá sala de aula, ficam chamando a professora toda hora, perguntando coisas, vêm abraçar a professora, beijar a professora, então a professora

pensa: ‘\_ pôxa mas eles estavam tão legais! No outro dia os meninos estão introvertidos, que aconteceu? O que eles tinham ontem que eles estão tão diferentes?’”

Estes garotos estavam cheirando cola na frente da escola antes da aula.

( ) “minha orientação é ficar observando e, em caso de reincidência, fazer contato com a família”;

( ) Deve-se alertar a guarda civil metropolitana;

( ) “O que os professores costumam fazer quando notam alguma coisa é: preparar, naquela sala que o menino está, um texto com jornais e discutir o tema com toda a sala”.

( ) O melhor é fingir que não está acontecendo nada. No dia seguinte os alunos estarão de volta ao normal. Se chamarmos a atenção, vai criar um tumulto, e é isso o que eles querem.

( ) O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação.

6. “Um garoto de oitava série, eu soube pela família que ele era usuário. Na escola ele tinha um comportamento normal, tranquilo, ele não era apático, era um comportamento comum da moçada. Não era esse tipo de aluno que é agressivo, que é posto para fora, nem nada nesse sentido. A família que nos procurou, e até a gente ficou meio que surpreso porque não sabia. Ele, em casa, estava roubando. Então sumia com ferro elétrico, botijão de gás, essas coisas para comprar a droga.”

( ) Resistência e negação são comuns nesses casos, sendo indicados: desintoxicação compulsória e imposição de tratamento.

( ) O encaminhamento para o tratamento é responsabilidade da família, não da escola;

( ) O tratamento deve ser realizado em ambiente distante, de preferência em outra cidade e o garoto deve ser mudado de escola, para facilitar a mudança de companhias e hábitos;

( ) A escola deve procurar contatos ou parcerias com a rede de assistência à saúde, facilitando a integração do tratamento com a escola onde o garoto estuda;

( ) O garoto deve ser consultado sobre o procedimento a seguir.

7. “Um dia, nós (a escola) fomos assistir a uma peça de teatro no SESI, ali na cidade, e eles levaram lanche na mochila, porque eles adoram ir para excursão e levar lanche. A gente percebeu que tinha uma garrafa que passava de mão em mão, era uma garrafa

de refrigerante, aí eu desconfiei e peguei a garrafa e fui cheirar, era uma garrafa de “Sprite”, só que dentro tinha... devia ser refrigerante misturado com pinga.”

- ( ) Suspender este tipo de passeio;
- ( ) Isto é típico da adolescência, o melhor é fingir que não está acontecendo nada. No dia seguinte os alunos estarão de volta ao normal. Se chamarmos a atenção, vai criar um tumulto, e é isso o que eles querem;
- ( ) Promover uma discussão, no dia seguinte, com todos os alunos (os que beberam e os que não beberam) a respeito do ocorrido;
- ( ) Acompanhar cada aluno implicado em seu desempenho escolar e observar se foi um fato isolado.

8. “Às vezes alguns professores acham que alguns alunos estão diferentes, com atitudes diferentes, com um comportamento diferente do normal. Alguns professores até vêm, dizem que sentiram cheiro de maconha no pátio na hora do intervalo. Ou até eles percebem, na entrada da escola, grupos de alunos com pessoas desconhecidas... então existe aí a desconfiança de que possa ser alguém que está ali para passar drogas para os alunos.”

- ( ) “Proibir os alunos a ficar no portão da escola enquanto ainda não é horário de aula”  
;
- ( ) Acionar a guarda civil metropolitana;
- ( ) “A gente tem dificuldade em fazer uma intervenção.” Não temos uma intervenção padrão.
- ( ) “A gente convida esses alunos para entrar para a quadra, para ver um vídeo, para desenvolver algum tipo de jogo. A gente evita que eles fiquem ociosos ali na porta da escola.”
- ( ) “O que os professores costumam fazer quando notam alguma coisa é: preparar, naquela sala que os meninos estão, um texto com jornais e discutir o tema com toda a sala”.
- ( ) Acompanhar cada aluno implicado em relação ao seu desempenho escolar e observar se foi um fato isolado.
- ( ) O melhor é não fazer nada para evitar reações de retaliação.

**Questionário III** (conhecimentos em drogas)

- 1) Considerando as alternativas abaixo, assinale aquelas que contenham os fatores mais relevantes relacionados ao risco para o uso indevido de álcool e outras drogas:
- a)  Companhias inadequadas.
  - b)  Situação de conflito familiar intenso ou prolongado.
  - c)  Má adaptação social.
  - d)  Pais com problemas de uso indevido de álcool e outras drogas.
  - e)  Frequentar clubes noturnos.
  - f)  Não ter religião.
  - g)  Apresentar problemas psicológicos.
  - h)  Não sei.
- 2) Assinale, das alternativas abaixo, todas aquelas que representem ações ou atitudes efetivas de prevenção de uso indevido de álcool e outras drogas:
- a) Palestras eventuais proferidas por autoridades médicas em sala de aula.
  - b) Palestras eventuais proferidas por autoridades policiais em sala de aula.
  - c) "Revistas surpresa" ("blitz") nos materiais escolares dos alunos.
  - d) O professor responder às perguntas sobre sexo, fumo, álcool e outras drogas de seus alunos.
  - e) Programas de incentivo a esportes e atividades artístico-culturais.
  - f) Comunicar e orientar os pais sobre o comportamento excessivamente irrequieto de um aluno do ciclo básico.
  - g) Não sei.
- 3) Um jovem que aparece no seguinte quadro: rindo muito, com muita fome, falando mole, com olhos vermelhos, possivelmente apresenta:
- a) intoxicação aguda por maconha;
  - b) intoxicação aguda por cocaína;
  - c) intoxicação crônica por múltiplas drogas;
  - d) transtorno de atenção e hiperatividade;
  - e) transtorno de conduta.
  - f) Não sei.

- 4) Um jovem que aparece no seguinte quadro: falta de apetite, irritabilidade, inquietude, tiques nas mãos ou boca, dilatação das pupilas, falando muito, possivelmente apresenta:
- a) intoxicação aguda por maconha;
  - b) intoxicação aguda por cocaína;
  - c) intoxicação crônica por múltiplas drogas;
  - d) transtorno de atenção e hiperatividade;
  - e) transtorno de conduta.
  - f) Não sei.
- 5) Um jovem que aparece no seguinte quadro: comportamento violento; comete múltiplos delitos; não segue as normas da escola; não reconhece autoridades, possivelmente apresenta:
- a) intoxicação aguda por maconha;
  - b) intoxicação aguda por cocaína;
  - c) intoxicação crônica por múltiplas drogas;
  - d) transtorno de atenção e hiperatividade;
  - e) transtorno de conduta.
  - f) Não sei.
- 6) Assinale, das alternativas abaixo, todas aquelas que contenham afirmações verdadeiras sobre o crack:
- a) Crack é um derivado da cocaína.
  - b) Pode causar doenças pulmonares.
  - c) Pode causar dependência após um curto período de consumo.
  - d) Na abstinência, a "fissura" é freqüente.
  - e) Eventualmente é vendido em forma de balas nas escolas.
  - f) Não sei.
- 7) Sobre o álcool, assinale todas as verdadeiras:
- a) O álcool é a principal droga de abuso entre adolescentes na idade escolar.
  - b) O uso diário de até uma dose de destilado, por um indivíduo adulto, é considerado consumo de baixo risco pela Organização Mundial de Saúde.

- c) O uso indevido de álcool é fator de risco para Hepatite e AIDS.
  - d) Todo alcoolista faz uso diário de álcool.
  - e) O uso crônico de álcool causa mais danos físicos que o uso crônico de maconha.
  - f) Não sei.
- 8) Sobre as drogas ilícitas, assinale todas as alternativas verdadeiras:
- a) O uso de drogas ilícitas é um caminho sem volta.
  - b) A maior porta de entrada das dependências é a maconha.
  - c) A intoxicação aguda por drogas ilícitas é a principal causa de acidentes automobilísticos nas grandes cidades.
  - d) A intoxicação aguda por drogas ilícitas é a principal causa de morte entre jovens e adolescentes nos grandes centros.
  - e) Em relação a qualquer substância psicoativa, podemos falar em uso recreativo, uso ocasional, uso abusivo e dependência.
  - f) Não sei.
- 9) Sobre a prevenção do uso indevido de drogas, assinale todas as verdadeiras:
- a) Comportamentos do professor, como fumar na sala de aula, podem influenciar negativamente os alunos.
  - b) Comportamentos dos pais, como fumar ou tomar café excessivamente, podem influenciar negativamente os filhos.
  - c) Campanhas publicitárias com frases de impacto, como: “drogas, estou fora”, são comprovadamente eficientes.
  - d) O profissional de eleição para realizar a prevenção na sala de aula é o especialista no assunto.
  - e) Nem toda ação preventiva implica em falar sobre as drogas.
  - f) Não sei.
- 10) Sobre o dependente químico, é verdadeiro:
- a) É dependente químico apenas aquele que consome drogas ilícitas
  - b) O dependente coloca em risco os outros alunos da escola.
  - c) O dependente químico pode parar de usar drogas sem tratamento.
  - d) O dependente químico não procura tratamento espontaneamente.

- e) Um aluno com boas notas não se torna um dependente químico.
- f) Não sei.

**QUESTIONÁRIO IV: Escola Promotora de Saúde**

1. Você acredita que a escola é um espaço adequado para se trabalhar temas ligados à saúde?  
 Sim  
 Não
2. Você acredita que a escola é um espaço adequado para se trabalhar temas ligados ao uso de drogas?  
 Sim  
 Não
3. Você acredita que a escola é um espaço adequado para se trabalhar temas ligados à sexualidade?  
 Sim  
 Não
4. Você acha possível trabalhar conteúdos relacionados à saúde com os alunos da sua escola?  
 Sim, com todos;  
 Sim, com a maioria;  
 Sim, com a minoria;  
 Não
5. Você acha possível trabalhar conteúdos relacionados ao uso de drogas com os alunos da sua escola?  
 Sim, com todos;  
 Sim, com a maioria;  
 Sim, com a minoria;  
 Não
6. Você acha possível trabalhar conteúdos relacionados à sexualidade com os alunos da sua escola?  
 Sim, com todos;  
 Sim, com a maioria;  
 Sim, com a minoria;  
 Não
7. Você acha que os professores desta escola estão preparados para trabalhar conteúdos relacionados à saúde em sala de aula?  
 Sim, todos;  
 Sim, a maioria;  
 Sim, a minoria;

Não

8. Você acha que os professores desta escola estão preparados para trabalhar conteúdos relacionados ao uso de drogas em sala de aula?

Sim, todos;

Sim, a maioria;

Sim, a minoria;

Não

9. Você acha que os professores desta escola estão preparados para trabalhar conteúdos relacionados à sexualidade em sala de aula?

Sim, todos;

Sim, a maioria;

Sim, a minoria;

Não

10. Você acha que os professores desta escola conhecem os parâmetros curriculares propostos pelo Ministério da Educação em 1997?

Sim, todos;

Sim, a maioria;

Sim, a minoria;

Não

11. Você acha possível trabalhar com os parâmetros curriculares propostos pelo Ministério da Educação em 1997 na sua escola?

Sim

Não

12. Você acha que os professores desta escola estão preparados para trabalhar com os parâmetros curriculares propostos pelo Ministério da Educação em 1997?

Sim, todos;

Sim, a maioria;

Sim, a minoria;

Não

13. Você acha possível trabalhar com a proposta dos temas transversais de ensino na sua escola?

Sim

Não

14. Você acha que os professores desta escola estão preparados para trabalhar com a proposta dos temas transversais de ensino?

Sim, todos;

Sim, a maioria;

Sim, a minoria;

Não

15. Como se insere a educação em saúde no projeto político-pedagógico desta escola?

Palestras com convidados;

Eventos especiais como: semana da saúde;

Projetos ligados a uma única disciplina;

Projetos multidisciplinares;

Aulas curriculares;

Não consta.

16. Na sua escola, têm sido realizadas atividades de educação em saúde?

Sim

Não

17. Se sim, na questão anterior, quais as atividades de educação em saúde que tem realizado na escola. (assinale todas as alternativas realizadas no último ano)

Palestras com convidados;

Aulas curriculares;

Eventos específicos: semana de debates, workshops, etc;

Pesquisas / projetos a serem realizadas pelos alunos em uma disciplina específica;

Projetos multidisciplinares.

18. Desde o início do ano, os alunos de sua escola têm tido problemas de saúde (que tornasse desaconselhável a presença do aluno na escola, naquele dia ou por um período) na sala de aula?

Sim

Não

19. Se sim na questão anterior, os professores de sua escola percebem que o aluno está com problemas de saúde?

Sim, com facilidade;

Sim, com dificuldade;

Não

20. Na escola que você trabalha você identifica condições que podem provocar ou favorecer acidentes as crianças, professores ou funcionários?

Sim, muitas;

Sim, poucas;

Não

21. Se sim, assinale os mais comuns:

- canto vivo (pontiagudo)/ pontas fixas;
- bancos soltos / canos em quadras/ pátios;
- parafusos/ ganchos de rede (outros objetos pontiagudos);
- materiais em desuso acumulados no pátio (inclui entulho);
- piso escorregadio;
- pavimento elevado sem proteção.

22. Desde que as aulas começaram este ano ocorreu algum acidente com as crianças dentro da escola?

- Sim, muitos;
- Sim, poucos;
- Não

23. Se sim, assinale os mais comuns:

- Atropelamento no caminho para a escola;
- Atropelamento na frente da escola;
- Cortes;
- Contusões;
- Fraturas;
- Batidas / pancadas na cabeça.

24. A escola tem utilizado alguma forma de prevenção de acidentes com as crianças?

- Sim
- Não

25. Se sim, assinale quais:

- folhetos;
- cartazes;
- conteúdo das disciplinas tradicionais;
- Palestras com convidados;
- Aulas curriculares específicas;
- Eventos específicos: semana de debates, workshops, etc;
- Pesquisas / projetos a serem realizadas pelos alunos em uma disciplina específica;
- Projetos multidisciplinares.

26. Desde o início do ano, os professores de sua escola têm percebido nas crianças algum problema (sinais ou sintomas) relacionado com a visão?

- Sim
- Não

27. Desde o início do ano, os professores de sua escola têm percebido nas crianças algum problema (sinais ou sintomas) relacionado com a audição?
- Sim
- Não
28. Desde o início do ano, foram identificadas crianças com dificuldade de aprendizagem?
- Sim, muitas;
- Sim, poucas;
- Não.
29. Ordene, do mais freqüente ao menos freqüente, os motivos da dificuldade de aprendizagem entre os alunos.
- problemas visuais;
- problemas auditivos;
- problemas psíquicos;
- problemas cognitivos (referentes à inteligência);
- outro problema de saúde;
- indisciplina;
- problemas familiares.
30. Desde o início do ano, houve casos de alunas com menos de 18 anos que engravidaram?
- Sim; quantos? \_\_\_\_\_
- Não.
31. Na sua escola, existe algum sistema de agenda, fichário ou qualquer formulário para anotações de problemas, para o acompanhamento de saúde e doença das crianças?
- Sim
- Não
32. Os pais trazem a carteira de vacinação das crianças para a escola controlar a imunização?
- Sim, muitas vezes;
- Sim, poucas vezes;
- Não
33. Quanto ao encaminhamento de alunos a serviços de saúde, assinale todas as alternativas pertinentes com relação à sua escola?
- A escola considera o encaminhamento dos alunos com problemas de saúde de inteira responsabilidade dos pais.

- ( ) A escola costuma encaminhar os alunos com problemas de saúde preferencialmente para a UBS (“posto de saúde”) mais próxima.
- ( ) A escola costuma encaminhar os alunos com problemas de saúde preferencialmente para o hospital mais próximo.
- ( ) A escola tem facilidade em encaminhar os alunos com problemas de saúde para a UBS (“posto de saúde”) mais próxima.
- ( ) A escola tem dificuldade em encaminhar os alunos com problemas de saúde para a UBS (“posto de saúde”) mais próxima.
- ( ) A escola tem facilidade em encaminhar os alunos com problemas de saúde para o hospital mais próximo.
- ( ) A escola tem dificuldade em encaminhar os alunos com problemas de saúde para o hospital mais próximo.
- ( ) A escola tem uma relação de parceria com a UBS (“posto de saúde”) mais próxima.
- ( ) A escola tem uma relação de parceria com o hospital mais próximo.
- ( ) Tanto a UBS quanto o hospital são muito distantes.

34. Após o encaminhamento das crianças aos serviços de saúde indicados, os pais trazem informações sobre problemas detectados (descobertos) e tratamento indicado?

- ( ) Sim, muitas vezes;
- ( ) Sim, poucas vezes;
- ( ) Não

35. Na sua opinião, há integração entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação?

- ( ) Sim, sempre;
- ( ) Sim, em muitas situações;
- ( ) Sim, em poucas situações;
- ( ) Não.

*Obrigada pela sua colaboração, ela foi muito importante para a pesquisa: “Prevenção Do Uso Indevido De Drogas: Avaliação De Conhecimentos E Atitudes Dos Coordenadores Pedagógicos Das Escolas Públicas De Ensino Fundamental Da Cidade De São Paulo”.*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2004

**QUESTIONÁRIO DE OBSERVAÇÃO DO ENTORNO****Roteiro de Observação****I – Identificação da Escola**

Nº \_\_\_\_\_

População Escolar: \_\_\_\_\_ alunos; \_\_\_\_\_ professores

Períodos: \_\_\_\_\_

**II – Ambiente Físico****A – Características Gerais**

1. Localização: zona

residencial

comercial

industrial

mista

2. Tipo de rua:

terra

pavimentada

com escoamento de águas pluviais

tranquila (trânsito)

arborizada

iluminada

Outros: \_\_\_\_\_

3. Estabelecimentos próximos à escola:

bares

fábricas

padaria

UBS

Fliperama

Outros: \_\_\_\_\_

4. Acesso à escola:

ônibus

lotação

condução própria/qual?

a pé

Problemas: \_\_\_\_\_

B – Saneamento Básico

5. Água – Procedência:

rede pública

carro tanque

poço

outra (especificar)

6. Água – Armazenamento:

caixa d'água

Cobertura: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Freqüência de limpeza da(s) caixa(s): \_\_\_\_\_

7. Utilização da água:

no bebedouro - número

direto da torneira

de filtro \_\_\_\_\_ Limpeza/freqüência

outro

Problemas: \_\_\_\_\_

8. Lixo – Armazenamento:

recipiente com tampa

recipiente sem tampa

condicionamento em saco plástico: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

outros

9. Coleta de lixo:

\_\_\_\_ vezes por semana (1 a 7)

Outra: \_\_\_\_\_

10. Esgoto – Tipo:

( ) rede pública

( ) fossa séptica

( ) fossa negra

( ) fossa seca

( ) a céu aberto

Outro (especificar): \_\_\_\_\_

11. Fossas - freqüência de limpeza:

\_\_\_\_ vezes por semana (1 a 7)

\_\_\_\_ vezes por mês (1 a 3)

\_\_\_\_ vezes por ano (1 a 11)

Problemas: \_\_\_\_\_

C – Prédio Escolar

12. Tipo de construção:

madeira

alvenaria

“Lata”

misto

13. Pavimentos:

número de pavimentos \_\_\_\_

14. Dependências:

Biblioteca n° \_\_\_\_

Secretaria n° \_\_\_\_

sala de professores n° \_\_\_\_

cozinha n° \_\_\_\_

pátio coberto n° -----não coberto n° \_\_\_\_

parque (brinquedos) n° \_\_\_\_

estado atual dos brinquedos: ( ) bom ( ) ruim

salas de aula n° \_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

15. Acesso às dependências:

( ) escada/tipo de revestimento

( ) rampa/tipo de revestimento

16. Iluminação:

( ) natural

( ) artificial

( ) mista

Proteção contra incêndios:

17. Há extintor de incêndio?

( ) Sim

( ) Não

18. N° (por andar) \_\_\_\_

19. Validade

( ) ok

( ) vencida

20. Há mangueira?

21. Há algum treinamento contra incêndio

Problemas: \_\_\_\_\_

D – Instalações sanitárias

22. banheiro nº \_\_\_\_\_

Banheiro - localização:

23. junto às salas \_\_\_\_\_ (nº)

24. no pátio \_\_\_\_\_ (nº)

25. pias nº \_\_\_\_\_

Pias – localização:

26. junto às salas \_\_\_\_\_ (nº)

27. no pátio \_\_\_\_\_ (nº)

28. em cada banheiro \_\_\_\_\_ (nº)

29. chuveiros nº \_\_\_\_\_

Problemas: \_\_\_\_\_

E – Jardim

30. Há jardim? nº \_\_\_\_\_

Problemas: \_\_\_\_\_

### III Presença de policiais:

( ) Dentro da escola, armados;

( ) Dentro da escola, desarmados;

( ) Fora da escola, armados;

( ) Fora da escola, desarmados.

## **Anexo II: Carta aos CP e Termo de Consentimento**

Caro Coordenador Pedagógico,

Gostaríamos de pedir a sua colaboração no projeto de pesquisa:

***“Prevenção Do Uso Indevido De Drogas: Avaliação De Conhecimentos E Atitudes Dos Coordenadores Pedagógicos Das Escolas Públicas De Ensino Fundamental Da Cidade De São Paulo”.***

Para tanto, gostaríamos de fazer alguns esclarecimentos. Este projeto tem como objetivo uma aproximação do universo escolar, para ampliar o conhecimento daquilo que acontece nas escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo, direta ou indiretamente relacionado à questão do uso indevido de drogas. Entendemos que os resultados que encontrarmos terão relação com a estrutura da rede de ensino. Desta forma, não objetivamos, de forma alguma, qualquer julgamento do entrevistado, daí o anonimato da entrevista. Pedimos então que estes questionários sejam respondidos da forma mais sincera e crítica possível. Assim acreditamos que será possível atingir a repercussão desejada:

*“Com o conhecimento alcançado por esta pesquisa, será possível localizar os níveis onde ocorre o descompasso entre conhecimento científico e a aplicação deste conhecimento no cotidiano da população estudada. Com a caracterização de possíveis incongruências no percurso que vai da transmissão de informações, passando pela aquisição do conhecimento e a transformação deste em atitude, gera-se subsídios para uma reflexão sobre estas incoerências. Conforme os resultados deste estudo, mudanças curriculares podem ser sugeridas na formação do coordenador pedagógico. Pois, conforme Silveira, 1996: ‘A prevenção é um problema de todos e não somente de especialistas. Cabe a estes o papel de mobilização social, sobretudo no âmbito da prevenção primária, fornecendo subsídios para a elaboração de estratégias preventivas e atuação específica nos níveis da prevenção secundária e terciária’”.*

Grata

Fernanda G. Moreira

Termo de Consentimento livre e esclarecido

Prevenção Do Uso Indevido de Drogas: Avaliação De Conhecimentos E Atitudes Dos Coordenadores Pedagógicos Das Escolas Públicas De Ensino Fundamental Da Cidade De São Paulo.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa o diagnóstico da situação atual de conhecimentos e de atitudes dos orientadores pedagógicos das escolas municipais de ensino fundamental da cidade de São Paulo em relação ao uso indevido de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas pelos alunos.

Desenho do estudo: corte transversal. Aplicação de questionário, feita mediante visita à escola, previamente agendada por telefone.

Para garantir o seu anonimato, o termo de consentimento é assinado em folha separada do questionário. Preencha as respostas do questionário diretamente no papel de perguntas. Após o preenchimento completo dos questionários, estes serão inseridos no envelope e lacrados. O termo de consentimento será guardado em outro envelope, de forma a garantir o seu anonimato. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum profissional.

Não há implicação, positiva ou negativa, direta para o participante. Trata-se de estudo para avaliação da situação nas escolas municipais de São Paulo. No final do estudo teremos informações que poderão beneficiar a prática de todos os coordenadores pedagógicos da cidade.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Fernanda Gonçalves Moreira, que pode ser encontrado no endereço: R. dos Ottonis, 887. Telefone: 5579-1543, e-mail: [femor@terra.com.br](mailto:femor@terra.com.br). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162. O entrevistador com quem você teve contato é Dr. \_\_\_\_\_.

Afirmo o compromisso de utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

*Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Prevenção Do Uso Indevido de Drogas: Avaliação De Conhecimentos E Atitudes Dos Coordenadores Pedagógicos Das Escolas Públicas De Ensino Fundamental Da Cidade De São Paulo”. Eu discuti com a Dra. Fernanda Gonçalves Moreira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento.*

-----  
Assinatura do Profissional

Data \_\_/\_\_/\_\_

-----  
Assinatura da testemunha

Data \_\_/\_\_/\_\_

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

-----  
Assinatura do responsável pelo estudo

Data \_\_/\_\_/\_\_

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Aires, J. R. C. M.; França Jr., I.; Calazans, G. J.; Saletti F<sup>o</sup>., H. C. “O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios”. Em: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. “Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências”. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
2. Andrade, T.M. & Friedman, S. R. “Princípios e Práticas de Redução de Danos: Interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber”. In: Da Silveira, D. X. e Moreira, F. G. “Panorama Atual de Drogas e Dependências”. São Paulo: Atheneu, 2006.
3. Andrade, T. M. “Parecer de exame de qualificação”. Comunicação pessoal, 2005.
4. Andrade, T. M.; Lurie, P.; Medina, M. G. et al. “The opening of South America’s first needle exchange Program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil”. *Aids and Behavior*, San Diego, Clifornia-USA, v. 5, n. 1, p. 51-64, 2001.
5. Assis, M. M. A.; Villa, T. C. S; Nascimento, M. A. A. “Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 8(3): 815-823; 2003.
6. Brasil. “Parâmetros Curriculares Nacionais”. Vol. 1 a 10. Brasília: MEC, 1997.
7. Bucher R. “A abordagem preventiva”. In: Bucher R., Organizador. “As Drogas e a Vida”. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1988.
8. Buning, E., Rensink, H., & Bron, M. “Drug prevention in The Netherlands: an integrated approach”. In: “Substance Misuse prevention education, International Conference for exchange of information on best practice”. 1996.
9. Buss, P. M. “Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde”. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. “Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências”. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
10. Carlini-Cotrim B. “A escola e as drogas: O Brasil no contexto internacional”. São Paulo, 1992. Tese (doutoramento em Psicologia Social) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

11. Carlini-Marlatt, B. "Estratégias Preventivas nas Escolas". In: S. D. Seibel, & A. Toscano Jr (Organizadores), "Dependência de Drogas". (1a. Ed.). São Paulo: Atheneu. 2001.
12. Costa A.C.L.L.; Gonçalves E.C. "A sociedade, a escola e a família diante das drogas". In: Bucher R, Organizador. "As Drogas e a Vida". São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1988.
13. Cuijpers, P. Effective Ingredients of School-based Drug Prevention Programs: a systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023; 2002a.
14. Cuijpers, P. Peer-led and Adult-led School drug Prevention: a meta-analytic comparison. *J. Drug Education*, 32( 2), 107-119; 2002b.
15. Czeresnia, D. O "Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção". Em: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. "Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências". Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
16. De Micheli & Formigoni, MLOS. "As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro?" *Jornal Brasileiro de Dependência Química* 2(1): 20-30; 2001.
17. Derricott, J., Preston, A., & Hunt, H. "The Safer Injecting Briefing". England: HIT, 1999.
18. Da Silveira, D. X. "Considerações sobre a prevenção ao uso indevido de drogas". *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria APAL*: 15(1); 1993.
19. *Diário Oficial do Município; São Paulo*, 48 (2): 12-21, sábado, 4 de janeiro de 2003.
20. Dimenstein, G.; Alves, R. "Fomos Maus Alunos". Ed. Papyrus, 5ª edição. Campinas – SP, 2003.
21. Ellickson, P.L. & Morton, S.C. "Identifying Adolescents at Risk for Hard Drug Use: Racial/ Ethnic Variations". *Journal of Adolescent Health*, 25:382-395; 1999.
22. Ennett S, Tobler N, Ringwalt C, Flewelling R. "How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations". *American Journal of Public Health* 1994; 84(9):1394-401.

23. Escohotado, A. "O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios". São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.
24. Escolas Municipais de São Paulo - Endereços. São Paulo: SINPEEM Sindicato dos Profissionais de Educação no Ensino Municipal de São Paulo, 2000.
25. Faggiano, F.; Vigna-Taglianti, F. D.; Versino, E.; Zamboni, A.; Borraccino, A.; Lemma, P. "School-Based Prevention for Illicit Drugs' Use" (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Oxford: Update Software; Issue 2, 2005.
26. Galaif, E.R. & Newcomb, M.D. "Predictors of Polidrug Use among Four Ethnic Groups: a 12-year Longitudinal Study". *Addictive Behaviors*, 24 (5): 607-631; 1999.
27. Giglio, C. M. B. A violência escolar e o lugar da autoridade: encontrando soluções partilhadas. em J. G. Aquino (organizador), *Autoridade e autonomia na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1999.
28. Gilvarry, E. "Substance Abuse in Young People". *J. Child Psychol. Psychiat.* 41(1): 55-80; 2000.
29. Gorgulho, M. "A Influência da Mídia na Realidade Brasileira do Fenômeno das Substâncias Psicoativas. Em: Da Silveira, D. X. e Moreira, F. G. "Panorama Atual de Drogas e Dependências". São Paulo: Atheneu, 2006.
30. Gorgulho, M. "O Papel da Mídia na Promoção do Uso Responsável de Álcool". Em: Buning, E.; Gorgulho, M.; Melcop, A. G.; O'Hare, P. "Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição". 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
31. Gottfredson, D. C.; Wilson, D. B. "Characteristics of Effective School-Based Substance Abuse Prevention". *Prevention Science*, Vol. 4 (1): 27-38; 2003.
32. Hallfors, D.; Vevea, J. L.; Iritani, B.; Cho, H. S.; Khatapovich, S.; Saxe, L. "Truancy, Grade point Average, and Sexual Activity: a meta-analysis of

- risk indicators for youth substance use". *Journal of School Health*; Vol. 72 (5): 205-211; 2002.
33. "Jakarta Declaration on health promotion into the 21st century". *Revista Panamericana de Salud Publica*, V. 3 (1); Washington, 1998.
  34. Klitzner M, Fisher D, Moskowitz J, Stewart K, Gilbert S. "Report to the Robert Johnson Foundation on strategies to prevent the onset and use of addictive and abuseable substances among children and early adolescents". Berkeley: Robert Johnson Foundation, 1991.
  35. Lynagh, M.; Perkins, J.; Schofield, M. "An Evidence-Based Approach to Health Promoting Schools". *Journal of School Health*, Vol. 72 (7): 300-302; 2002.
  36. Maierovitch, W. F. (2003 July). "Atenção, Lula!" *Correio Brasiliense*.
  37. Marlatt, G. A. "Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco". Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
  38. Moreira, F. G. "Situações Relacionadas ao Uso Indevido de Drogas nas Escolas Públicas da Cidade de São Paulo: uma aproximação do universo escolar". Dissertação de Mestrado em Psiquiatria. Escola Paulista de Medicina / Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil. 2003a.
  39. Moreira, F. G., Da Silveira, D. X., Carlini, E. A. "Posicionamento da UNIFESP sobre redução de danos: posicionamento do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD)". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, V.52 (set/out): 363-370; 2003b.
  40. Moreira, FG, Silveira, DX, e Andreoli, SB. "Redução de Danos ou Guerra às Drogas? Discutindo posturas de prevenção". XIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria; 2001. Recife - Brasil, Anais do XIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria.
  41. Moysés, S. T.; Moysés, S. J.; Watt, R. G.; Sheiham, A. "Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil". *Health Promotion International*, Vol. 18 (3): 209-218; 2003.
  42. Mukoma, W.; Flisher, A. J. "Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies". *Health Promotion International*, Vol. 19 (3): 357-368; 2004.

43. Nader, P. R. "Health Promoting Schools: why not in the United States?" *Journal of School Health*, Vol. 70 (6): 247; 2000.
44. Noto & Moreira, "Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: conceitos básicos e sua aplicação na realidade brasileira". Em: Da Silveira, D. X. e Moreira, F. G. "Panorama Atual de Drogas e Dependências". São Paulo: Atheneu, 2006.
45. Noto, A. R.; Batista, M. C.; Faria, S. T.; Nappo, S. A.; Galduróz, J. C. F.; Carlini, E. A. "Drogas e Saúde na Imprensa Brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (1): 69-79, 2003.
46. O'Dea, J. & Maloney, D. "Preventing Eating and Body Image Problems in Children and Adolescents Using the Health Promoting Schools Framework". *Journal of School Health*, Vol. 70 (1): 18-21; 2000.
47. Oliveira, M. P. M. T. "Dependências: o homem à procura de si mesmo". Ícone Editora: São Paulo, 2005.
48. Ottawa Charter for Health Promotion. Charter adopted an international conference on health promotion – November 17-21, Ottawa, Ontario, Canada, 1986.
49. Prefeitura.SP - Página Inicial [Web Page]. URL <http://www.prefeitura.sp.gov.br/> [2003, February 4].
50. [ P.R.O.E.R.D. ] - Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência [Web Page]. URL <http://www.polmil.sp.gov.br/unidades/damco/frameset2.asp> [2003, July 19].
51. Reale, D. "A clínica da dependência de drogas: a complexidade do campo das drogas e sua relação com a prática clínica". *Pediatria Moderna*, Vol. 37 (11):633-637; 2001.
52. Rissel, C. & Rowling, L. "Intersectorial Collaboration for the Development of a National Framework for Health Promoting Schools in Australia". *Journal of School Health*, Vol. 70 (6): 248-250; 2000.
53. Romani, O. "Informações sobre drogas: ações, valores e orientações". Em: Baptista, M.; Cruz, M. S.; Matias, R. "Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito". Vol. 2. Ed. UERJ: Rio de Janeiro, 2003.

54. Sanchez, ZVM; Oliveira, LG; Nappo, SA. “Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 43-55; 2004.
55. Senado Aprova Projeto Que Inclui A Orientação Sexual No Currículo Escolar. Agência Senado Vol. Ano XIII - Ns 69; 2002.  
<http://www.consulex.net/dialex/acumulados/11-04-02.htm#topo>
56. Silveira, G. T. “Escola promotora de Saúde: quem sabe faz a hora!” São Paulo, 2000. Tese (doutoramento em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo.
57. Soares, C., & Jacobi, P. “Adolescentes, Drogas e AIDS: Avaliação de um Programa de Prevenção Escolar”. *Cadernos De Pesquisa*, 2000; 109, 213-37.
58. Stratton, P. & Hayes, N. “Dicionário de Psicologia”. Tradução de Esméria Rovai. Ed. Pioneira Thomson Learning. 1ª. reimpressão da 1ª. edição de 1994. São Paulo, 2002.
59. Tobler, N. “Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: Results of the 1993 Meta-Analysis”. *National Institute on Drug Abuse*: 170, 5-68; 1997

**ABSTRACT**

**Objective:** diagnosis of the current situation of knowledge and attitudes of Pedagogical Supervisors (CP) of the Municipal Elementary Schools (EMEF) in the city of São Paulo in relation to the drugs misuse by the students. **Method:** cross-sectional, with probabilistic sample of 20% of the Municipal Elementary Schools (EMEF) in the city of São Paulo, of which a pedagogical supervisor was drafted for application of auto-application questionnaires: (1) academic qualifications and personal data of the CP and data of the schools; (2) evaluation of attitudes in situations related to the drugs misuse; (3) evaluation of knowledge of the CP on the subject; (4) evaluation of the adequacy of the health promotion and transversal themes proposals in the schools and of the health promoting school proposal. And plus a questionnaire filled by the interviewer: (5) questionnaire of evaluation of the environment. The association between the presence or not of the exposition of the pedagogical supervisors to the knowledge about drugs misuse and its prevention, the verified knowledge on this subject and the pedagogical supervisor's attitudes, was tested by means of contingency tables and the statistics significance was tested by the chi-square test Fisher's Exact Test, T of Student Test, or test of correlation of Spearman or of Pearson. **Results:** EMEF's profile: it functions has  $29 \pm 16,8$  years, in 4 periods (61%); it has  $1510 \pm 653$  students,  $64 \pm 30$  teachers,  $24,7 \pm 8,4$  students by teacher,  $13,5 \pm 6,4$  classrooms for school, busy by  $32,2 \pm 9$  students. CP's profile: female (91,7%), Christian (89,4%), with some frequency at the temple/church (60,7%), married (50,6%), with children (58,8%), born in São Paulo city (81,7%), with the age of  $43 \pm 6,9$  years old. CP's academic qualifications: they have specialization or masters degree (41%), they had made preparatory course for CP charge (17,3%), they have participated of some course about drugs (57,3%), work as CP for  $5,4 \pm 4$  years; total time of work at schools =  $18,9 \pm 7,4$  years; time of work as professor =  $14,5 \pm 6,2$  years. Rates at Attitudes' Scale:  $11,5 \pm 3,8$  (possible values: -17 to +21). This means that, in the generality, the values found represent more comprehensive attitudes. Rates at Knowledge On Drugs' Scale:  $55,2 \pm 12,5$  (possible values: 0 to 100):. Rates in each question (possible values: 0 to 10): knowledge about crack = 7 (answers "I do not know" = 5,7%); knowledge about illicit drugs = 6 (answers "I do not know" = 18%); knowledge about chemical dependent = 6 ("I do not know" = 16%); knowledge about alcohol = 4 ("I do not know" = 8%). Correlation of the Attitudes' Scale with time of work as CP:  $R = -0,288$ ;  $p < 0,01$ . Difference of means of Attitudes' Scale in groups of CP's academic qualifications = -1,93,  $t = 2,26$ ;  $GL = 80$ ;  $p < 0,05$ . It was not found correlation between knowledge of CP and: characteristics of the schools; professional exercise of the CP; CP's academic qualifications, including courses on drugs and exposition to quarrels about Harm Reduction. Means at Knowledge On Drugs' Scale in the group with attitudes of exclusion of the schools: difference of means is significant for  $t = 2,74$ ;  $GL = 85$ ;  $p < 0,01$ . Correlation of rates in Attitudes' Scale and Knowledge about Risk Factors for substance misuse:  $R = 0,373$ ,  $p < 0,01$ . **Conclusion:** it was found a controversy in the knowledge on drugs presented by interviewed and the attitudes in situations direct or indirectly related to the drugs misuse in the schools. The knowledge on drugs presented by the educators is medium, with better performance in the questions about illicit drugs and poor performance in the questions about alcohol. The

knowledge do not showed itself influenced by the CP's academic qualifications. It is associated with the biggest number of order of students' exclusion of the schools and less comprehensive attitudes in the situation of addicted student. The attitudes are predominantly comprehensive, associates directly to the general academic qualifications of the CP (having post-graduation) and to the knowledge of risk factors for the drugs misuse, and inversely associated to time of work as CP.