



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

MARCOS PAULO CONCEIÇÃO DA COSTA

**O CONSUMO DO ÁLCOOL POR
ADOLESCENTES : ESTRATÉGIAS
DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO
AMBIENTE ESCOLAR**



MARCOS PAULO CONCEIÇÃO DA COSTA

**O CONSUMO DO ÁLCOOL POR
ADOLESCENTES : ESTRATÉGIAS
DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO
AMBIENTE ESCOLAR**

Trabalho de Conclusão de Curso
(Graduação) apresentado à Faculdade de
Educação Física da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do
título de Licenciado em Educação Física

Orientador: Prof.Dr.Roberto Vilarta

Campinas
2007

CONFERIDO

BIB/FEF

04/12/2007
[Handwritten signature]

UNIDADE FEF/1226
N.º CHAMADA:
Tecnologia
C823c
V _____ Ex. _____
TOMBO BC/ 3511
PROC
C D
PREÇO R\$ 11,00
DATA 25/3/08
N.º CPD 420085

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA
BIBLIOTECA FEF - UNICAMP**

C823c Costa, Marcos Paulo Conceição da.
O consumo do álcool por adolescentes: estratégias de promoção da saúde no ambiente escolar. / Marcos Paulo Conceição da Costa. -- Campinas, SP: [s.n.], 2007.

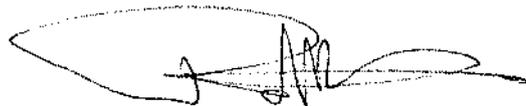
Orientadores: Roberto Vilarta.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Adolescentes. 2. Álcool. 3. Promoção da saúde. 4. Ambiente escolar. I. Vilarta, Roberto. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

MARCOS PAULO CONCEIÇÃO DA COSTA

**O CONSUMO DO ÁLCOOL POR
ADOLESCENTES : ESTRATÉGIAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE
ESCOLAR**

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) defendido por Marcos Paulo Conceição da Costa e aprovado pela Comissão julgadora em: 28/11/07.



Prof. Dr. Roberto Vilarta
Orientador

Estela Marina Alves Boccaletto
Profª Dtdª

Campinas
2007

Dedicatória

Dedico essa monografia ao meu pai e à minha mãe, por terem me ensinado o caminho para o equilíbrio, e com seus exemplos, a lutar pelos sonhos, valorizando o esforço pessoal para alcançar os nossos objetivos.

À minha irmã, pelo orgulho, alegria e pelo estímulo que representa em minha vida.

E a Deus, sem o qual nenhuma destas pessoas teria cruzado minha vida, e por permitir que chegasse ao final de mais uma etapa.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Roberto Vilarta, orientador competente, dedicado e sempre disponível, agradeço por sua amizade e confiança.

A todos os colegas de Graduação, pelas constantes trocas de experiências e pelo incentivo e força nos momentos mais difíceis.

A mestranda Jane de Oliveira, pelo acompanhamento atencioso, interessado e enriquecedor à minha formação e a este trabalho.

Ao Prof. Milton Pandoja pela ajuda na síntese de alguns textos.

À equipe do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pela atenção e disponibilidade.

Aos companheiros do Vôlei, pelos momentos de descontração e alegria.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

COSTA, Marcos Paulo C. título: **O CONSUMO DO ÁLCOOL POR ADOLESCENTES: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR**. 2007. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

RESUMO

A preocupação com o aumento do consumo uso do álcool entre adolescentes vem deixando o mundo e não somente o Brasil em alerta. Estudos epidemiológicos demonstram que o uso e abuso destas substâncias aumentam em ritmo alarmante, e que é na adolescência, que em geral se inicia o consumo. Diante dessa realidade, a tendência mundial é de investir na prevenção, porque as conseqüências do abuso e da dependência de drogas acarretam num maior ônus social. Dentro deste contexto, o objetivo deste trabalho é despertar a atenção ao aumento do número de casos de alcoolismo em adolescentes na idade escolar, estabelecendo relação entre as possíveis causas e as conseqüências do consumo de álcool entre os adolescentes. E o que podemos fazer para diminuir e amenizar a situação, através da implantação de programas educacionais que visam à prevenção do uso do álcool e promoção de saúde na escola. Para isso utilizou-se como metodologia uma revisão bibliográfica do assunto. Os dados analisados reforçam a necessidade do desenvolvimento de atividades de prevenção do abuso e de redução de danos decorrentes do uso do álcool, na tentativa de reduzir a vulnerabilidade observada nesta faixa etária.

Palavras-chave: Adolescência; Álcool; Escola.

COSTA, Marcos Paulo C. title: **THE CONSUMPTION OF ALCOHOL FOR TEENS: STRATEGIES TO PROMOTE HEALTH IN SCHOOL ENVIRONMENT.** 2007. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

ABSTRACT

The preoccupation with the raise of alcohol consumption among adolescents has left the world and not only Brazil in alert. Epidemiological studies have shown that the use and abuse of this substance have increased very much, and it is in adolescence that the consumption starts. Concerning this reality, the world trend is to invest in the prevention because the consequences of abuse and drug addiction get to a major social burden. In this context, the aim of this paper is to draw attention to the number of alcoholic causes in adolescents at school age, establishing a relation with the possible causes and the consequences of alcohol consumption among adolescents, and what we can do to diminish and soothe the situation through the implantation of educational programs which aim the prevention of the use of alcohol and the promotion of health in school. For this purpose, it was used as methodology, a bibliographic review on this subject. The analysed data reinforce the need of developing activities of abuse prevention and the reduction of damages due to the use of alcohol in order to reduce the vulnerability observed on this age group.

Keywords: Adolescence; Alcohol; School.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Comparação em porcentagem de características familiares entre não-usuários e os que fizeram uso pesado de álcool dos 48.155 estudantes do ensino fundamental e médio das 27 capitais brasileiras.....	38
Figura 2 -	Comparação em porcentagem entre não-usuários e os que fizeram uso pesado de álcool de acordo com religião, esporte e trabalho dos 48.155 estudantes do ensino fundamental e médio das 27 capitais brasileiras.....	39
Figura 3 -	Idade do primeiro uso de drogas.....	40
Figura 4 -	Médias do início do consumo de álcool (em anos).....	44
Figura 5 -	Frequência de consumo x gêneros (em %).....	45
Figura 6 -	Quantidade usual x gênero (em %).....	46
Figura 7 -	Frequência de consumo x gêneros (em %).....	47
Figura 8 -	Frequência que bebeu em “binge” X gênero (em %).....	48
Figura 9 -	Frequência do binge-entre adolescentes que já beberam em “binge” nos últimos doze meses.....	49
Figura 10 -	Tipos de bebida alcoólica segundo o gênero (em %).....	50

SUMÁRIO

1 Introdução.....	10
2 Justificativa.....	11
3 Objetivos.....	12
4 Metodologia.....	13
5 Aspectos Históricos e Epidemiológicos do uso do álcool	15
6 O uso do álcool na adolescência	21
7 Fatores da sociedade contemporânea podem influenciar o uso do álcool pelos adolescentes	33
8 Estratégias de implantação de programas educacionais que visam à prevenção do uso do álcool e promoção de saúde na escola.....	52
Anexo A	74
Referências	75

1 Introdução

O presente trabalho apresenta dados relativos ao consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes no Brasil. Para refletir sobre alguns destes dados, é oportuno ressaltar que o aumento no consumo de álcool entre adolescentes vem deixando o mundo e não somente o Brasil em alerta.

Estudos epidemiológicos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), demonstram que o uso e o abuso desta droga vêm crescendo em um ritmo alarmante. Estes estudos revestem-se de importância à proporção que fornecem dados relevantes para a elaboração de estratégias preventivas ao consumo excessivo de álcool e problemas associados a ele, seja na idade adulta, ou na adolescência, tornando possível a elaboração de políticas públicas destinadas para o controle e prevenção.

Diante dessa realidade, a tendência mundial é de investir na prevenção, porque as conseqüências do abuso e da dependência de drogas acarretam num maior ônus social. O consumo de drogas deve ser tratado como um problema de saúde pública, sendo importante a identificação precoce, o encaminhamento adequado e, principalmente, a multiplicação de ações preventivas.

Além disso, quanto mais precocemente se intervém, menos se gasta e maior é a possibilidade de que o tratamento seja bem-sucedido (HOLDER, BLOSE, 1986). Segundo Gilchrist (1991), a importância dos programas preventivos para a redução da transição do uso experimental para o uso regular deve-se ao pressuposto de que o uso regular pode levar à dependência. Tomando-se como exemplo o álcool, uma das drogas mais utilizadas pelos estudantes (BUCHER, TOTUGUI, 1988; ZANINI et al., 1977), constata-se que seu uso continuado pode gerar graves problemas multissistêmicos como complicações nos sistemas nervoso, muscular, hematopoiético, endócrino e digestório além de outras complicações. (GITLOW, PEYSER, 1991; FONSECA, 1992).

2 Justificativa

O interesse em desenvolver este trabalho teve sua inspiração baseada na experiência vivenciada durante um treino de futebol, destinado para alunos da sétima série de uma escola pública.

Antes de iniciar o treinamento, dois alunos adolescentes com cerca de 13 anos, despertaram a atenção do treinador. Ambos estavam alcoolizados. Este fato chamou bastante atenção. A partir deste dia, algumas perguntas surgiram, como: porque estes jovens bebiam? Porque tanto, a ponto de chegarem alcoolizados no treino? Será que os pais, se é que eles possuem família, sabem que seus filhos consomem álcool de forma tão exagerada? Qual a estrutura que esses jovens possuem?.

O que surpreendeu, foi a atitude tomada tanto pelo treinador quanto pelos companheiros de equipe. Todos chegaram a um consenso de “punir” ambos alunos, eliminando-os do campeonato escolar que estavam participando.

A partir de então, outras perguntas voltaram a afligir: Será a punição a melhor maneira de ajudar estes adolescentes? Como educador não seria o papel do treinador arranjar uma solução mais pertinente para a situação? Tal atitude não poderia ser crucial para aumentar ainda mais o consumo de álcool por esses adolescentes? Qual o papel da escola frente a esses alunos? Como se dá o consumo de álcool na escola?

Desta forma entende-se pertinente o estudo da epidemiologia do uso do álcool por adolescentes, desvendando sua influência sobre a saúde dos jovens, o impacto emocional e social deste vício e as formas de consumo nos dias atuais, bem como os fatores da sociedade contemporânea que influenciam este uso.

3 Objetivos

Esse trabalho tem por objetivo despertar a atenção dos profissionais da educação ao aumento do número de casos de alcoolismo em adolescentes na idade escolar. Detectando a relação entre as possíveis causas e as conseqüências do consumo de álcool entre os adolescentes e o que podemos fazer para diminuir e amenizar a situação, através da implantação de programas educacionais que visam à prevenção do uso do álcool e promoção de saúde na escola.

4 Metodologia

O primeiro passo para a realização deste estudo, foi um levantamento bibliográfico visando a coleta e análise de dados relacionados a esses problemas já descritos.

A pesquisa bibliográfica tem por finalidade “colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicadas, quer gravadas” (MARCONI, LAKATOS, 1986, p. 183). Esta etapa é o primeiro passo de toda pesquisa científica, consistindo no levantamento da bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita (LAKATOS, MARCONI, 1986).

Manzo apud LAKATOS e MARCONI, 1986, p. 45,

[...]a bibliografia pertinente oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizam suficientemente” e tem por objetivo permitir ao cientista “o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações[...].

Lakatos e Marconi (1982, p.183) acrescentam que “a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”.

Desta forma, a base desta pesquisa foi o estudo de livros, revistas, teses e documentos da Organização Mundial de Saúde. Palavras chaves também foram pesquisadas em bases de dados como o Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde), OBID (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas), SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) e do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), o que possibilitou o acesso e manipulação de informações relevantes para a reflexão e para a utilização na formação deste trabalho. Utilizou-se, ainda, um levantamento bibliográfico no SBU (Sistema de

Bibliotecas da Unicamp). Este levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de agosto e setembro de 2007, tendo como palavras-chaves: escola, álcool e adolescente.

Com o material bibliográfico foram realizados fichamentos dos dados e organização conforme a hierarquia dos assuntos.

5 Aspectos Históricos e Epidemiológicos do Uso do Alcool

Moralistas, pensadores, filósofos e, mais modernamente, sociólogos, médicos e educadores têm sempre discutido os malefícios do álcool.

Historicamente as drogas estiveram presentes entre todos os povos, em todos os tempos. Conta-se que na velha China, o Imperador Fou Shi, três mil anos da nossa era, mandou decapitar o inventor do vinho. Draco, na Grécia, usava de meios severos, punindo com a morte os que entregavam ao vício de beber. Francisco, 1º ministro da França, no século 16, punha a pão e água, castigando os que abusavam do vinho. (MASUR, 1980).

Como enfatiza Hoffman (2000, p. 92), “Em todo o mundo primitivo, nas Américas, na Europa, na Ásia e na África, o homem vem se utilizando de substâncias psicotrópicas há milênios, e este uso tem sido considerado central dentro destas culturas”. Ao longo da história, esse consumo foi ocupando espaço em diferentes contextos culturais, ganhando aceitação e proibição, em diversos países. (MASUR, 1980).

Porém, mesmo com essas atitudes acima citadas, o álcool continuou sendo consumido, mesmo que ilegalmente. O que mudou nos tempos atuais é a viabilidade de aquisição e o crescente número de usuários. Hoje em dia todos bebem, seja qual for a cor da pele, a condição social, etc; pois ao contrário de quase todas as outras drogas (lícitas ou ilícitas), o álcool não só é louvado como agente de prazer, mas ao mesmo tempo também, como fonte de riqueza, alimento e remédio, com isso acobertando com as suas vantagens enganadoras os danos que vem causando à humanidade.

Esses prejuízos demarcam todas as etapas da história. Segundo estudiosos, Atenas degradou-se pelo alcoolismo; Roma, afirmam, ruiu ao peso das bebedeiras dos seus cônsules e imperadores. Acrescentam os entendidos que memoráveis campanhas militares do passado se tornaram desastres tremendos, não pela força do inimigo, mas pela falta de sobriedade no comer e no beber dos seus soldados e generais. (MICHELET, 1985).

Alexandre - o Grande - morreu prematuramente, vítima da dipsomania (impulso mórbido, periódico e irresistível, que leva o indivíduo a ingerir grande quantidade de bebidas alcoólicas). Historiadores afirmam “o álcool foi um dos grandes corruptores do mundo no século 19”. (MICHELET, 1985).

Porém este hábito não mudou, pois um dos grandes estigmas do século XX foi sem dúvida o alcoolismo, droga lícita, cuja história ainda terá que ser contada através do caminho que ela traçou, ou seja, sofrimento, degradação e doenças.

A literatura internacional relata que entre 10 a 12% da população mundial é dependente de álcool, provocando cerca de 750 mil mortes todos os anos em todo o mundo. O padrão de consumo na população geral não é conhecido, mas é considerada uma das drogas que mais causa dano à sociedade. (GALDURÓZ, NOTO, CARLINI, 1997, p. 100).

No Brasil, o álcool é responsável por mais de 90% das internações hospitalares por dependência, além de aparecer em cerca de 70% de laudos cadavéricos das mortes violentas (CEBRID, 1997). É a terceira causa de aposentadorias por invalidez e a 2º causa de transtornos mentais. O uso indiscriminado do álcool traz enormes prejuízos à sociedade e à economia, pois geralmente ocorre em indivíduos em plena fase produtiva, com conseqüente baixa da produtividade no trabalho, aumento dos acidentes de trabalho, elevado absenteísmo, sem contar os malefícios para a saúde física e mental do usuário (PEREIRA, SENA, OLIVEIRA, 2002).

O abuso de álcool e outras drogas está relacionado com 50% dos suicídios entre os jovens, sendo que o consumo de álcool está relacionado com 80% a 90% dos acidentes automobilísticos na faixa dos 16 aos 20 anos. A maioria dos usuários de outras drogas, principalmente os mais jovens, também consomem álcool. (KANDEL, DAVIES, 1996).

No Brasil, as causas de morte violenta, devido ao consumo de álcool, foram analisadas do ponto de vista histórico. As estatísticas mais antigas limitam-se aos acidentes, excluindo os homicídios e suicídios. Apesar disso, pode-se observar o

crescimento regular de mortes por causas externas, de 3% em 1930 para 14% em 1988, ocupando o segundo lugar na classificação geral. (MINAYO, SOUZA, 2003).

A importância relativa das causas externas de morte violenta representa 58% do total das mortes, 31,38% na faixa etária de 5 a 19 anos e 40,24% no grupo de 20 a 29 anos. Destaca-se o crescimento das mortes violentas entre os jovens do sexo masculino na região metropolitana de São Paulo, com altos índices de mortalidade por homicídios e suicídios, sugerindo que as taxas de mortalidade por violência refletem de modo mais fiel à deterioração das condições de vida. (MINAYO, SOUZA, 2003).

No Brasil, o álcool é a droga mais usada em qualquer faixa etária e o seu consumo entre adolescentes vem aumentando, principalmente entre os mais jovens (de 12 a 15 anos de idade) e entre as meninas. Segundo o "V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras " realizado em 2004 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 65,2% dos estudantes relataram uso na vida de álcool; 44,3% nos últimos 30 dias; 11,7% uso freqüente, ou seja, seis ou mais vezes no mês; e 6,7% uso pesado, isto é, 20 ou mais vezes no último mês. (GALDURÓZ et al., 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), há décadas, já definia o alcoolismo como uma doença de natureza complexa. O álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas pré-existentes no indivíduo, cujo tratamento faz-se necessário recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude. (SOUZA, MARTINS, 1998).

Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o álcool é o terceiro maior fator de risco tanto de morte como de incapacidade na Europa, embora entre os jovens já tenha se transformado no primeiro, com 55.000 mortes ao ano de pessoas entre 15 e 29 anos, especialmente devido aos acidentes de trânsito. No mundo todo, é o quinto fator de morte prematura e de incapacidade e provoca 4,4% da carga mundial de morbidade, já que até 60 doenças são associadas a seu consumo. A OMS calcula que em

2002 o custo conjunto do consumo nocivo de álcool chegou a US\$ 665 bilhões. (SOUZA et al., 2007)

Pelo menos 2,3 milhões de pessoas morrem por ano, no mundo todo, devido a problemas relacionados ao consumo de álcool, o que totaliza 3,7% da mortalidade mundial, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Além da alta prevalência do consumo de álcool, dois outros fatores são relevantes: a idade de início do uso de álcool e o padrão de consumo. Estudos sugerem que a idade de início vem se tornando cada vez mais precoce. No Brasil, a média de idade para o primeiro uso de álcool é 12,5 anos. Entretanto, quanto mais precoce a experimentação, piores as conseqüências e maior o risco de desenvolvimento de abuso e dependência de álcool. (HINGSON, WINTER, 2003).

Quanto ao padrão de consumo, estudos revelam que quando adolescentes tomam bebida alcoólica, tendem a fazê-lo de forma pesada, apresentando episódios de abuso agudo, ou seja, beber cinco ou mais doses em uma ocasião. Tal consumo exacerbado aumenta o risco de problemas sociais e de saúde, como os acidentes de trânsito, violência e gravidez indesejada. (HINGSON, WINTER, 2003).

Nota-se que a compreensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool entre adolescentes deve se ampliar para além da prevalência do uso, e considerar também o padrão e o comportamento de consumo. Vários fatores têm influência sobre o comportamento do beber, como: contexto social e familiar, expectativas e crenças, preço, disponibilidade comercial, facilidade de acesso (por muitas vezes bares próximos às escolas).

Ultimamente está ocorrendo uma grande proliferação de pesquisas investigando o ambiente do alcoolismo em geral, proporcionando assim um novo entendimento do seu desenvolvimento (etiologia), desvendando que o seu consumo esta interligado com influências de múltiplos fatores (biológico, psicológico e social) relacionados com a sua progressão e sua intensidade do beber.

Um grupo de pesquisadores europeus publicou um estudo na revista Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy em 2007, no qual avaliaram os preditores

econômicos, comportamentais e demográficos relacionados ao maior risco de alcoolismo dentre os adolescentes. Participaram da pesquisa indivíduos com idades entre 15 e 16 anos (OBSERVATÓRIO, 2007).

Os resultados divulgados revelaram que pelo menos 87,9% dos participantes assumiam consumo regular de bebidas alcoólicas. Dentre os alcoolistas, 38% afirmaram abusar freqüentemente na quantidade ingerida e 49,8% relataram consumir bebidas em locais públicos - apesar da proibição legal de venda de bebidas alcoólicas para menores. Além disso, comprovou-se que a obtenção das bebidas alcoólicas, por intermédio de familiares, estava relacionada a menores taxas de abuso e maior consumo em locais públicos. (OBSERVATÓRIO, 2007).

Os autores concluíram que o consumo de bebidas alcoólicas deve ser desestimulado, dados os riscos inerentes a este hábito. O suporte familiar é capaz de minorar o risco de etilismo, ou mesmo de moderar a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas pelos adolescentes.

Trata-se de uma problemática que envolve a diversidade e complexidade dos diferentes campos da política, da economia, da cultura e do psiquismo. Pelo lado político-econômico, o álcool transformou-se em um poderoso pólo da indústria, constituindo-se num dos maiores negócios na segunda metade do século XX. Existe enorme interesse nos circuitos de produção, circulação, distribuição e consumo de álcool. Resulta daí, verdadeiras redes organizadas nacional e internacionalmente, perpassando a sociedade civil e política, em quase todos os países. (KOSSOBUDZKY, ALVES, 2002).

Desse modo, se levarmos em conta a complexidade do fenômeno das drogas, qualquer abordagem séria e rigorosa da questão não pode deixar de considerar os três aspectos básicos e conhecidos inerentes a esta problemática: os aspectos farmacológicos dos produtos utilizados; os aspectos psicológicos relativos ao usuário ou dependente e o exame da perspectiva cultural, sociológica e relacional da questão. (NOWLIS, 1975).

Dentre os fatores de risco associados ao abuso de drogas e sintetizados pelo National Institute on Drug Abuse dos Estados Unidos da América, encontram-se os ligados à socialização, que dizem respeito à interação da criança com os agentes

socializadores fora da família, especificamente a escola, os pares e a comunidade. Os fatores de risco ligados à socialização são: comportamento agressivo e inapropriado em sala de aula, fracasso no desempenho escolar, habilidades sociais empobrecidas, afiliação com pares que apresentam comportamentos desviantes e percepção de que na escola, entre os pares e na comunidade, existe aprovação do comportamento de uso de drogas. (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG, 1997).

Deste modo e levando em consideração o que já foi citado, nota-se a importância do estudo nesta área, a fim de descobrir quanto e como se dá o consumo do álcool por adolescentes na idade escolar.

6 O uso do álcool na adolescência

Os dicionários registram que a adolescência é o período da vida humana entre a puberdade e a virilidade. Embora não seja possível fixar limites universais e exatos para sua duração, os doze e os vinte anos, aproximadamente, são em geral admitidos como a idade inicial e final desta etapa do desenvolvimento humano. (ZAGURY, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende a adolescência entre os 10 e 20 anos, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entre 12 e 18 anos.

É uma etapa extremamente importante no desenvolvimento, com características muito próprias, que levarão o jovem a formar-se um ser adulto. As mudanças corporais e mentais que ocorrem nesta fase são universais, com algumas variações psicológicas e relacionais de cultura a cultura, de grupo em grupos e até entre indivíduos de um mesmo grupo. (ZAGURY, 2000).

Montesinos (1995) comenta que as últimas décadas do século 20 foram marcadas por mudanças tão dinâmicas que, na prática, vivemos em um mundo diferente do que vivenciaram as gerações adultas dos anos de mil novecentos e sessenta e setenta. Este período foi marcado por evoluções culturais de abrangência geral, inclusive por uma forma diferente de vida diária. Hoje em dia está acima de qualquer dúvida que as relações sociais adquiriram um novo sentido, herdado da tradição cultural que instaurou as formas de interação entre homens e mulheres.

Nessa fase da vida dos jovens, acontece um rápido desenvolvimento físico e mudanças emocionais profundas. A característica mais visível da adolescência é o acentuado desenvolvimento físico, com fortes transformações internas e externas. Porém, ocorrem também mudanças nos campos intelectual e afetivo. Diminui o número de amigos em comparação com a puberdade. As relações interpessoais vão em busca de afinidades e tornam-se mais estáveis e íntimas ao longo do tempo. (CRAIG, 1997).

Além disso, se anteriormente tudo o que lhes tinha sido dito, principalmente pelos pais e professores, era aceito como verdade absoluta, agora já não é mais. Começam a questionar principalmente os princípios da sociedade, da religião, da política e da família. Têm tendência a procurar novas alternativas e novas respostas, daí o freqüente questionamento com relação a tudo que os pais dizem ou fazem. A capacidade racional desenvolvida junto com a objetividade alcançada permite que as tensas relações com os pais e professores se relaxem, admitindo suas influências e, em certos casos, levando inclusive a uma relação de amizade com um dos pais. (REMPLEIN, 1971).

O Brasil tem hoje 61 milhões de crianças e adolescentes, sendo 35,9% da população total é constituída por crianças e adolescentes. Tais números representam esperança, energia, desafio e inquietação para a sociedade brasileira.

Desta juventude, espera-se: capacidade de produzir mudanças desejáveis, acelerando o processo de desenvolvimento econômico, para assim tentar amenizar os problemas que as gerações anteriores não souberam, não puderam ou não quiseram resolver.

Porém, os adolescentes passam por grandes desafios, tanto na educação como em oportunidades de emprego; por muitas vezes a educação básica é oferecida, porém o ensino superior beneficia poucos, formando assim uma geração com baixa qualificação, aumentando a taxa de desemprego entre os mais jovens. Enfim, o que se pode esperar de uma mocidade sem emprego e sem escola?

Entre os estudiosos da psicologia, adolescência é sinônimo de inquietação. Eles citam que as famílias preocupam-se com os movimentos rebeldes dos adolescentes. Preocupações que vêm sendo comprovadas pelas estatísticas que indicam o aumento de delinqüentes juvenis, cujo instinto de destruição pode ser colocado em serviço de grupos criminosos, movimentos rebeldes ou grupos agressivos. (HAVIGHURST, 1966).

Entre as inúmeras definições da adolescência, destaca-se a que tem como critério o caráter psicológico, “período de extensa reorganização da personalidade, que resulta de

mudanças no status bio-social entre a infância e a idade adulta”. (AZOUBEL, 1965, p.100).

Desde os tempos de Aristóteles o homem tem procurado identificar as principais características dos adolescentes. Inúmeros estudos tentam desvendar os mistérios desta crítica fase.

Blos (1995, p . 447) coloca que

[...] suas famílias, sua criação, seus primeiros professores-todos exercem enorme influência sobre o grau de estabilidade emocional com que o moço ou a moça resolve os processos emocionais da adolescência. Qualquer nova experiência na vida ou na educação é iniciada e levada avante de modo mais eficiente quando as ansiedades do passado não são muito grandes. Quando, durante os anos de infância, tais indivíduos crescem em uma atmosfera na qual são aceitos e vivem em lares sólidos e previsíveis, desenvolvem sua confiança nos adultos e não são pressionados de maneira excessiva, precoce ou demasiado rápida para se ajustar a um molde fixado pela sociedade ou pelos pais, é de espera que as reações posteriores às mudanças afetivas não lhes causem senão um mínimo de perturbação[...].

A psicanalista Anna Freud (1971) não apenas concebe a adolescência no mundo moderno como um período de perturbações, transtornos e rebelião, como também afirma que as tensões e alterações nos jovens devem ser consideradas como indícios de desenvolvimento normal e de que ajustamentos interiores estão ocorrendo.

O fato de certos estudos mostrarem que há sociedades nas quais a passagem da infância para a idade adulta ocorre de modo aparentemente tranqüilo, não significa que tal transição seja igualmente calma e sem problemas, em sociedades mais adiantadas. Há, pelo contrário, indícios de que a complexidade do processo de preparação para a vida adulta nestas últimas, o acúmulo de exigências a serem satisfeitas pelos adolescentes e a fluidez, a intranqüilidade e as incertezas do mundo no qual devem viver, são fatores que tendem a fazer da adolescência, em sociedades como a nossa, um período marcado por confusão pessoal, tensões e problemas. Existem, naturalmente, variações individuais. Tanto a cultura, de modo geral, como os pais, em particular, podem facilitar ou dificultar a transição adolescente. (LEVISKY, 1998).

A adolescência tem sido apontada como “idade emocional”, época da vida humana em que o comportamento se acha freqüentemente sujeita as frustrações, conflitos entre motivos/problemas, desajustamentos a situações novas que perturbam a conduta e a experiência do indivíduo. (LEVISKY, 1997).

Na literatura recente sobre psicologia da adolescência, as tensões e problemas emocionais ocupam lugar de destaque.

O aumento marcante na incidência de perturbações de comportamento e delinqüência nos anos adolescentes tem sido assinalado, em vários países, como evidencia da instabilidade emocional e ansiedade dessa fase. Durante a adolescência certo número de jovens, não sabido exatamente, mas significativamente grande, sofre o que é conhecido como “colapso nervoso”, enquanto uns cometem suicídio ou tentam fazê-lo, outros, convertem-se em delinqüentes, desperdiçam suas vidas com o alcoolismo, levando à autodestruição e à tragédia para si mesmos e suas famílias. Alguns desses resultados infelizes ocorrem entre os jovens mais promissores, os mais inteligentes e dotados, cujas perplexidades e dificuldades de personalidade são muito freqüentemente ignoradas. (SAITO, 2001).

Dados recentes sobre suicídios e tentativas de suicídios no Brasil podem ser considerados índices inquietadores de frustrações e problemas nos jovens, que se volta contra si mesmos ao se sentirem incapazes de suportar as pressões e tensões da vida. As pesquisas sobre índices de adolescentes que cometem suicídio informam que as ocorrências foram mais freqüentes na faixa etária de 16 aos 19 anos (45,7%), em brancos (61,4 %), solteiros (85,7%) e com uma razão entre os gêneros masculino e feminino de 1:4. Cerca de 47% dos entrevistados se declararam economicamente ativos, com renda familiar de 2 a 5 salários mínimos e 38,6% eram estudantes. A maioria dos respondentes (55,7%) apresentava baixo nível de escolaridade, com 1º grau incompleto. (MARCONDES, 1998).

As famílias eram constituídas por pai, mãe e filhos (38,6%) e por mãe e filhos em 30% dos casos. Sessenta e sete adolescentes e jovens moravam com as famílias e parentes próximos. A maioria dos pacientes (87,1%) conseguiu os produtos na residência, com

amigos, com familiares ou outros meios. Os medicamentos foram às substâncias químicas mais utilizadas nas tentativas (67,1%), em especial, o grupo dos psicofármacos (anticonvulsivantes, sedativos, antipsicóticos e antidepressivos). Com relação às drogas de abuso, a maconha, a cocaína e os solventes orgânicos apresentaram uma frequência de utilização de 29,5%, 11,1% e 14,8%, respectivamente. Entre as drogas lícitas destacou-se o uso de álcool etílico (40,7%) e os cigarros de tabaco (85,2%) entre os pacientes. (MARCONDES, 1998).

A adolescência é, de longe, o grupo etário que maior preocupação suscita quanto ao consumo de substâncias psicoativas, e por isso tem grandes esforços na produção do conhecimento a respeito deste fenômeno.

Beck (1987) menciona que são várias as maneiras em que os adolescentes podem estar envolvidos com álcool e outras drogas, já que revelam a tendência de sentir-se indestrutíveis e imunes para os problemas vivenciados pelos outros. O uso do álcool ou do tabaco numa idade precoce aumenta o risco do uso de outras drogas. Enquanto logo depois da primeira experimentação, alguns adolescentes desistem ou continuam usando ocasionalmente sem ter problemas significativos, outros desenvolverão uma dependência, aumentando o padrão de uso e inclusive introduzindo outras drogas, em um processo que pode acarretar danos mais significativos à saúde e perdas sociais.

Durante a Adolescência ocorrem grandes transformações biopsicossociais fundamentais para a construção do sujeito, resultante de tudo que se precedeu, portanto, da infância, e determinante de tudo que há de vir, ou seja, a adultícia. (SAITO, 2001).

Fatores de risco para uso de drogas entre adolescentes no Brasil têm sido pouco estudados, sendo a maior parte das informações disponíveis a esse respeito proveniente de estudos realizados em outros países. Além de fatores sócios demográficos (sexo, idade, classe social), os estudos indicam associação do uso de drogas com: envolvimento parental ou familiar em consumo de álcool ou drogas, não ser criado por ambos os pais, baixa percepção de apoio paterno e materno, ausência de prática religiosa, menor frequência na prática de esportes. São fatores de proteção a confianças depositada nos pais e pares, a importância do envolvimento religioso (participação em grupos de jovens, confiança em

conselheiros religiosos, crença em Deus e habilidade para rezar), expectativas educacionais (ser considerado inteligente, estar entre os melhores da classe), menos conflitos e tentativas de separação na família. (SAITO, 2001).

Dos problemas que preocupam os jovens, estão medos e ansiedades ligados a conflitos emocionais, limitações que vêm em si mesmos, apreensões relativas à escola, a escolha de profissão, etc. (LEVISKY, 1997).

Assim como há pessoas que não chegam a desenvolver plenamente as aptidões e talentos que possuem, também no domínio emocional é possível que o indivíduo ingresse na idade adulta sem haver conquistado plena maturidade emocional. Referimo-nos a pessoas que emocionalmente se comportam como crianças, porque não conseguem controlar suas emoções, não sabem usá-las de maneira sadia, não toleram frustrações, etc. A adolescência é a idade de crescimento emocional, durante a qual o jovem deve conquistar a maturidade afetiva.

Para Menninger (1964, p. 57), pessoa amadurecida emocionalmente é aquela que

Encontra maior satisfação em dar que em receber; é capaz de adquirir lealdades satisfatórias e permanentes; em suas relações, obtém assim como proporciona satisfação; é criativa em suas horas de folga e contribui para a melhoria de sua escola, de sua família, de sua comunidade; é capaz de aprender e de beneficiar-se com seus erros e seus sucessos.

A transformação gradual do comportamento social da criança e do adolescente no comportamento social do adulto abrange numerosos aspectos, dignos da mesma atenção que tributamos ao crescimento mental, físico e emocional. Havighurst (1966, p.100) define o desenvolvimento social com o “processo pelo qual o indivíduo se converte em membro participante de um grupo cultural específico e, ao mesmo tempo, em membro de uma parte cada vez maior da humanidade”.

A socialização é contínua: inicia-se nos primeiros anos de vida e prossegue ao longo da vida adulta, nela intervindo numerosos agentes. Ocorre tanto em virtude da influência de pessoas mais velhas, como também através da ação de pessoas que tem a mesma idade e “status” social de quem está sendo socializado. Se os grupos socializadores

mantêm valores, crenças, atitudes e objetivos comuns, eles se apóiam mutuamente ou se complementam em suas influências e o grau de conflito é mínimo. Caso não haja correspondência, os conflitos aumentam em intensidade e quantidade, o indivíduo vê-se obrigado a optar entre diferentes valores e modos de vida e as conseqüências podem ser serias para a sociedade. (SELZNICK, 1963).

A família é o principal agente da socialização do indivíduo. Cuidando dos filhos, amando-os, recompensando-os, castigando-os, educando-os. À medida que a criança se desenvolve, entretanto, amplia-se à influência de um grupo competitivo, o dos companheiros da mesma idade e sexo. (SELZNICK, 1963).

A conquista da independência pessoal e emocional é geralmente assinalada como um dos principais alvos da adolescência. Para que se afirme como personalidade e conquiste o seu lugar de adulto em um mundo de adultos, o jovem deve libertar-se gradualmente da tutela do lar, ser capaz de tomar sozinho suas decisões, arcar com as conseqüências destas e estabelecer laços emocionais com companheiros da sua idade. (LEVISKY, 1997).

Os próprios jovens, apesar do desejo de assegurar sua autonomia, podem ficar preocupados, confusos e temerosos de tomar decisões errôneas.

Os pais desejam que seus filhos adolescentes assumam a responsabilidade de manter suas tarefas em ordem, mas os adolescentes geralmente querem continuar dependendo dos pais neste aspecto, enquanto buscam independência, saindo à noite, fumando, bebendo, enfim, tendo hábitos que seus pais desaprovam. (COLEMAN, 1985, p. 45).

Durante a segunda década do desenvolvimento humano, uma nova unidade de vida social - a “turma”, “bloquinho”, ou o grupo de companheiros - passa a exercer grande influência sobre o comportamento do indivíduo. Embora os desejos dos pais sejam importantes para os jovens, estes buscam mais; agora, a aprovação, admiração e respeito dos seus companheiros em suas atividades diárias, quer dentro quer fora da escola. (COLEMAN, 1985).

A “turma” compõe-se de um conjunto mais ou menos comum de valores, que determina quem será admitido, o que fará e como será censurado o membro do grupo que não se ajustar aos seus valores.

Várias características diferenciam o grupo de companheiros do adolescente, como agente socializador, da família ou do grupo adulto. A diferença principal é que, enquanto junto aos adultos o adolescente se encontra sempre em posição subordinada, junto aos seus companheiros este se sente entre iguais, “é relativamente livre para exercitar” as próprias atitudes, juízos e faculdades críticas e para fazer as próprias escolhas de conduta aceitável ou inaceitável, é livre para explorar as relações interpessoais e para medir-se com os demais. (LEVISKY, 1998).

Além disso, no grupo de companheiros a aprendizagem se dá em um ambiente menos carregado emocionalmente; e a influência do grupo tende a ser mais importante à medida que a criança cresce, ao contrário da família, cuja influência se reduz, com o tempo. (HAVIGHURST, 1966, pp. 72-73).

É possível que as pressões sociais do grupo dos adolescentes tornem-se cada vez mais influentes e constituam fonte de conflito no lar, porque o grupo se rivaliza com o controle paterno (ALMEIDA, 1989). O grupo de companheiros a que o adolescente se associa pode agir de acordo com um código de normas e valores bastante diversos daquele que o jovem aprendeu a obedecer no lar.

Itens relativos ao comportamento sexual, fumar, jogar, beber etc, determinam muitas vezes choques com valores construídos no ambiente familiar.

Coisas anteriormente tidas como “más”, ou “censuráveis”, podem passar a serem encaradas como naturais ou normais, ao mesmo tempo em que surge ou aumenta a oposição moral a itens parciais ou totalmente ignorados durante a infância.

As mudanças nos padrões morais que ocorrem durante a adolescência resultam, em geral, de um dos seguintes processos: conformidade com o grupo de companheiros, a fim de obter aceitação e evitar rejeições; adoção de uma atitude de um modelo admirado, a fim de reforçar a identificação pessoal com o modelo; adoção de uma nova atitude a fim

de manter congruência e consistência com os demais valores individuais. (KELMAN, 1963).

De acordo com Piaget, a partir dos 7 ou 8 anos a criança desenvolve progressivamente uma consciência moral autônoma. À medida que passa a participar de grupos de companheiros mais amplos e mais variados, as regras e valores tendem a se tornar menos absolutos e autoritários, e passam a depender mais da influência do grupo. (PIAGET, 1991).

As qualidades que os jovens levam em conta na escolha de amizades, e os fatores que dificultam ou impedem a aceitação de um adolescente por seus pares, têm sido objeto de numerosas investigações. Em alguns estudos neste campo, o primeiro critério para ter amizade com alguém, é basicamente o gosto pessoal, depois ao comportamento no grupo, e finalmente, com menor frequência, as relações de casa e família. (PIAGET, 1991).

Os jovens começam a assumir o controle de sua vida social, surgem novas atividades de lazer e inicia a preocupação com a escolha vocacional. Quanto mais acesso tiver a novas atividades e quanto mais aceitação destas atividades no grupo a que pertence, mais vulnerável para todos os tipos de experimentação. (SCIVOLETTO, 2001).

As drogas psicoativas podem ser um tipo de experimentação na fase da adolescência, por busca de novas sensações e prazeres, em função da realização que elas proporcionam em curto prazo, já que o adolescente vive o aqui e agora. (SAITO, 2001).

A experimentação de uma droga coloca o jovem em situação de maior exposição a outros fatores de risco, podendo contribuir para a evolução do uso regular, causando dependência física e psíquica. O consumo de drogas tem importante impacto na vida do adolescente, quanto mais cedo o jovem experimenta qualquer tipo de substância que causa dependência, maior será o risco de este jovem tornar-se um usuário regular, e posteriormente, um dependente.

Vários fatores influenciam o uso precoce de substâncias psicoativas, sendo que, algumas pesquisas tentaram classificar quais seriam os mais importantes. Porém não se chegou a um consenso, devendo os fatores envolvidos a serem analisados em conjunto. Os

fatores de risco para o consumo de drogas psicoativas, podem ser, fatores externos e fatores internos relativos ao usuário. (SCIVOLETTO, 2001).

Entre os fatores externos para a experimentação de drogas, a curiosidade natural do adolescente tem maior peso, ao lado da opinião de amigos e facilidade de obtenção das substâncias. A influência do modismo é particularmente importante no adolescente. A moda influenciará na escolha de seu próprio estilo de vida, o qual será definido neste período. Na escolha do modelo destaca-se a pressão da turma, necessidade de ser aprovado pelo grupo, os modelos dos ídolos e os exemplos que estes jovens têm dentro de casa. (SAITO, SCIVOLETTO, 2001).

A desinformação sobre os efeitos que as drogas causam, as propagandas em meios de comunicação, a falta de religiosidade, o uso de drogas pelos pais, amigos e parentes próximos, o desempenho escolar insatisfatório, são considerados fatores externos de risco para a experimentação e uso regular de drogas. (SAITO, 2001).

Os fatores internos de riscos que levam o adolescente a consumir drogas, tanto como experimentação, como também uso regular e manutenção de uso, é principalmente a insatisfação, a não realização em suas atividades, a insegurança e os sintomas depressivos. O jovem precisa saber que é bom em alguma atividade, sendo que este destaque representará a identidade e a sua função no grupo, quando o adolescente não consegue destacar-se para ser reconhecido, torna-se inseguro podendo encontrar nas drogas sua identificação. (SAITO, 2001).

Os sintomas depressivos e as crises de angústia, que muitas vezes fazem parte da adolescência normal, fazem o jovem se sentir triste, desanimado ou mesmo ansioso e angustiado, indo buscar atividades ou algo que o ajude a melhorar. Os efeitos da droga aparecem como remédio para este mal e quanto mais impulsivo e menos tolerante às frustrações, maior o risco. (SAITO, 2001).

A baixa auto-estima, necessidade de novas experiências e emoções, relacionamentos deficitários com os pais, ausência de normas e regras claras, baixa tolerância do meio às infrações, baixo senso de responsabilidade, antecedentes de eventos

estressantes, fazem parte dos fatores internos de risco para o uso de drogas. (SAITO, SCIVOLETTO, 2001).

O álcool é apontado como a droga lícita mais usada em vários países, como demonstra estudos de Kuria (1996) no Kênia, Khan e Arnott (1996) em Zimbabwe, Kandel e Davies (1996) na Inglaterra, Gilvarry et al., (1995) e Stevens et al., (1995), nos Estados Unidos.

Vários estudos como os de Lalinec e Michaud (1991) em Quebec, Kuria (1996) no Kênia, Maya-Sanches e Zavala (1986) no México, têm demonstrado que o adolescente do sexo masculino ingere mais bebidas alcoólicas que o do sexo feminino.

Sarinara et al., (1982) na cidade do México, pesquisou estudantes de 14 a 18 anos e encontrou o uso do álcool em 57,5% da amostra e 46,9% do consumo de tabaco na mesma amostra.

Caroma et al., (1986), em estudo realizado também na cidade do México, pesquisou o uso de álcool em estudantes do 2º grau entre 13 e 21 anos de idade, encontrou que nas classes sócio-econômicas mais altas se consumia bebidas alcoólicas com maior freqüência, mas em menor quantidade, e houve associação significativa entre a forma de beber dos pais e a forma de beber dos filhos e a embriaguez foi maior quanto mais indiferentes são os pais e os amigos.

Swadi (1988), estudou 3073 adolescentes de seis escolas de Londres, com idades entre 12 e 17 anos, encontrando uma prevalência de uso de álcool de 63% e um crescimento significativo com a idade, do uso de álcool e tabaco.

Byrd, Weitzman e Doniger (1996), na Inglaterra, numa pesquisa em estudantes do 2º grau, constatou que alunos mais atrasados eram mais propensos a usar tabaco, mascar tabaco, usar álcool e dirigir após beber.

Gruber et al., (1996), nos Estados Unidos, pesquisaram adolescentes do 2º grau e verificaram que a idade de início do uso do álcool na amostra deu-se aos 12 anos, estando subseqüentemente associado ao abuso de álcool e comportamentos indevidos, incluindo atos de violência, danos, beber e dirigir falta ao trabalho ou à escola, risco de uso de outras drogas. Consideraram em seu estudo, que o uso precoce de álcool, leva a comportamentos

abusivos, e o atraso na iniciação do uso, reduz significativamente a probabilidade de abuso de álcool na adolescência.

Uma pesquisa realizada no Japão por Wada e Fukai (1993), mostrou associação entre uso de tabaco e álcool e uso de solventes. Merrill et al., (1999) nos Estados Unidos, encontrou que o uso de tabaco e álcool está associado a maior probabilidade de uso de maconha. E o uso de maconha está associado a maior probabilidade do uso de outras drogas.

Os aspectos culturais e familiares mostram-se importantes em relação ao uso de drogas. Assim, estudo de Feldman et al., (1999), na Inglaterra, verificou que o padrão de uso de bebida alcoólica está relacionado ao hábito de beber dos pais, parentes e amigos.

Miller (1997) no Reino Unido revelou menor uso de drogas em estudantes que moram com pai e mãe.

Galduróz et al., (1997), realizaram uma revisão dos quatro Levantamentos Nacionais sobre o uso de drogas, realizados nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997 por um grupo de pesquisadores da Escola Paulista de Medicina a pedido do Ministério da Saúde, analisou cada droga, encontrando o álcool como a droga mais amplamente utilizada entre estudantes do 1º e 2º graus estando muito à frente do tabaco. Verificou que o uso de álcool na vida esteve sempre acima de 65% dos alunos pesquisados, em qualquer dos quatro anos estudados. Cerca de 28,9% dos estudantes da amostra já haviam usado bebida alcoólica até se embriagar, 28,6% tomaram bebida pela primeira vez em sua própria casa oferecida por seus próprios pais (21,8%). Os amigos também exerceram importante influência para o primeiro uso (23,81%).

Estudiosos afirmam que a adolescência é um período para se fornecer informações e condições propícias para promoção da saúde física e mental. Com relação ao abuso de substâncias, a importância da prevenção está justamente em evitar, e quando isto não é possível, retardar o início do uso de drogas, pois quanto mais tarde ocorrer o início do uso de drogas, menos chances o indivíduo tem de tornar-se um usuário regular. (USDHHS, 1994).

7-Fatores da sociedade contemporânea podem influenciar o uso do álcool pelos adolescentes

O álcool etílico ou etanol, de uso milenar, tem estado presente lícita ou ilicitamente, em praticamente todas as civilizações. (PEREIRA, SENA, OLIVEIRA, 2002).

O álcool (C_2H_5OH) é uma molécula orgânica relativamente simples proveniente de dois processos de produção, a fermentação e a destilação. A Fermentação caracteriza-se pela transformação orgânica de glicídios em álcool através de leveduras e outros microorganismos, este processo dá origem à cerveja e ao vinho. A Destilação é o processo de extração de álcool a partir de grãos fermentados e de sucos de fruta, por meio de evaporação seguido de condensação, obtendo-se concentrações alcoólicas superiores as de fermentação, de cujo processo resulta a cachaça, “whisky”, “vodka” e conhaque por exemplo. (PEREIRA, SENA, OLIVEIRA, 2002).

O metabólito responsável pelos danos que o álcool causa à saúde do homem é principalmente o acetaldeído, substância reativa tóxica, que pode formar compostos com proteínas e outros derivados, levando à inibição de várias enzimas e a geração de derivados imunogênicos. (O'BRIEN, 1996).

Áreas como cognição, aquisição de conhecimentos, capacidade de julgamento e crítica, que já são consideradas críticas num adolescente normal, são extremamente afetadas com o consumo de álcool, além de atuar como um depressor do Sistema Nervoso Central de forma dose-dependente.

Como a adolescência é um período crítico na formação da identidade e desenvolvimento da personalidade, o uso regular e dependência eventual de álcool nesta fase, podem resultar em deficiências da personalidade futura. (SCIVOLETTO, 2001).

O uso de álcool na adolescência afeta o desenvolvimento das funções sociais e o estabelecimento de relações interpessoais. O adolescente, quando dependente de drogas, é

afastado dos jovens da mesma idade, assim também como de atividades rotineiras desta fase, incluindo namorar, formar laços fortes de amizade, participação em grupos e atividades que requerem o desenvolvimento de algumas habilidades sociais, como cooperação e interdependência. (SCIVOLETTO, 2001).

Os adolescentes não estão imunes às conseqüências físicas causadas pelo uso de álcool. Porém, na maioria dos casos, os organismos destes jovens são mais resistentes às agressões que os organismos de muitos adultos. Enfim, os danos imediatos causados pelo uso de álcool na adolescência são de ordem sócio-comportamentais. (SCIVOLETTO, 2001).

Alterações no padrão de comportamento do adolescente, agressividade, irritabilidade, juntamente com queda do rendimento escolar, são os primeiros sinais de uso abusivo de álcool na adolescência. (SCIVOLETTO, 2001).

Os efeitos agudos do álcool ocorrem principalmente no Sistema Nervoso Central, e basicamente atinge as funções psicomotoras e de coordenação, além das mudanças comportamentais. Variam de acordo com cada indivíduo, sendo proporcional aos níveis de álcool ingeridos. O álcool prejudica a memória recente, e em altas doses, produz o fenômeno de apagamento (black out), após o qual o etilista não se recorda de seu comportamento durante a embriaguez. Os efeitos do álcool podem-se manifestar desde incoordenação motora, sonolência, efeito sedativo, levemente euforizante, labilidade do humor, até coma e morte. (PEREIRA, SENA, OLIVEIRA, 2002).

As conseqüências da ingestão crônica excessiva do álcool estão diretamente associadas a distúrbios neurológicos e mentais graves. O uso regular excessivo é um fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e acidente vascular cerebral. (O'BRIEN, 1996).

O álcool contribui para a produção de lesão no esôfago e duodeno, sendo fator etiológico da pancreatite aguda e crônica. No fígado, o uso crônico do álcool causa hepatite alcoólica com progressão para cirrose em 15 a 30% dos casos. A ingestão regular de quantidades excessivas de álcool, leva a uma depleção de vitaminas e oligoelementos, tais como a piridoxina, vitamina A, zinco e selênio, muitas vezes evoluindo para Síndrome

Neuropsíquica. Reduz de forma significativa a resposta sexual em homens e mulheres. Sua ingestão crônica causa impotência, esterilidade, atrofia testicular e ginecomastia em homens. (O'BRIEN, 1996).

No último Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, realizado no ano de 2004 por um grupo de pesquisadores da Escola Paulista de Medicina, constatou-se que o uso frequente de álcool, para o conjunto das 27 capitais, foi feito por 11,7% dos estudantes, sendo Porto Alegre a capital que apresentou a maior porcentagem: 14,8%. O uso pesado de álcool foi feito por 6,7% dos estudantes, sendo Salvador a capital com maior porcentagem: 8,8% dos estudantes bebendo 20 vezes ou mais no mês que precedeu a pesquisa. (GALDURÓZ et al., 2005).

Nesta pesquisa, detectou-se que as drogas legais, álcool e tabaco, foram às drogas com a menor média de idade para o primeiro uso (12,5 anos e 12,8 anos, respectivamente).

É notável que falar em uso de álcool na vida, ou seja, se a pessoa já o experimentou alguma vez, é relevante, pois muitas vezes o primeiro uso se dá na própria residência e é frequentemente estimulado pelos próprios pais. (GALDURÓZ et al., 1997).

O uso na vida no Brasil foi de 65,2%; porcentagem inferior ao país Barbados com 83,9%, Uruguai com 78,8% e Chile com 78,6% e próxima a países como Venezuela (65,5%), Paraguai (66,9%) e Equador com 62,6%. A capital brasileira que apresentou o maior uso na vida de álcool foi o Rio de Janeiro com 68,9%, e a menor foi Aracajú com 46,1%. (GALDURÓZ et al., 2005).

Na faixa etária de 10 a 12 anos, 41,2% dos estudantes brasileiros da rede pública de ensino já tinham feito uso na vida de álcool, e as capitais com maiores porcentagens desse uso foram Campo Grande com 57,1 %, seguida por Rio de Janeiro com 56,6%, Vitória com 55,6% e Fortaleza com 52,0%; o menor uso na vida de álcool na faixa etária de 10 a 12 anos foi em Rio Branco com 15,8%. (GALDURÓZ et al., 2005).

O uso frequente de álcool foi de 11,7% e o uso pesado foi de 6,7%, dados estes que são muito preocupantes quanto à frequência elevada de uso do álcool. Em Porto Alegre, o uso frequente de álcool (seis vezes ou mais no mês) foi de 14,8% e o maior uso

pesado foi em Salvador com 8,8% dos estudantes usando álcool 20 dias ou mais no mês que precedeu a pesquisa. Ressalta-se que, dentre as substâncias psicotrópicas analisadas, o álcool foi a que teve a menor média de idade do primeiro uso. Reafirmando, o que já foi discutido; a questão do álcool, no Brasil, é de fato, um grande problema de saúde pública. (GALDURÓZ et al., 2005).

Quanto ao uso na vida de álcool e os sexos, o retrato é significativo, principalmente para o masculino, que acabam ingerindo mais drogas, como cocaína, maconha e álcool; o feminino, medicamentos, como os anfetamínicos (anorexígenos-moderadores de apetite) e os ansiolíticos (tranqüilizantes).

Este aspecto foi discutido amplamente por Carlini-Cotrim et al., (1989), que em síntese levanta a hipótese de que o sexo feminino é “educado” a usar esses medicamentos por serem as mulheres “por natureza’ mais ‘nervosas”, além de valorizarem ao extremo a aparência física. Esse aprendizado seria dado pelas próprias mães e pela sociedade que impõem às moças que sejam “calminhas e magrinhas”. Por outro lado, os homens se acalmariam utilizando bebidas alcoólicas e por possuírem uma atitude mais desafiadora e menos receosa de entrar em contato com a marginalidade.

Desde os primeiros estudos realizados na década de setenta, notou-se a relação entre o uso de drogas e a ausência às aulas. Recentes estudos internacionais também relacionam que quanto mais intenso o uso de álcool e outras drogas, maior o número de faltas às aulas (SAIZ et al., 1999). Estudos brasileiros não confirmam que o uso de drogas leva os adolescentes a faltarem, pois 53,6% dos alunos que tinham feito uso na vida de drogas faltaram às aulas nos trinta dias que antecederam a pesquisa e 49,3% dos que nunca usaram drogas também tinham faltado. De qualquer forma, a falta às aulas atinge perto dos 50% dos estudantes, o que é uma elevada porcentagem. Seria a escola pública um ambiente sem atrativos?. (GALDURÓZ et al., 2005).

Nos dizeres de Reis (2004, p. 34): “a escola agride, machuca, violenta física e psicologicamente seus alunos’ e, portanto, tornando-se uma fonte de insatisfação aos adolescentes”.

A defasagem escolar e o uso de drogas, no Brasil, devem ser analisados com cautela, pois, recentemente, em alguns estados não há mais a repetência escolar. Sem entrar no mérito dessa questão, relacionar o uso de drogas e essa nova visão do aluno no desempenho escolar fica sem sentido científico. Entretanto, existem vários trabalhos relacionando uma forte associação entre consumo de substâncias psicotrópicas e baixo rendimento escolar. (BACHMAN et al., 1981; LEBOUVIE, 1986; CARLINI-COTRIM et al., 1989, WEINREIB, O'BRIEN, 1993; HOLLAR, MOORE, 2004).

O baixo desempenho escolar em estudantes pode excluí-los, em algum grau, do grupo de estudantes que têm mais sucesso, levando-os ao envolvimento com pares que apresentem problemas em aspectos escolares. O impacto do grupo de pares é um fator que interfere no uso de substâncias, e os autores evidenciam que quanto maior a associação com pares desviantes maior à probabilidade de desvio e uso de drogas. (KUMPULAINEM, ROINE, 2002).

De acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde, o uso de drogas pelos estudantes pode ser dividido em cinco tipos de usos: na vida, quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida; no ano, quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos últimos doze meses; no mês, quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos últimos trinta dias; freqüente: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos últimos trinta dias e por fim, o pesado, quando a pessoa utiliza droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos últimos trinta dias.

A tabela 1 mostra as comparações de características familiares que podem estar associadas ao uso pesado de álcool, analisadas pelo conjunto das 27 capitais brasileiras. Pode-se observar que o bom relacionamento com os pais e entre eles mesmos parece ser fator protetor ao não uso pesado de álcool. Outro aspecto importante é a moderação dos pais no trato dos filhos, que aparece com as maiores porcentagens do total de 48.155 estudantes entrevistados. (GALDURÓZ et al., 2004, p.340).

Na tabela 2 pode-se notar que os estudantes que seguem alguma religião tiveram menos uso pesado de álcool. A prática do esporte não influenciou no uso, porém aqueles estudantes que trabalham tiveram mais uso pesado de álcool que os que não trabalham. (GALDURÓZ et al., 2004, p.340).

Tabela 1: Comparação em porcentagem de características familiares entre não-usuários e os que fizeram uso pesado de álcool dos 48.155 estudantes do ensino fundamental e médio das 27 capitais brasileiras.

Características	Não-usuário (%)	Uso pesado* de álcool (%)	
Como é o seu relacionamento com seu PAI?	Não tenho PAI	10,6	10,3
	Bom	66,8	57,1*
	Regular	10,4	16,2*
	Ruim	2,2	4,6*
	Não tenho contato	7,2	9,2
	Não informado	2,8	2,6
Total	100,0	100,0	
Como é o seu relacionamento com sua MÃE?	Não tenho MÃE	3,9	3,5
	Bom	86,2	80,6*
	Regular	5,6	10,3*
	Ruim	0,9	2,1*
	Não tenho contato	1,3	1,8*
	Não informado	2,2	1,7
Total	100,0	100,0	
Como é o relacionamento entre seus pais?	Bom	62,4	52,8*
	Regular	10,9	15,0*
	Ruim	2,3	3,6*
	Não tenho contato	20,7	24,5*
	Não informado	3,8	4,2
Total	100,0	100,0	
Como você acha que seu pai é?	Autoritário (mandão)	27,4	27,7
	Moderado	44,5	40,3*
	Liberal (boa praça)	21,0	23,4
	Não informado	7,2	8,5
Total	100,0	100,0	
Como você acha que sua mãe é?	Autoritária (mandona)	22,4	23,0
	Moderada	49,5	46,9*
	Liberal (boa praça)	23,8	25,4*
	Não informado	4,3	4,7
Total	100,0	100,0	

Figura 2: Comparação em porcentagem de características familiares entre não usuários e os que fizeram uso pesado. Fonte: GALDURÓZ; CAETANO, 2004.

Tabela 2: Comparação em porcentagem entre não-usuários e os que fizeram *uso pesado* de álcool de acordo com religião, esporte e trabalho dos 48.155 estudantes do ensino fundamental e médio das 27 capitais brasileiras.

Características		Não-usuário (%)	Uso pesado* de álcool (%)
Você segue alguma religião?	Não	30,1	35,9*
	Sim	67,1	60,3*
	Não informado	2,8	3,8
	Total	100,0	100,0
Você pratica esporte?	Não	34,4	30,8*
	Sim	63,5	66,0
	Não informado	2,2	3,3
	Total	100,0	100,0
Você trabalha?	Não	81,5	75,4*
	Sim, com carteira assinada	4,3	6,7
	Sim, sem carteira assinada	12,0	15,1*
	Não informado	2,2	2,9
	Total	100,0	100,0

Figura 2: Comparação em porcentagem entre não usuários e os que fizeram uso pesado de álcool.

Fonte: GALDURÓZ; CAETANO, 2004.

Na figura 3, há a comparação do primeiro uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino, no conjunto das 27 capitais brasileiras, totalizando 48.155 entrevistas. A análise estatística mostrou que a idade do primeiro uso das drogas legais – o álcool e o tabaco – foi menor que o primeiro uso das outras drogas estudadas. A idade do uso inicial de cocaína foi a mais alta, com média \pm desvio-padrão de $14,4 \pm 2,0$ anos de idade. Os medicamentos que são drogas lícitas, porém aqui com uso ilícito (uso abusivo e sem receita médica) tiveram, em média, o primeiro uso aos 13 anos de idade. (GALDURÓZ et al., 2005).



Figura 3: Idade do primeiro uso de drogas.
 Fonte: GALDURÓZ; CAETANO, 2004.

Neste ponto do trabalho, em virtude de todas as informações que foram colocadas, não é segredo para ninguém que os brasileiros começam a beber muito cedo. Até porque, estímulos para isso na sociedade contemporânea não faltam.

Normalmente as campanhas brasileiras de cerveja, são feitas por mulheres bonitas, cuja conotação sexual por muitas vezes é explorada; sendo exibidas a qualquer hora do dia, associando sempre o ato de beber ao prazer erótico, sem ter nenhum tipo de controle por parte dos governantes.

Pinsky e Silva, estudando comerciais de bebidas alcoólicas, notaram que a frequência destes eram, em média, maior do que a frequência de comerciais sobre outros produtos, como bebidas não alcoólicas, medicamentos ou cigarros. Mais ainda, dos cinco temas mais frequentemente encontrados nos comerciais de bebidas alcoólicas, três deles (como relaxamento, camaradagem e humor) eram diretamente relacionáveis às expectativas dos jovens. Além disso, não havia, na época, qualquer tipo de mensagem consistente quanto ao consumo moderado das bebidas anunciadas. (LEPRE, 2005).

Atualmente, existe um movimento na direção do consumo responsável de álcool, como indica, por exemplo, o *website* da Companhia Brasileira de Bebidas - AMBEV, com campanhas na mídia associando o consumo de álcool com moderação ou com prevenção de acidentes, ou mesmo de iniciativas do Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária - CONAR - quanto à regulamentação de propaganda voltada para jovens. (SCIVOLETTO, 2004).

Em resolução divulgada em outubro de 2003, o CONAR define uma série de regras e parâmetros restritivos à propaganda de bebidas alcoólicas visando à exclusão de imagens voltadas para menores, vetando a utilização de pessoas de menos de 25 anos nos comerciais, dentre outras. Mesmo assim, das mensagens que o CONAR resolve que deverão fazer parte obrigatória das cláusulas de advertência nos comerciais, apenas uma é explicitamente voltada a informar que o consumo não se destina às crianças ou adolescentes, ("ESTE PRODUTO É DESTINADO A ADULTOS"). As demais fazem menção a restringir o abuso, não beber e dirigir, e beber com moderação. (SCIVOLETTO, 2004).

No entanto, é sabida a desproporção entre este esforço versus o gigantesco impacto da propaganda sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens. E, de certa forma, esta desproporção é visível na comparação entre as belas imagens produzidas na mídia, que ocupam a grande parte de um comercial, versus a tarja governamental, sóbria e obrigatória, informando sobre os danos causados pelo uso abusivo daquela substância. (SCIVOLETTO, 2004).

Estudos comparando os efeitos da regulação da publicidade em 17 países com proibição total, proibição parcial ou sem qualquer proibição da propaganda de bebidas alcoólicas mostraram o seguinte:

- Países que proíbem a publicidade de destilados têm níveis de consumo 16% mais baixos e 10% menos acidentes automobilísticos fatais do que países sem qualquer tipo de proibição.

- Países que proíbem a propaganda de cervejas e vinhos, além dos destilados, têm níveis de consumo 11% menores e 23% menos acidentes automobilísticos fatais do que os que proíbem apenas a propaganda de destilados. (BABOR, 2003).

No que compete ao controle do consumo, estudos recentes, realizados nos EUA, confirmam a impressão leiga de que a maioria dos estabelecimentos comerciais vende bebidas alcoólicas para indivíduos menores de 21 anos sem solicitação de verificação da idade. Outro achado preocupante mencionado pelos autores é o de que, mesmo havendo maior controle sobre o consumo de álcool dentro de ambientes com grande concentração de jovens (escolas e universidades, por exemplo), mais da metade dos estados americanos permite a entrega domiciliar de bebidas alcoólicas vendidas por telefone - o que não é diferente da realidade brasileira -, favorecendo o menor controle sobre o consumo de álcool por menores de idade. (PECHANSKY et al., 2004).

Em artigo recente, Saffer, ao discutir mitos culturais e símbolos utilizados em propaganda sobre álcool, conclui que a mídia efetivamente influencia o consumo. Para uma mente em desenvolvimento, como a de um adolescente, o paradoxo de posição da sociedade e a falta de firmeza no cumprimento de leis são um caldo de cultura ideal para a experimentação tanto de drogas como de álcool, contribuindo para a precocidade da exposição de jovens ao consumo abusivo. (SZOBOT, 2004).

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), realizou o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. O levantamento é inédito no País, não só pela abrangência dos temas abordados, mas também pela representatividade da amostra, que possibilitou uma ampla coleta de informações, revelando também, dados assustadores.

As bebidas alcoólicas são as substâncias psicotrópicas mais utilizadas por adolescentes (FADEN, 2005; GALDURÓZ et al., 2005). Este consumo pode gerar conseqüências negativas tão diversas, como: problemas nos estudos, problemas sociais,

praticar sexo sem proteção e/ou sem consentimento, maior risco de suicídio ou homicídio e acidentes relacionados ao consumo. (FADEN, 2005).

O consumo de bebidas alcoólicas no Brasil só é legalmente permitido após os 18 anos de idade; no entanto, os empecilhos são pequenos para que os adolescentes comprem e consumam álcool (ROMANO et al., 2007). Infelizmente, o adolescente encontra todas as portas abertas para o álcool. Quase nenhum bar restringe a venda de bebida alcoólica aos menores de 18 anos, como determinam o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código Penal.

Cerveja, pinga e até álcool puro, de uso doméstico, estão entre as doses ingeridas pelos menores. As outras bebidas são mais caras. No caso da cerveja, existe um agravante. As pessoas não acreditam que ela vicia. É diferente da pinga, que já é rotulada como perigosa, forte. Mas, entre adolescentes, nem o rótulo inibe o consumo. O produto é barato e tem sido adicionado a refrigerantes. (VITORIANO, 2007).

Por mais que o consumo do álcool por adolescentes na sociedade possa parecer banalizado (não é incomum a presença de bebidas alcoólicas em festas de adolescentes, patrocínios de bebidas alcoólicas – especialmente cerveja e bebidas “ice”), pesquisas demonstram que começar a beber em idade precoce é um fator muito importante que influenciará problemas futuros com o álcool. (MAGGS, SCHULENBERG, 2005).

Grande parte dos jovens de 14 a 17 anos, vive a transição de um estado de dependência dos pais para uma condição de autonomia pessoal. Eles estão, por isso mesmo, na fase de sua vida em que mais carecem de apoio e quando mais desafiam essa ajuda. Seus cérebros, ainda em formação, são mais susceptíveis a agentes externos, como o álcool e demais substâncias psicotrópicas, e a diferentes fatores psicossociais. É quando a inserção no grupo se torna fundamental e o beber pode aparecer, por exemplo, como um meio de integração. (PINSKY, BESSA, 2004).

A análise dos padrões de consumo inclui algumas variáveis muito importantes. Pesa muito à idade em que começam a beber, o número de doses que tomam em média a cada vez que bebem e a quantidade de bebida ingerida nas ocasiões em que bebem muito.

Na Figura 4, estão apresentados os principais dados sobre as médias das idades entre o início do consumo até o consumo regular, entre os adolescentes.



Figura 4: Médias do início do consumo de álcool (em anos)

Fonte: LARANJEIRA et al., 2007.

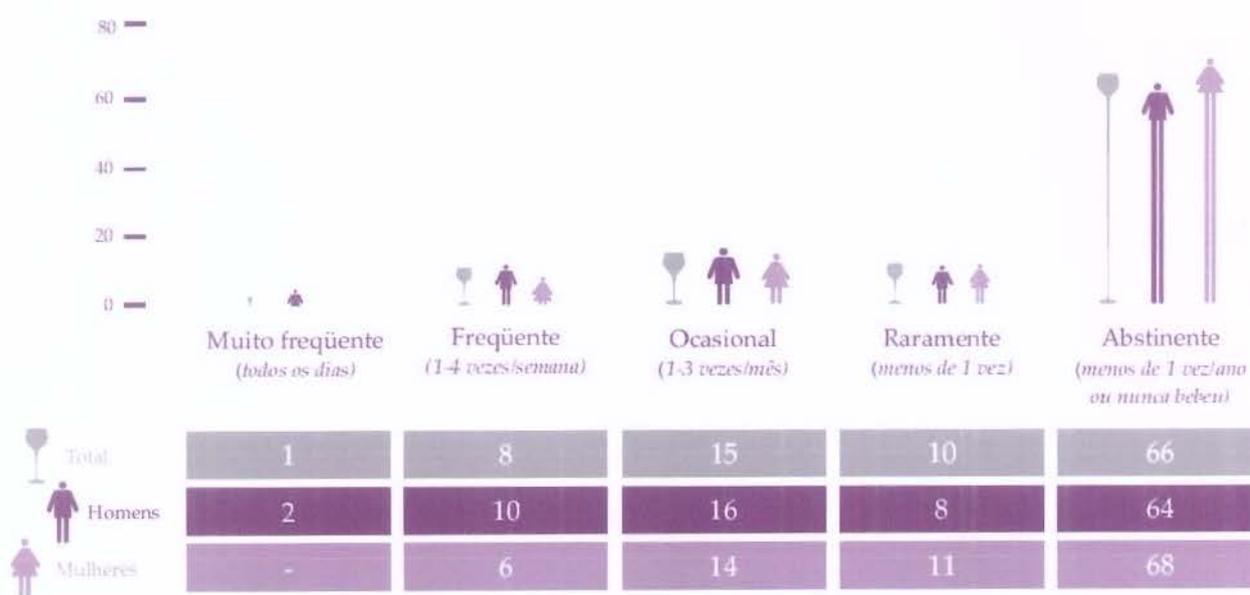
O padrão de consumo de álcool entre os adolescentes, revelado nesta pesquisa, é a fotografia de um momento de sua vida. Mas a leitura desse retrato deverá ser feita também, e muito especialmente, em função dos anos que se seguirão. (LARANJEIRA et al., 2007).

Adolescentes e jovens adultos apresentam diferenças na idade média do início do consumo (na vida, fora um ou dois goles) e no começo do consumo regular, como se pode ver na Figura. A opção de utilizar os jovens de 18 a 25 anos de idade como comparação deve-se ao fato de eles terem menor efeito de memória para lembrarem do comportamento do beber do que a população mais velha. Houve diferenças significativas em relação ao começo da experimentação e do uso regular. Isso sugere que os adolescentes estão iniciando seu consumo de álcool cada vez mais cedo. Este estudo fornece informações consistentes de que o fenômeno do beber precoce e regular está realmente acontecendo com os jovens. (LARANJEIRA et al., 2007).

A Figura 5 mostra que os meninos e meninas adolescentes consomem bebidas alcoólicas com frequências semelhantes. Cerca de dois terços dos adolescentes de ambos os gêneros são abstinentes. É importante lembrar que o consumo de bebidas alcoólicas é legalmente proibido para menores de 18 anos no Brasil. Mesmo assim, em um universo de adolescentes representativo das várias regiões do País e de áreas urbanas e rurais, quase 35% dos adolescentes menores de idade consomem bebidas alcoólicas ao menos uma vez no ano. Da mesma maneira, o fato de que 30% dos adolescentes bebem pelo menos uma vez no mês merece atenção. (LARANJEIRA et al., 2007).

Frequência de consumo x gêneros (em %)

Com que frequência você geralmente bebe qualquer bebida alcoólica ?



A distribuição das frequências de consumo não apresenta diferença significativa entre os gêneros.

Figura 5: Frequência de consumo x gêneros (em %).

Fonte: LARANJEIRA et al., 2007.

Especialmente para os jovens, o número de doses que bebem, seja usualmente ou esporadicamente, é tão importante quanto à frequência com que bebem. Se cerca de dois

terços dos adolescentes são abstinentes, aqueles que bebem consomem quantidades importantes.

A Figura 6 apresenta a quantidade usual consumida pelos adolescentes que beberam ao menos uma vez no último ano. Quase metades dos meninos adolescentes que beberam no último ano consumiram três doses ou mais por situação habitual. Diferentemente da Figura de frequência, há diferenças entre meninos e meninas no que diz respeito à quantidade de álcool ingerida habitualmente. Quase um terço dos meninos que bebem consumiu cinco doses ou mais no último ano, contrastando com 11% para as meninas. (LARANJEIRA et al., 2007).

Quantidade usual x gênero (em %)

Nos dias em que você bebe cerveja, vinho, bebidas "ice", destilados, quantas doses você geralmente bebe por dia?

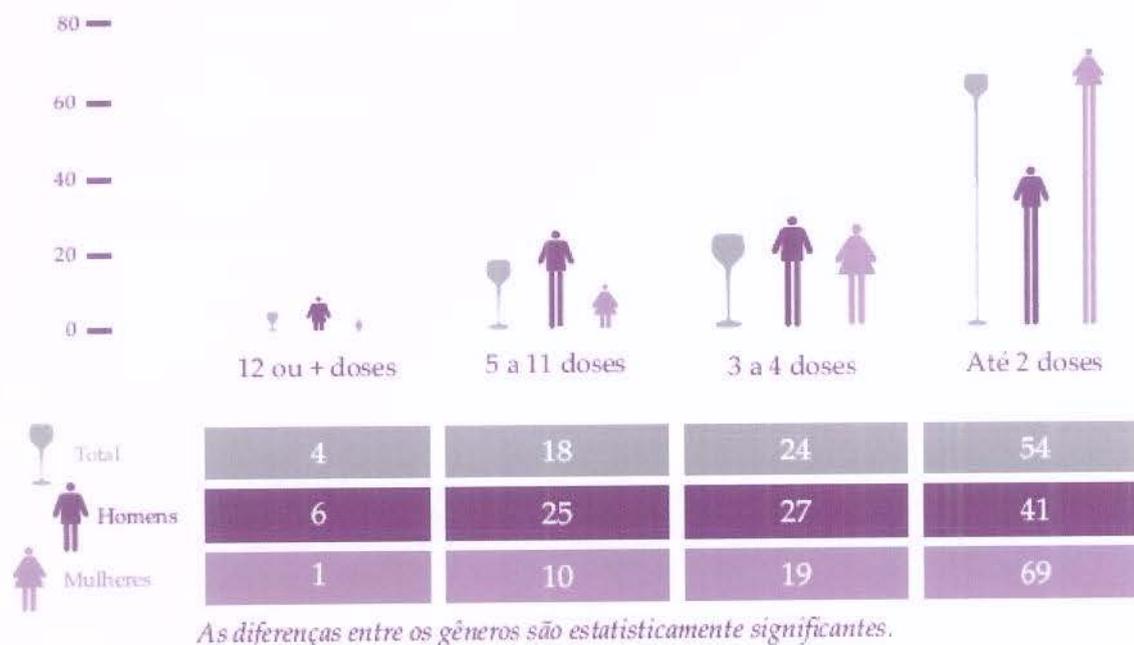


Figura 6: Quantidade usual x gênero (em %).

Fonte: LARANJEIRA et al., 2007.

Uma dose corresponde, na média, a uma latinha de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa

pequena de qualquer bebida “ice”. Cada dose contém cerca de 10-12g de álcool. (LARANJEIRA et al., 2007).

A Figura 7 analisa a intensidade do consumo de álcool entre todos os adolescentes da amostra (não apenas os bebedores). Mostra que 13% do total dos adolescentes (17% para os meninos) apresentam padrão intenso de consumo de álcool. Além disso, outros 10% dos adolescentes consomem ao menos uma vez no mês e potencialmente em quantidades arriscadas. Há uma tendência de diferença entre o consumo de meninos e meninas, mas esta diferença não chega a ser estatisticamente significativa. (LARANJEIRA et al., 2007).

Frequência de consumo x gêneros (em %)

Com que frequência você geralmente bebe qualquer bebida alcoólica ?

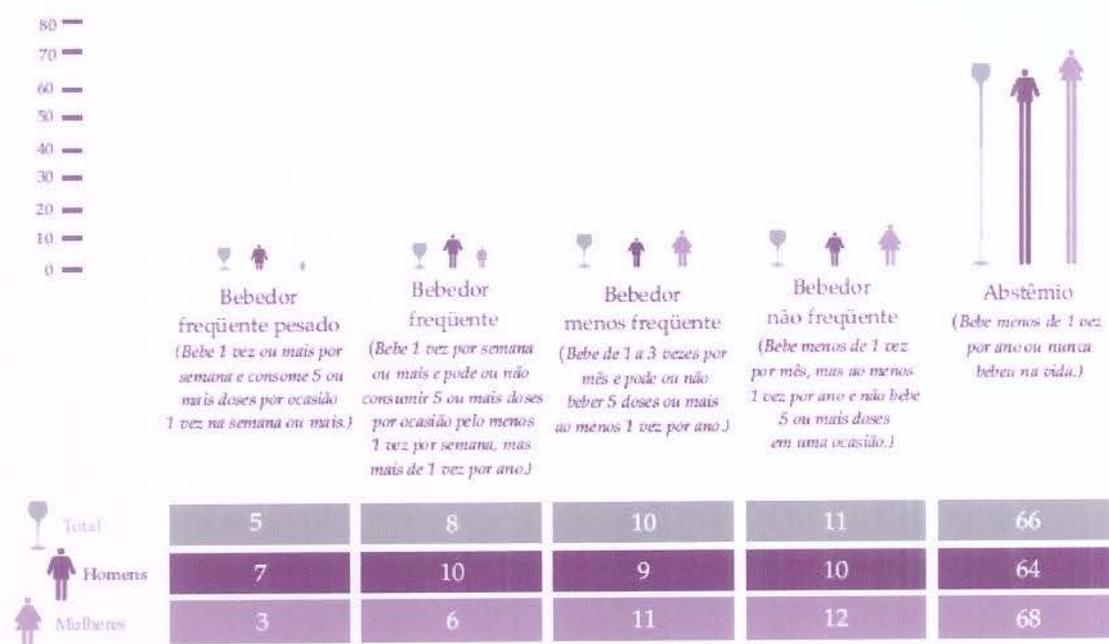


Figura 7: Frequência de consumo x gêneros (em %).

Fonte: LARANJEIRA et al., 2007.

O beber com maior risco em um curto espaço de tempo, ou o beber em “binge”, é a prática que mais deixa o adolescente exposto a uma série de problemas de saúde e sociais. Os riscos vão desde acidentes de trânsito – o evento mais comum e com

conseqüências mais graves – até o envolvimento em brigas, vandalismo e a prática do sexo sem camisinha. (LARANJEIRA et al., 2007).

A Figura 8 mostra a porcentagem em que a amostra total de adolescentes (incluindo os não bebedores) relata ter consumido bebidas alcoólicas em “binge”. Pouco menos de um quarto dos meninos e 12% das meninas já beberam em “binge” ao menos uma vez nos últimos 12 meses, o que é uma diferença estatisticamente significativa. (LARANJEIRA et al., 2007).

Frequência que bebeu em “binge” X gênero (em %)

Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu
(SE HOMEM: 5 ou mais doses; MULHER: 4 ou mais doses)
de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião?

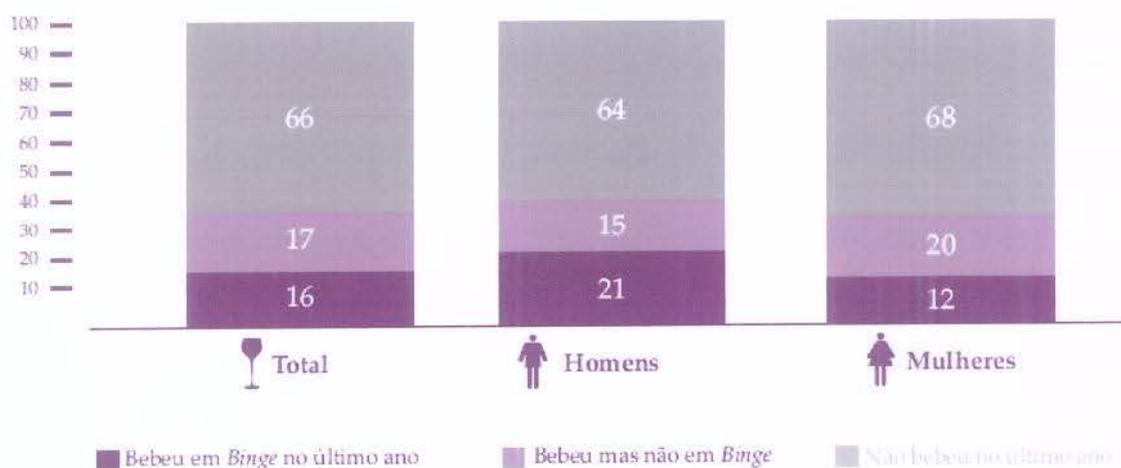


Figura 8: Frequência de consumo x gêneros (em %).

Fonte: LARANJEIRA et al., 2007.

A Figura 9 apresenta com que frequência os adolescentes que beberam em “binge” ao menos uma vez ao ano relatam essa ocorrência. Entre os meninos e meninas que já beberam quatro ou mais ou cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 12 meses, metade o fez menos de uma vez por mês. Por outro lado, 30% deles beberam em “binge” duas vezes por mês ou mais. Assim, uma parte significativa dos adolescentes que

bebem grandes quantidades apresenta tal comportamento com regularidade. (LARANJEIRA et al., 2007).

Frequência do binge-entre adolescentes que já beberam em “binge” nos últimos doze meses

entre adolescentes que já beberam em “binge” nos últimos 12 meses.

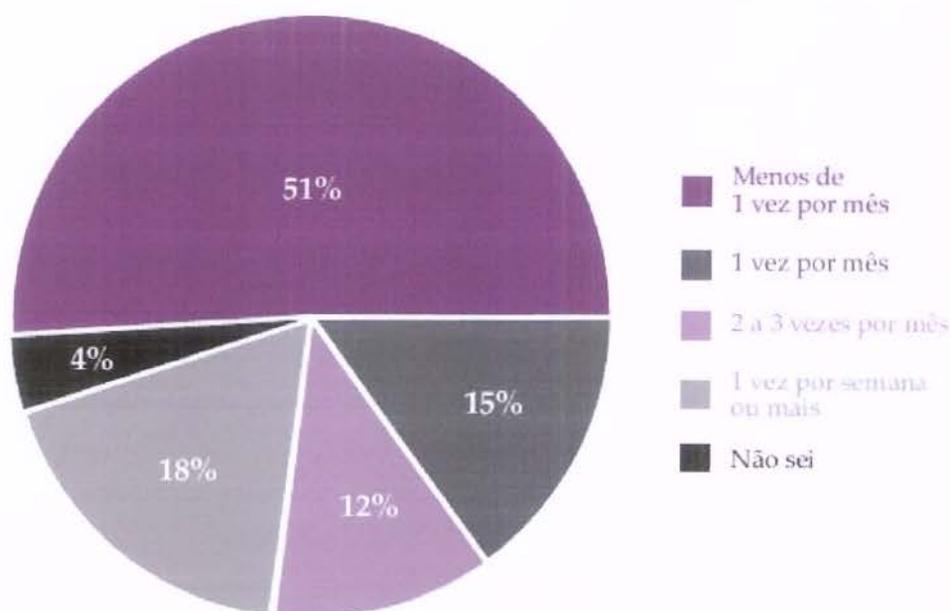


Figura 9: Frequência de binge.

Fonte: LARANJEIRA et al., 2007.

A Figura 10 apresenta as porcentagens de doses por tipo de bebida alcoólica para a população adolescente de bebedores. Aproximadamente, metade das doses consumidas por adolescentes é de cerveja ou chope. Para chegar a essa conclusão, cruzaram-se dados sobre a quantidade de doses consumidas de cada bebida e a frequência com que são consumidas. (LARANJEIRA et al., 2007).

Tipos de bebida alcoólica segundo o gênero (em %)



Figura 10: Tipos de bebida alcoólica segundo gênero (em %).

Fonte: LARANJEIRA et al., 2007.

Para chegar a esses números, os entrevistadores perguntaram com que frequência o (a) adolescente consumia cada uma das bebidas e qual foi a “quantidade” de cada uma consumida em um único dia, nos últimos doze meses. A categoria “cerveja” incluía cerveja e chope. Bebidas “ice” são destilados misturados com refrigerantes ou sucos industrializados. “Destilados” incluem cachaça, uísque, vodca, conhaque, rum. (LARANJEIRA et al., 2007).

Os vinhos tiveram também uma participação importante, com mais de 30% das doses consumidas por adolescentes. Não houve nenhuma diferença significativa entre os gêneros no que diz respeito aos tipos de bebida (embora os meninos tivessem uma tendência a beber mais destilados do que as meninas). (LARANJEIRA et al., 2007).

Em síntese, dos grupos populacionais, os adolescentes são os que apresentam os maiores riscos em relação ao beber. No mundo todo existe uma preocupação especial com esse grupo e a monitoração das taxas de padrão de beber é uma das medidas mais importantes a serem desenvolvidas. Não existe um padrão de beber de baixo risco entre os

baixo consumo está relacionado com alto risco de acidentes. (LARANJEIRA et al., 2007).

No presente estudo encontrou-se uma alta frequência de adolescentes (9%) que bebem mais do que uma vez por semana (12% meninos e 6% meninas). Em relação à dose usual, quase 50% dos meninos beberam mais do que três doses por situação habitual e cerca de um terço deles consumiu cinco doses ou mais. (LARANJEIRA et al., 2007).

Em relação ao beber em “binge”, os adolescentes apresentaram altas taxas, com 21% dos meninos e 12% das meninas. Embora, como mencionado anteriormente, os adolescentes também apresentam alta taxa de abstinência, ocorre uma situação na qual os que bebem têm a tendência de beber de uma forma problemática. São raros os que conseguem beber pouco e com baixa frequência. Os adolescentes são os que mais mudam o padrão de consumo em curtos espaços de tempo e a monitoração é fundamental. Devem-se realizar estudos qualitativos para entender melhor os fatores que influenciam a experimentação inicial e o começo do uso regular do álcool. (LARANJEIRA et al., 2007).

Portanto, a tendência ao uso em idade mais precoce parece ser confirmada pelo estudo. Esse dado é importante e estudos futuros poderão mostrar se vai ser possível reverter essa tendência e se as eventuais políticas públicas em relação ao álcool alcançarão essa parte da população, que é a mais vulnerável aos problemas com o álcool. Vale a pena ressaltar também que não houve diferenças entre os sexos quanto à idade de início e ao padrão de consumo entre os adolescentes, mostrando que existe um fenômeno vigoroso ocorrendo nessa faixa etária. Pela vulnerabilidade dessa população, é fundamental monitorar de perto esse fenômeno. (LARANJEIRA et al., 2007).

8 Estratégias de implantação de programas educacionais que visam à prevenção do uso do álcool e promoção de saúde na escola

No mundo existem milhões de pessoas que vivem em situação de extrema pobreza e de exclusão social, impedidas de exercerem seus direitos civis e políticos para lutarem por melhores condições de vida.

Ainda que no último século tenham ocorrido avanços, no que se refere à assistência e à recuperação da saúde, o que tem estado em pauta principalmente nas últimas décadas é a necessidade da implementação de estratégias para atingir uma melhor condição de saúde e de qualidade de vida, visando principalmente a promoção da saúde.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta sua Carta de Intenções, que tinha por objetivo assegurar Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subseqüentes. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. (OMS, 1986).

Segundo a Carta de Ottawa, uma série de pré-requisitos é necessária para a conquista da saúde, como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Esse documento define Promoção da Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de bem-estar físico, mental e social as pessoas e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo para viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas. (OMS, 1986).

A Organização Mundial de Saúde define como promoção da saúde o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. A promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Entende-se por promoção da saúde o processo que possibilita as pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e através disto melhorar sua saúde, sendo a participação das mesmas essenciais para sustentar as ações de promoção da saúde. (WHO, 1986).

A concepção moderna de promoção da saúde (e a prática conseqüente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa, nos últimos vinte anos nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos - em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997) -, desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional. (BUSS, 2000).

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. (BUSS, 2000).

Já o segundo grupo de conceituações baseia-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. (BUSS, 2000).

Para uma melhor visualização da cronologia do desenvolvimento no campo da Promoção da Saúde, a Agência para a Promoção da Saúde da Irlanda do Norte (HPA), propõe o seguinte esquema:

Desenvolvimento em Promoção da Saúde no período de 1974 a 2000:

- 1974 – Informe Lalonde;
- 1978 – Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata.
- 1981 – A Organização Mundial de Saúde unanimemente adota uma estratégia global: “Saúde para Todos no Ano 2000”.
- 1986 - Carta de Otawa sobre Promoção da Saúde.
- 1988 – Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Adelaide, Austrália.
- 1991 – Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Sundsväl, Suécia.
- 1997 – Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Jacarta.
- 1998 – Resolução da Assembléia Mundial de Saúde (Promoção da Saúde).
- 2000 – Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, México.

Após este breve histórico do campo da promoção da saúde, torna-se necessário descrever as estratégias-chave da promoção da Saúde da Carta de Otawa, que foi o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo. (BECKER, 2001). Segundo Sheiham (2003) estas estratégias podem ser assim resumidas:

1) Promoção de saúde através de políticas públicas: focalizando a atenção no impacto em saúde das políticas públicas de todos os setores e não somente do setor da saúde.

2) Criação de ambiente favorável através da avaliação do impacto em saúde do ambiente e evidenciar oportunidades de mudanças que conduzam à saúde.

3) Desenvolvimento de habilidades pessoais: ampliar a disseminação de informações para promover compreensão, e apoiar o desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que capacitem indivíduos a tomar atitudes de promoção de saúde.

4) Fortalecimento de ações comunitárias: apoiando ações comunitárias concretas e eficazes na definição de prioridades, tomada de decisões, planejamento de estratégias e implementá-las para atingir melhor padrão de saúde.

5) Reorientação de serviços de saúde: redirecionar o modelo de atenção da responsabilidade de oferecer serviços clínicos e curativos para a meta de ganhos em saúde.

Segundo a Health Promotion Agency for Northern Ireland – HPA (2004), os principais modelos e teorias utilizados na promoção da saúde podem ser resumidos assim:

1-Teorias que tentam explicar comportamentos e mudanças comportamentais focalizando no indivíduo.

2-Teorias que explicam mudanças em comunidades e ações comunitárias para a saúde.

3- Modelos que explicam mudanças em organizações e a criação de práticas organizacionais que incentivem hábitos saudáveis.

Deve-se destacar também que a promoção de saúde adota uma gama de estratégias políticas que abrange desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias. Sob a ótica mais conservadora, a promoção de saúde seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência de saúde. Noutra via, reformista, a promoção da saúde atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial, ou ainda, pode constituir-

se numa perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas - como são as propostas de educação popular. (CASTIEL, 2004).

A promoção da saúde deve ser entendida como um progresso nas estratégias da saúde coletiva, na medida em que sua abordagem desloca o foco do indivíduo para os atores coletivos como a cidade, a escola, a fábrica, o meio ambiente. Várias estratégias têm sido utilizadas, em nível mundial, para se implantar políticas de promoção da saúde. Uma importante estratégia, que tem sido adotada por vários países, estados, municípios ou serviços, é a Escola Promotora da Saúde. (LEFEVRE, 2000).

A iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde é uma proposta estimulada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que visa promover a mudança do paradigma tradicional de atendimento às doenças infantis para enfoques integrais de saúde dos escolares, fundamentando-se na concepção de Promoção da Saúde. (OPAS, OMS, 1998).

Escola Promotora da Saúde é a escola que tem uma visão integral do ser humano, que considera as pessoas, em especial as crianças e os adolescentes, dentro do seu ambiente familiar, comunitário e social. Ela fomenta o desenvolvimento humano saudável e as relações construtivas e harmônicas, promove aptidões e atitudes para a saúde, conta com um espaço físico seguro e confortável, com água potável e instalações sanitárias adequadas, e uma atmosfera psicológica positiva para a aprendizagem. Ela promove a autonomia, a criatividade e a participação dos alunos, bem como de toda a comunidade escolar. (OPAS, 1998).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o programa “Escola Promotora de Saúde” apresenta a proposta de um novo paradigma de saúde do escolar, baseado numa visão integral e integrada, tendo como objetivos: estimular o desenvolvimento de condutas e atitudes na comunidade escolar voltadas para a prática e conservação da saúde como bem estar social e cultural; identificar e prevenir os problemas e riscos para a saúde que afetam o processo de aprendizagem; contribuir para que a escola e seu entorno se tornem ambientes propícios ao desenvolvimento físico, mental e social dos escolares; incentivar a

participação organizada da comunidade escolar e sociedade em geral na melhoria da saúde.

Modelos conceituais para o estabelecimento de ações preventivas

A Escola Promotora de Saúde tem como ações prioritárias: educação em saúde, efetivando-se em um trabalho interdisciplinar e abordando temas como: alimentação, violência, higiene, segurança, planejamento familiar, primeiros socorros etc; prevenção de fatores de risco: vacinação, acidentes, gravidez precoce; diagnóstico: drogadição, nutrição, obesidade, avaliação postural, visual e auditiva, anemia; atenção médica e reabilitação; promoção de fatores de proteção e de ambiente saudável, incluindo o meio físico e o ambiente social (relações interpessoais); participação social: envolvimento das famílias nas ações educativas de identificação e cuidados com o meio ambiente e veiculação com movimentos sociais e comunitários. (OMS,1996).

Neste contexto, cada vez mais em todo o mundo vêm se desenvolvendo Programas de Saúde do escolar. Pois, o escolar vivencia uma fase caracterizada por intensos processos de aprendizagem, pela busca de identidade própria e por mudanças cognitivas, emocionais e sociais. A promoção e educação em saúde propiciam, nesta fase, o desenvolvimento de atitudes, valores e condutas frente à vida e o estabelecimento das bases para um estilo de vida saudável. (OMS,1996).

A nova ordem mundial aponta para a reorganização de competências. Gradativamente, as ações deixam de ser iniciativas isoladas e assumem caráter intersetorial. Educação e Saúde são hoje conceitos mais amplos e que não podem estar desvinculados. Educação envolve aprendizagem, combinação de conhecimentos, aptidões e atitudes; usar essa força tanto para configurar sua própria vida, quanto para fazê-lo com os demais. (OMS, 1996).

A OMS define Saúde como

Um completo estado de bem estar físico, mental e social. A Saúde se cria e se constrói no dia a dia, nas escolas, no trabalho, no recreio, no entorno. É o resultado dos cuidados

consigo mesmo, com os outros e com o meio circundante, da capacidade de tomar decisões e controlar sua própria vida, de participar ativamente do processo de construção de uma sociedade mais ética e saudável.

Já a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, define saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Assim, antes de tudo, é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar dificuldades nos níveis de vida. (MOTTA, 2000). Esta definição mostra que para se conseguir atingir um ótimo nível de saúde é necessária à ação conjunta de vários setores sociais e econômicos juntamente ao setor saúde.

As ações em Educação para a Saúde devem ser norteadas por dois eixos:

1-Promoção de fatores de proteção, para facilitar o desenvolvimento de ações que atendam as necessidades de: segurança, pertencimento, auto-estima, relações de respeito e consideração e convivência pacífica. Para incrementar: habilidades físicas, psicossociais, morais e profissionais.

2- Controle de fatores de risco, como: Prevenir problemas de saúde para evitar comportamentos de risco, tais como: relações sexuais precoces, consumo de substâncias psicoativas, álcool e fumo, exposição a ambientes insalubres do ponto de vista físico e/ ou psicossocial violência e desnutrição. (OMS, 1986).

Ao contemplar estes eixos, possibilita-se que crianças e adolescentes desenvolvam aquilo que chamamos de competência psicossocial - a habilidade de um indivíduo para enfrentar, de maneira efetiva, as exigências da vida diária - sua habilidade para manter um estado de bem estar mental e expressá-lo através de um comportamento adaptativo e positivo em suas interações com os demais, com sua própria cultura e ambiente. (OMS, 1986).

A competência psicossocial tem um importante papel na promoção da Saúde, em particular quando os problemas de saúde se relacionam com comportamentos ou dificuldades para enfrentar, com eficácia, o stress e as pressões da vida. A promoção de competências psicossociais implica no estímulo aos recursos internos para o enfrentamento de problemas, fazendo uso das habilidades pessoais e sociais: as habilidades para viver. (OMS, 1986).

Diante do exposto tem-se como fundamental a participação das Universidades e das Sociedades Científicas, para: divulgação do tema; formação, capacitação e sensibilização dos profissionais; realização de pesquisas e avaliações na área e participação efetiva em todos os campos da promoção da saúde.

Deste modo, estratégias educacionais são as mais utilizadas para difundir promoção da saúde. Abordagens como: prevenção de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas entre outras abordagens; que geralmente são utilizadas para difundir conhecimento sobre drogas e os riscos relacionados ao seu consumo; mudar atitudes com relação ao consumo a fim de reduzir os riscos envolvidos; mudar comportamentos; diminuir a frequência ou a gravidade dos problemas relacionados ao consumo; obter mais recursos e apoio para as políticas direcionadas ao tema.

Podem fazer uso das seguintes abordagens: Iniciativas de mídia (Meios de comunicação de massa e contra-propaganda, mensagens de advertência nos rótulos, diretrizes para beber com segurança) e programas baseados nas escolas.

O objetivo dos programas escolares é modificar as crenças, atitudes e comportamentos dos adolescentes em relação ao álcool, e modificar também fatores como habilidades sociais e auto-estima que se supõe, estejam por trás do consumo de drogas por adolescentes. Embora aumentem o conhecimento, não modificam o consumo; além disso, fornecer informação sobre os perigos de diferentes substâncias psicoativas pode despertar a curiosidade e estimular o consumo entre aqueles que são “buscadores” de estímulos. Abordagens afetivas direcionadas à clarificação de valores, auto-estima, habilidades sociais e abordagens “alternativas” que provêm atividades sem relação com álcool (como esportes) são igualmente ineficazes em alcançar o objetivo proposto. (BABOR, 2003).

Programas de influência social visam aumentar as habilidades de resistir à pressão social relacionada ao consumo do álcool; mas recentemente descobriu-se que o uso de álcool por adolescentes deve-se menos a formas de pressão direta do que as influências sociais bem mais sutis; também foi sugerido que tal abordagem (treinamento em habilidades para resistir à pressão social) pode ser contraproducente, na medida em que leva o adolescente a concluir que o uso de álcool é bastante prevalente e aprovado pelos seus colegas. Estabeleceram-se então programas de educação normativa visando a corrigir a tendência do adolescente de superestimar o número de seus colegas que bebem e que aprovam o uso de álcool. (BABOR, 2003).

Muitos programas escolares atuais combinam o treinamento de resistência à pressão com a educação normativa; os resultados ainda são ambíguos. Quando positivos, os resultados produzidos têm vida curta, a não ser que sejam reforçados periodicamente; alguns sub-grupos de adolescentes tendem a serem mais responsivos que outros. Programas escolares mais abrangentes, que incluem abordagem educacional tanto individual quanto familiar ou comunitária –alguns programas avaliados chegaram a incluir educação parental, treinamento de líderes comunitários e os meios de comunicação de massa – apresentaram algum resultado, porém logo dissipado assim que o programa acabou. (BABOR, 2003).

Marine Meyer, psicóloga do Hospital Albert Einstein apresentou em 2003 um guia tendo como objetivo instrumentalizar escolas a construir e manterem um programa de prevenção ao uso de drogas inserido no cotidiano escolar. As informações contidas neste material são destinadas preferencialmente aos educadores e mais particularmente aos professores, pois são considerados os agentes preventivos ideais em função do vínculo afetivo e educativo com os alunos.

Ela ressalta que a escola tem um papel fundamental no desenvolvimento sadio do adolescente e do adulto, pois contribui para a formação global do jovem e da sociedade. Acrescenta que a prevenção ao uso de drogas é uma atitude a ser adquirida desde a infância e promovida durante toda a vida. Assim, o papel da escola na prevenção é educar

crianças e jovens a buscarem e desenvolverem sua identidade e subjetividade, promover e integrar a educação intelectual e emocional, incentivar a cidadania e a responsabilidade social, bem como garantir que eles incorporem hábitos saudáveis no seu cotidiano. Trata-se de discutir o projeto de vida dos alunos e da sociedade, ao invés de dar ênfase às conseqüências, como a doença e a drogadição, por exemplo. Neste sentido, a prevenção é mais adequada quando discute o uso de drogas dentro de um contexto de saúde.

As ações preventivas podem ser inicialmente pontuais coordenadas por um membro da escola. Apesar desta não ser a situação ideal, estas atitudes precisam ser incentivadas e valorizadas. Afinal, é a partir do interesse de alguns que programas de prevenção podem ser estruturados a longo prazo. Esta pessoa pode coordenar e mobilizar a comunidade escolar para a relevância do tema. (MEYER, 2003).

No entanto, é o programa de prevenção o modelo que garante a continuidade das ações preventivas que são fundamentais para mudar o comportamento das pessoas sobre os riscos do uso de droga. O programa de prevenção precisa fazer parte do cotidiano, ser intensivo, precoce e duradouro, com tendência para envolver pais e comunidade em suas atividades. O programa ideal é aquele que é desenvolvido durante toda a escolaridade dos alunos. (MEYER, 2003).

Um programa de prevenção não pode ter como meta principal pôr fim a toda e qualquer ocorrência com drogas na escola ou propor que os usuários deixem de existir. É preciso tomar cuidado para não cair na armadilha de tentar banir as drogas da escola e da sociedade. Esta é uma missão impossível. (MEYER, 2003).

Portanto, o planejamento das atividades preventivas deve ter como meta diminuir a probabilidade do jovem envolver-se de maneira indevida com o uso de drogas. Para isso, os programas de prevenção ao uso de drogas devem enfatizar a redução dos fatores de risco e ampliação dos fatores de proteção. (MEYER, 2003).

Estudos indicam que nem toda pessoa que experimenta ou usa uma droga se tornará um dependente químico. Por outro lado, todo dependente um dia experimentou uma droga. O grande problema é que não dá para saber com antecedência, entre as pessoas que começam a usar drogas, quais serão usuárias ocasionais e quais se tornarão

dependentes. Para se fazer prevenção é preciso basear-se nos diversos padrões de uso de drogas. Não é em vão realizar um diagnóstico para verificar o tipo de uso.

Para fazer prevenção em escolas devem-se seguir modelos pesquisados e sugeridos por estudiosos da área. Estes sugerem um leque de estratégias que podem ser usadas para planejar e realizar atividades preventivas. A literatura sugere que os programas de prevenção mesquem as diversas estratégias para garantir uma diversidade de ações obtendo assim melhores resultados na prevenção ao uso de drogas. A escolha adequada de um modelo de prevenção se dará em função de uma série de critérios, tais como: a filosofia da instituição, do tipo de atividade, da população alvo, do local e de seus recursos e, principalmente, das necessidades daquela população. (MEYER, 2003).

A seguir, temos os principais modelos de prevenção sugeridos por Meyer (2003) para desenvolver programas de prevenção ao uso indevido de drogas:

- Modelo do amedrontamento

Este modelo baseia-se em fornecer informações que enfatizam as conseqüências negativas do uso de drogas de modo dramático. A prevenção ao uso de drogas nestes moldes tem pouca eficácia, pois muitas vezes o medo parece ser um argumento pouco convincente frente ao suposto prazer que o adolescente atribui às drogas.

Como exemplo, recentemente um projeto apresentado pelo vereador Pastor Gilson de Freitas (PSDB) dispõe sobre a obrigatoriedade dos estabelecimentos de ensino afixarem em local visível, com destaque, os malefícios do cigarro, drogas e bebidas alcoólicas. A proposta, segundo o parlamentar, aguarda para entrar na pauta de votação da Câmara do Senado. Segundo o vereador, o objetivo da apresentação deste projeto é conscientizar as crianças e adolescentes, principalmente os jovens, sobre os males provocados pelo consumo de drogas, bebidas alcoólicas e cigarro, para que não sofram mais tarde com estes vícios que acabam com famílias.

- Educação para o conhecimento científico

Propõe o fornecimento de informações sobre drogas de modo imparcial e científico. A partir destas informações os jovens podem tomar decisões racionais e bem fundamentadas sobre as drogas. Contudo, também precisamos fazer uma ressalva na utilização deste modelo. Informação em excesso e detalhista sobre os efeitos das diferentes drogas, também pode ter o efeito contrário do almejado: despertar a curiosidade e, portanto induzir o uso de drogas. Estudiosos da área lembram que para prevenir o uso de drogas é preciso informar os jovens, mas também abordar e discutir o prazer que os jovens atribuem a mesma como uma forma de conscientizá-los e desmistificar algumas crenças e concepções a cerca dos efeitos do uso de drogas.

- Treinamento para resistir

Busca desenvolver habilidades para resistir às pressões do grupo e da mídia para experimentação ou uso de drogas. Para tanto, são desenvolvidos exercícios que treinam os jovens a recusar a droga oferecida.

- Treinamento de Habilidades Pessoais e Sociais

Este modelo entende que o ensino de habilidades e competências como um fator de proteção necessário para lidar melhor com as dificuldades da vida. Também procura desenvolver competências mais gerais, tais como lidar com a timidez ou como desenvolver amizades saudáveis.

- Pressão de Grupo Positiva

Acredita-se que os próprios jovens podem liderar atividades de prevenção. Líderes naturais adolescentes são identificados e treinados por adultos para desenvolver ações preventivas.

- Educação afetiva

Defende que jovens emocionalmente e psicologicamente saudáveis correm menos riscos de ter um uso problemático de substâncias psicoativas. Este modelo visa o desenvolvimento interpessoal dos jovens estimulando e valorizando a auto-estima, a capacidade de lidar com a ansiedade, a habilidade de decidir e relacionar-se em grupo.

- Oferecimento de alternativas

Pretende oferecer alternativas interessantes e saudáveis ao uso de drogas, propiciando aos jovens possibilidades de lazer, prazer e crescimento pessoal. Exemplos dessas alternativas podem ser atividades profissionalizantes, esportivas, artísticas e culturais.

- Modificação das condições de ensino

Sugere a modificação das práticas educacionais, a melhoria do ambiente escolar, o incentivo à responsabilidade social, o comprometimento da escola com a saúde dos seus alunos, o envolvimento dos pais em atividades curriculares, e a inserção do tema no em sala de aula como atitudes importantes na prevenção ao uso de drogas.

- Educação para a saúde

Educar para uma vida saudável é a proposta central deste modelo. Assim, orientar para uma alimentação adequada, para atividades não propiciadoras de estresse, para uma vida sexual segura, para a prática de exercícios físicos, uso adequado de remédios e até para 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 drogas também se faz presente. Muitas vezes são discutidos temas mais gerais, como meio ambiente, poluição e trânsito visando formar um estudante com consciência de algumas características problemáticas do mundo que o cerca e com capacidade de escolher uma vida mais saudável para si e sua comunidade.

Fases de elaboração de programas

Para a implantação destes modelos de prevenção, tem-se como ponto de partida, a realização de um diagnóstico. É preciso saber qual é a amplitude do problema na escola para poder solucioná-lo. Se as ocorrências com uso de drogas têm sido relacionados ao álcool e a maconha a prioridade não é desenvolver atividades voltadas para o uso de cocaína. Assim o programa deve ser adaptado em função da realidade e das necessidades de cada escola. (MEYER, 2003).

O diagnóstico visa identificar, o público alvo do programa (incidência e prevalência do uso de drogas, características sócio-econômicas e demográficas), identificação dos grupos ou jovens com comportamento de risco; tipos de drogas consumidas, frequência e uso; valores, atitudes e crenças a respeito das drogas e dos usuários; levantamento das condições de ensino e da rotina escolar; condução dos casos de alunos usuários ou dependentes e informações sobre o tema na comunidade escolar.

Estudiosos sugerem que o diagnóstico deve ser realizado em três etapas:

Método quantitativo: pesquisa epidemiológica

Questionários anônimos e de autopreenchimento (padronizado pela Organização Mundial de Saúde). Os questionários visam a caracterizar a população, medir o uso de drogas desses alunos, seus conhecimentos e opiniões a respeito do tema. Este procedimento apresenta um grau de dificuldade alto para sua realização, pois exige o acompanhamento de técnicos e por isso acarreta em um aumento de custos. A parceria com universidades ou instituições especializadas deve ser estudada e é aconselhada. Além disso, o uso deste instrumento exige cautela, pois é comum um sentimento de perseguição dos alunos que podem não responder o questionário adequadamente por medo.

Método qualitativo - levantamento do conhecimento sobre o tema

Elaboração de um roteiro de perguntas baseadas nas informações que se deseja obter. O mesmo deve ser rigorosamente planejado e estruturado para garantir a confiabilidade dos resultados e sua reaplicação.

Atividade realizada com um grupo de no máximo 12 participantes. O grupo terá um coordenador e um observador (anota e grava a discussão). A partir das questões propostas pelo coordenador do grupo, os participantes irão expor e debater suas opiniões e conhecimentos sobre o tema. Podendo ser aplicada em alunos, professores e pais.

- Mapeamento da Instituição

Observação da rotina escolar (alunos e funcionários) e da proposta pedagógica da escola, para moldar as etapas do programa de prevenção ao funcionamento da escola.

Avaliação do ambiente físico e arredores da escola: presença de bares e padarias próximos, a frequência dos alunos a estes locais, opções de lazer no local.

Levantamento de como a problemática das drogas é abordada na escola: modo de encaminhamento, tabagismo entre os professores e os alunos, o que acontece ao aluno quando é pego usando ou portando drogas na escola; venda de bebidas alcoólicas durante festas da escola.

Avaliação de como as questões de saúde são abordadas na escola: medicação dos alunos, presença de “farmácia” na escola e seu responsável, se a escola mantém um registro do número de intercorrências de saúde.

Levantamento do número de ocorrências envolvendo drogas na escola.

Levantamento de atividades preventivas que já foram desenvolvidas na escola para evitar a repetição das mesmas atividades e temas. Também é uma forma de detectar os conhecimentos preexistentes e já trabalhados pela escola com a comunidade.

Levantamento dos recursos materiais, humanos e físicos disponíveis para a realização do programa.

Dificuldades iniciais para inserção do programa de prevenção na escola

- Tráfico de drogas na escola

Trabalhar o tema indiretamente (no caso de escolas com tráfico intenso). Neste caso, a escola pode trabalhar com ações que despertem a cidadania e a responsabilidade social, ajudando os alunos a encontrarem soluções para os problemas de sua comunidade. Utilizar-se do modelo de educação afetiva desenvolvendo atividades com artes ou música que ajudam a melhorar a auto-estima destes jovens. (MEYER, 2003).

Esta maneira de desenvolver o trabalho de prevenção é um excelente recurso para firmar parcerias com todos os setores da escola. Ele é educativo, sendo, portanto do interesse de toda a comunidade e do qual todos podem participar. (MEYER, 2003).

- Falta de preparo técnico

A busca de informações científicas e confiáveis diminui a insegurança trazendo tranqüilidade e qualidade ao programa de prevenção ao uso de drogas. (MEYER, 2003).

- Sentimento de desconfiança dos alunos com relação a uma postura repressora e acusatória da escola.

Como vimos, a prevenção e repressão são muitas vezes confundidas. Portanto, é preciso desenvolver atividades que mobilizem e interesse aos jovens. Além disso, é importante evitar criar um clima de acusação e identificação. (MEYER, 2003).

- Falta de regras claras sobre o uso de drogas na escola.

Nenhum tipo de consumo de drogas deve ser permitido nas escolas sejam elas lícitas ou ilícitas. Recomenda-se que o consumo de álcool (até para os adultos) seja evitado nas festas comemorativas da escola. Este é um excelente momento para se divertir sem se embriagar. Também é preciso prever e estabelecer um protocolo de medidas para alunos que são usuários ou forem pegos usando drogas dentro da escola. (MEYER, 2003).

Todo o corpo educativo precisa ser capacitado para desenvolver o tema drogas em sala de aula e no cotidiano escolar. Esta é uma tarefa que requer tempo e investimento.

A partir das informações obtidas no diagnóstico e considerando os objetivos gerais do projeto é preciso organizar as atividades preventivas para que os problemas com uso de drogas sejam solucionados e abordados. Para tanto é preciso fazer um plano de trabalho. O planejamento deve contemplar a preparação de atividades preventivas para toda a comunidade escolar (corpo educativo, pais e alunos). Este poderá ser anual ou semestral. (MEYER, 2003).

A escola deve ter um planejamento consistente para fazer um trabalho preventivo, mas deve também estar preparada para agir diante de situações imprevistas, e aproveitar todas as oportunidades possíveis para agir de forma positiva na formação de seus alunos. (MEYER, 2003).

Algumas dicas para a construção de um plano de trabalho

- Que tipo de atividade deve ser realizada para reduzir ou evitar o consumo de drogas e favorecer os fatores de proteção?
- O que precisa ser feito para atender as necessidades levantadas no diagnóstico?
- Que atividades devem ser realizadas para que todos os setores da escola sejam atingidos pelo programa?
- Quem é o público-alvo desta atividade?
- Qual a melhor estratégia para planejar esta atividade?
- Quantas atividades serão necessárias para atingir toda a população durante o ano?
- As atividades desenvolvidas precisam ser sistematicamente registradas e descritas para a realização da avaliação e reutilização.
- Ao menos uma vez por ano, deve haver uma avaliação das atividades realizadas e redefinição das metas para o ano seguinte.

Como trabalhar o tema na escola

As atividades preventivas têm maior impacto quando são dirigidas aos alunos e aos seus familiares e se toda a comunidade escolar estiver mobilizada. Elas devem abordar todas as formas de abuso de drogas, incluindo as legais e as ilegais, dando prioridade às mais consumidas naquela comunidade.

A continuidade das atividades preventivas pode ser garantida ao serem inseridas no programa pedagógico da escola através dos temas transversais, e nos eventos propostos pela escola como festas, assembléia ou reunião de pais. Datas comemorativas também pode ser um excelente recurso para o desenvolvimento de atividades preventivas, como por exemplo, o dia internacional de combate às drogas. O projeto também pode criar e propor atividades preventivas extracurriculares como campeonatos esportivos ou palestras informativas. (MEYER, 2003).

Exemplos de atividades preventivas sugeridas pela literatura:

Professores e funcionários: Criar um banco de aulas, atividades e dinâmicas reaplicáveis que abordem todas as drogas e os diferentes usos. Elaborar material didático: cartilhas e folhetos.

Pais: Criar um canal de discussão e de parceria com os pais através de eventos específicos. Promover uma discussão sobre os fatores de risco e de proteção

Alunos: Planejar projetos pedagógicos e culturais: exposições de pesquisas e trabalhos realizados. Discussão de algumas propagandas de álcool e medicamentos, por exemplo.

Seguem algumas estratégias para auxiliar a avaliação dos resultados:

- Pré/Pós-testes

Desenvolvimento de questionários para medir a opinião dos alunos sobre as drogas e seus conhecimentos sobre o tema. Aplica-se o teste antes e após a atividade preventiva. Depois se compara se houve alguma alteração no comportamento e no conhecimento dos sujeitos.

- Número de ocorrências

Levantamento do número de ocorrências com drogas na escola durante o programa. O fato de elas aumentarem não significa necessariamente que o programa falhou. Este índice pode ser um indicativo de que o tema está mais presente na escola e, as pessoas têm procurado maior apoio junto à escola. Portanto pode até ser positivo.

- Número de intercorrências de saúde

Levantamento do número de intercorrências de saúde (faltas por doença, pedido de medicamentos e sua indicação) durante o ano escolar. Este pode ser um indicador de que o programa tem afetado o comportamento em relação a automedicação e a medicação sem orientação médica. Uma redução deste número bem como uma atitude mais consciente no uso de medicamentos, pode ser um resultado positivo do trabalho realizado.

- Número de casos

Levantamento do número de alunos encaminhados para profissionais de saúde por terem um comportamento abusivo ou de dependência de drogas. Verificação se este número aumentou, diminuiu ou manteve-se inalterado.

- Inserção do programa na escola

Levantamento do número de intervenções realizadas pelo grupo de multiplicadores em parceria com os outros professores da escola. Pode-se verificar se o grupo de multiplicadores atingiu seu propósito: O programa de prevenção ao uso de drogas está inserido no cotidiano e no programa pedagógico da escola? Os professores da escola têm tido autonomia para abordar o tema drogas em sala de aula? Quantas atividades

desenvolveram? Como os casos e os episódios de alunos envolvidos com drogas foram conduzidos na escola? Nota-se um maior preparo por parte dos professores e inspetores?

-A participação

Pretende quantificar o número de pessoas que o programa atingiu e, o número de atividades que cada indivíduo participou. A partir destes dados, verifica se o programa está alcançando toda a população inicialmente planejada. Para esta avaliação se faz necessário à elaboração de um instrumento de registro para que após cada atividade realizada durante o programa, estes fatores sejam medidos.

- Pesquisas epidemiológicas

Consiste na reaplicação de questionários epidemiológicos (conforme explicado no item diagnóstico) após pelo menos um ano de programa. Tem como objetivo verificar se houve alteração no conhecimento e no consumo de drogas com relação aos resultados obtidos na pesquisa durante o diagnóstico. A realização deste tipo de avaliação implica em uma parceria com instituições de pesquisas especializadas. (MEYER, 2003).

- Levantamento de opiniões e conhecimentos sobre o tema

Reutilização dos grupos realizados durante o diagnóstico. A composição do grupo e o roteiro de perguntas devem ser mantidos para verificar se houve alteração no discurso após a realização de atividades preventivas na escola. Deve ser feito no mínimo após um ano de programa.

Modelo de diagnóstico sugerido pela Organização Mundial de Saúde

Visando a prevenção de problemas decorrentes do abuso do álcool, na década de 1980 a Organização Mundial de Saúde - OMS desenvolveu um instrumento de rastreamento para a dependência de álcool (o questionário AUDIT), e propôs estratégias

de intervenções breves para o uso abusivo da substância. Essa forma de trabalho de reconhecimento precoce e intervenção rápida receberam no Brasil o nome de Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves – EDIBs.

Este instrumento, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por Babor et al (1992), compõe-se de 10 questões e tem por objetivo identificar possíveis dependentes de álcool. Foi traduzido e validado no Brasil por Figlie et al. (1999). As questões referem-se aos últimos 12 meses, sendo que as três primeiras medem a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional de álcool, as três questões seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro finais são a respeito de problemas recentes na vida relacionados ao consumo do álcool. O escore varia de 0 a 40 e sua pontuação pode ser feita de vários modos. Por exemplo, uma pontuação superior a oito indica a necessidade de um diagnóstico mais específico.

Porém, atualmente, o próprio autor principal (Babor & Higgle-Biddle, 2003) vem propondo quatro níveis de escore para o AUDIT, que sugeririam fazer (ou não) uma intervenção breve, inserida na atenção primária à saúde e dirigida aos profissionais de saúde. O escore, então, seria classificado como descrito abaixo:

- Consumo de baixo risco ou abstêmios = 0 a sete pontos
- Consumo de risco = 8 a 15 pontos
- Uso nocivo ou consumo de alto risco = 16 a 19 pontos
- Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos)

O AUDIT, portanto, serve para o rastreamento dos possíveis casos, sendo um método simples para identificar pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência do álcool.

O padrão "*binge drinking*" ("beber se embriagando" ou "tomando porre") enquadra-se dentro do consumo de alto risco, sendo que, para este, recomenda-se as seguintes atuações:

- Mostrar para o indivíduo que seu comportamento de beber é classificado como de risco;
- Encorajá-lo a reduzir o seu padrão de beber atual, apontando os riscos específicos a que está sujeito em decorrência do consumo acima do recomendável;
- Orientar no sentido de que a opção seja pelo beber de baixo risco ou pela abstinência, se o indivíduo concordar.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PROPOSTO PELA OMS

1 - Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc.)?

- (0) Nunca
 (1) 1 vez por mês ou menos
 (2) 2 a 4 vezes por mês
 (3) 2 a 3 vezes por semana
 (4) 4 ou mais vezes por semana

2 - Quantas doses, contendo álcool, você consome num dia em que normalmente bebe?

- (1) 1 a 2
 (2) 3 a 4
 (3) 5 a 6
 (4) 7 a 9
 (5) 10 ou mais

3 - Com que frequência você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

- (0) Nunca
 (1) Menos que mensalmente
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Diariamente ou quase diariamente

4 - Com que frequência, durante os últimos doze meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

- (0) Nunca
 (1) Menos que mensalmente
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Diariamente ou quase diariamente

5 - Com que frequência, durante os últimos doze meses, você deixou de fazer algo ou atender a um compromisso devido ao uso de bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca
 (1) Menos que mensalmente
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Diariamente ou quase diariamente

6 - Com que frequência, durante os últimos doze meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

- (0) Nunca
 (1) Menos que mensalmente
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Diariamente ou quase diariamente

7 - Com que frequência você sentiu-se culpado ou com remorso depois de beber?

- (0) Nunca
 (1) Menos que mensalmente
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Diariamente ou quase diariamente

8 - Com que frequência, durante os últimos doze meses, você não conseguiu lembrar-se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?

- (0) Nunca
 (1) Menos que mensalmente
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Diariamente ou quase diariamente

9 - Você ou outra pessoa já se machucou devido a alguma bebedeira sua?

- (0) Nunca
 (2) Sim, mas não nos últimos doze meses
 (4) Sim, nos últimos doze meses

10 - Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse a quantidade?

- (0) Nunca
 (2) Sim, mas não nos últimos doze meses
 (4) Sim, nos últimos doze meses

Score total:

A soma de 8 (oito) ou mais pontos indica uso excessivo de bebida alcoólica, com alto risco para a saúde.

Referências

ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro: Campos, 1989.

AZOUBEL, D. N. **Contribuição para o estudo epidemiológico do alcoolismo**. 1965. 180f. Dissertação (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1965.

BABOR, T. F et al. Drug and alcohol dependence. **Magazine Science Direct**, v. 49, n. 2, p. 115-121, 1992.

BABOR, T.F et al. **Alcohol: no ordinary commodity**. Oxford: University Press, 2003.

BACHMAN, S.J.; JOHNSTON, L.D.; O'MALLEY, P.M. Smoking, drinking, and drug use among American high school students; correlates and trends, 1977-1979. **American Journal of Public Health**, v. 7, n. 171, p.59-69, oct/nov. 1981.

BECK, F.K. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R). **American Psychiatric Association**, Washington, v.4, n.32, p. 27-43, 1987.

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

BERENZON, L. **Adolescents integral health**. 10. ed. Caracas, Venezuela: Pioneira, 1994.

BLOS, P. **Adolescência: uma interpretação psicanalítica**. 20. ed. São Paulo: M. Fontes, 1995.

BUCHER, R.; TOTUGUI, M.L. Conocimiento y uso de drogas entre alumnos de Brasília. **Revista Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, Buenos Aires, v.5, n. 34, p. 113-26, jan. /feb. 1988.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163-177, out. /dez. 2000.

BYRD, R.S.; WEIZMAN, M.; DONIGER, A.S. Increased drug use among old- for-grade Adolescents. **Revista Pediatria e Adolescência**, São Paulo, v.5, n.150, p 60-70, jan/fev. 1996.

CARLINI-COTRIM, B et al. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual em dez capitais brasileiras. **Revista Centro de Documentação do Ministério da Saúde**, Brasília, v.3, n.21, p. 9-84, out. 1989.

CAROMA, A.E et al. Factores socioeconômicos e ingestion de alcohlo em estudantes secundários. **Revista Médica Chilena**, v.114, n. 42, p. 74-82, 1986.

CASTIEL, L.D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria “comunidade”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 615-622, out. 2004.

COLEMAN, J.C. **Psicología de la adolescencia**. 6. ed. Madrid: Morata, 1985.

CRAIG, H. **Desarrollo emocional**. 2. ed. México: Grijalbo, 1997.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ECA - Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990 – Livro 1 – Parte Geral – Título 1 – Das Disposições Preliminares, 24, 86,1990.

FADEN, V. **Recent developments in alcoholis: alcohol Problems in Adolescents and Young Adults**. San Francisco: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2005.

FELDMAN, L et al. Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. **Magazine Health**, v.24, n.21, p 45-58, 1999.

FONSECA, L.E.P. **Complicações clínicas do abuso de substâncias**. In: Arthur Guerra de Andrade, Sérgio Nicastri e Eva Tongue. **Drogas: Atualização em Prevenção e Tratamento**, 1992.

FREUD, A. **Normalidad y patología en la niñez, evaluación del desarrollo**. Buenos Aires: Paidós, 1971.

GALANTER M. Alcohol problems in adolescents and young adults. **The standard edition of the complete psychological work of Sigmund Freud**, Chicago, vol.22,n .10, p.57-80, 2004.

GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. **Brazilian Magazine Medicine Biology**. 2004 ;37 (4):523-31.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. **Tendências do uso de drogas no Brasil: síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes do 1º e 2º grau em 10 capitais brasileiras (1987, 1989, 1993, 1997)**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/ Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1997.

GALDURÓZ, J.C.F et al. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras: 2004**. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, 2005.

GILCHRIST, L. D. Defining the intervention and the target population. **Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues**. **National Institute on Drug Abuse**, New York, v.31, n.54, p. 110-222, 1991.

GILVARRY, E.; MCARTHY, C.; MCARDLE, P. Substance use among schoolchildren in the north of England. **Magazine Drug and Alcohol dependence**, New York, v.37, n. 31, p.5-9, mar. 1995.

GITLOW, S.E.; PEYSER, H.S. **Alcoolismo** – um guia prático de tratamento. Artes Médicas Sul Ltda., 1991.

GRUBER, E et al. Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescence. **Preventive Medicine**, Boston, v. 25, n.43, p. 293-300, 1996.

GUILAM, M. C. R. **O discurso do risco na prática de aconselhamento genético pré-natal**. 2003. 200f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

HAVIGHURST, R. J. **Education in metropolitan areas**. 4. ed. Madrid, España: Eric, 1966.

HEALTH PROMOTION AGENCY FOR NORTHERN IRELAND. **What is health promotion, 2004**. Disponível em: <<http://www.healthpromotionagency.org.uk>>. Acesso em: 20 out. 2007.

HINGSON, R.; WINTER, M. Epidemiology and consequences of drinking and driving. **Alcohol Health**. 2003; 27(1):63-78.

HOLDER, H.D.; BLOSE, J.O. alcoholism treatment and total health care utilization and costs. **Magazine of the American Medical Association**, New York, v. 256, n.60, p. 14-56, 1986.

HOLLAR, D.; MOORE, D. Relationship of substance use by students with disabilities to term educational, employment, and social outcomes. **Magazine Substance Use and Misuse**, Cambridge, v. 39, n.6, p. 31-62, 2004.

KANDEL, D.B.; DAVIES, M. High school students who use crack and other drugs. **Arch Gen Psychiatry**, v.53, n.43, p. 72- 80, 1996.

KELMAN, H. C. **Crimes of obedience: toward a social psychology of authority and responsibility.** New Haven, CT: Yale University Press, 1963.

KHAN, N.; ARNOTT, R. Substance use among rural secondary schools in Zimbabwe: Patterns and prevalence. **Magazine Medicine**, New York, v.42, n. 8, p. 3-9, 1996.

KOSSOBUDZKY, L.A.; ALVES, R. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. **Revista Interação em Psicologia**, Paraná, v.6, n.1, p. 65-79,2002.

KUMPULAINEN, K.; ROINE, S. Depressive symptoms at age 12 years and future heavy alcohol use. **Addictive Behaviors**, v.27, n.3, p. 425-436. 2002.

KURIA, M.W. Drug abuse among urban as compared to rural secondary schools students in Kenya: a short communication. **Magazine Healths**, New York, v.73, n.50, p. 339, 1996.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 1982.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Atlas, 1986.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1998.

LALINEC-MICHAUD, M et al. Substance misuse among native and rural high school students in Quebec. **The International Journal of the Addictions**, v.26, n. 9, p. 3-12, 1991.

LARANJEIRA, R et al. **Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2007.

LEBOUVIE, E.W. Alcohol and marijuana use in relation to adolescent stress. **Magazine International of the Addictions**, New York, v. 21, n.3, p. 33-45, 1986.

LEFREVE, F. **Promoção de saúde: elementos para reflexão**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2000.

LEPRE, R. M. **Raciocínio moral e uso abusivo de álcool por adolescentes**. 2005. 190f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2005.

LEVISKY, D. L. **Aspectos do processo de identificação do adolescente na sociedade contemporânea e suas relações com a violência**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

LEVISKY, D.L. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MAGGS, J.L.; SCHULENBERG, J.E. Initiation and course of alcohol consumption among adolescents and young adults. **Kluwer Academic/Plenum Publishers**, v. 17, n.22, p. 9-34, 2005.

MARCONDES, F. W. **Suicídio na infância e adolescência**. Curitiba: PUC, 1998.

MASUR, J. C et al. Hipertensão e alcoolismo. **Revista Assistência médica brasileira**, v.26, n. 3, p. 86-88, 1980.

MAYA-SANCHES, M. A.; ZAVALA, G. G. Estudio epidemiológico sobre el uso de alcohol in población joven de 14 a 18 años. **Salud Pública México**, v.28, n.9, p. 1-9, 1986.

MENNINGER, W.W. The role of psychiatry in selection and training of peace corps volunteers, **Magazine International of the Addictions**, New York, v. 56, n.3, p. 30-56, nov. 1964.

MERRIL, J.C et al. Cigarretes, alcohol, marijuana, other risk behaviors, and american youth. **Drug-Alcohol-Depend**, v. 56, n. 3, p. 5 -12, 1999.

MEYER, M. **Guia prático para programas de prevenção de drogas**. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita, 2003.

MICHELET, F.X. Nutrición del anciano. **Boletin de la Oficina Sanitária Pan-americana**, Washington DC, v.98, n.3, p.228-235, 1985.

MILLER, P. Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug. A study of Uk Teenagers. **Drug-Alcohol-Depend.**, v.45, n.12, p. 12-19, 1997.

MINAYO, M.C.; SOUZA, E.R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MOTTA, J. I. J. **O Processo Saúde/Doença**. Rio de Janeiro: Ateneu, 2000.

MONTESINOS, R. Cambio cultural y crisis em la identidad masculina. **Revista el cotidiano**, México, v.68 n.12, marzo-abril, 1995.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. Preventing drug use among children and adolescent: a research-based guide. Bethesda: **National Institutes of Health**, v. 42, n. 99, p. 2- 7, 1997.

NOWLIS, H. **A verdade sobre as drogas**. Rio de Janeiro: IBCC-UERJ, 1975.

O'BRIEN, C. P. **Dependência e Uso Abusivo de Drogas**. IN: GOODMAN, L.S; GIMAN, A – **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. Rio de Janeiro, Mc Graw Hill, p. 405-420, 1996.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Preditores econômicos, comportamentais e demográficos relacionados ao maior risco de alcoolismo**

dentre os adolescentes. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.4, Rio de Janeiro Oct./Dec. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. In: **Promoção da Saúde e Saúde Pública**, Rio de Janeiro: ENSP, 1986, p. 158-162.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Jakarta**. In: **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1998, p.174-178.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Escolas promotoras de saúde: modelo e guia para a ação**. Washington, (D.C.): Opas. (Série HSS/Silos.),1996.

PECHANSKY, F.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.R. Was Goliath blind or ignorant? The struggle between evidence and passion in alcohol public policies in Brazil. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v.28, n.4, p.59-60, 2004.

PEREIRA, E. L. A.; SENA, E.P.; OLIVEIRA, I.R. **Farmacologia do álcool etílico e tratamento do fármaco-ingestão do alcoolismo**. IN: SILVA, P. – **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

PINSKY, I.; BESSA, M.A. **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.

REIS, M.G.C. **Escola, instituição da tortura**. São Paulo: Scortecci, 2004.

REMPLEIN, C. **Integración familiar**, México: Pirâmide, 1971.

ROMANO, M et al. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do estado de São Paulo – SP. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p.495-501, 2007.

SAITO, M. I. **Adolescência cultura e vulnerabilidade e risco**. A Prevenção em Questão. IN: SAITO, M. I. & SILVA, L.E.V. – **Adolescência Prevenção e Risco**. São Paulo: Ateneu, 2001.

SAIZ, P.A et al. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad em jóvenes de enseñanza secundaria. **Revista Adicciones**, v. 11, p. 209-220,1999.

SARINARA, M. E. C.; MAYA, M. A.; AQUILAR, M. A. Consumo de substancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14-18 años. **Salud Publica México**, v.24, n.7, p. 65-74, 1982.

SCIVOLETTO, S. **Abuso e dependência de drogas**. IN: SAITO, M. I. & SILVA, L.E.V. – **Adolescência Prevenção e Risco**. São Paulo: Ateneu, 2001.

SCIVOLETTO, S. **Adolescência prevenção e risco**. São Paulo: Ateneu, 2004.

SELZNICK, E. **A school of social work survey of its graduates**, University of Buffalo, 1963.

SHEIHAM, A et al. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. **Health Promoter International**; v.18, n.3, p:19-18, 2003.

STEVENS, M et al. Drug use prevalence in a rural school-age population: The New Hampshire survey. **Sm-J-Prev-Med**, v.11, n. 2, p. 5 - 13, 1995.

SZOBOT, C.; KAMINER, Y. **O tratamento de adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas**. In: PINSKY, L.; BESSA, M.A. (orgs). **Adolescência e Drogas**. São Paulo: Contexto, 2004, p.164-178.

SWADI, H. Drug and substance use among london adolescents. **Magazine Healths**, v. 21, n. 5, p. 21-45, 1988.

U. S. DEPARTAMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Preventing tobacco use among young people**; a report of Surgeon General. Atlanta: US Departament of Health and Human Service, CDC, Nacional Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health: 1994.

VITORIANO, E. **Drogas e bebidas alcoólicas: os números do consumo no interior paulista, por crianças e adolescentes, é estarrecedor.** São Paulo: Boletim ACCA. 2007.
Disponível em:
<http://www.propagandasembebida.org.br/not_home/not_home_integra.php?id=133
Acesso em: 13 out. 2007.

ZANINI, A.C et al. Concepts and use of psychoactive drugs by university students in the São Paulo Area. **Boston: Drug Fórum**, v.6, n.2, p.85-99, 1977.

WADA, K.; FUKAI, S. Prevalence of volatile solvent inhalation among junior High school students in Japan and background life style of users. **Addiction**, v. 88, n. 21, p. 89-100, 1993.

WEINRIEB, R.M.; O'BRIEN, C.P. Persistent cognitive deficits attributed to substance abuse. **Neurol Clinic**, v.11, n.3, p. 63-91, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion - The Ottawa Charter.** Geneva: WHO,1986.