

11

Substâncias Psicoativas no Ambiente Escolar

Evandro Murer

Mestre em Educação Física FEF – UNICAMP

Jane Domingues de Faria Oliveira

Mestre em Educação Física FEF – UNICAMP

Roberto Teixeira Mendes

Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM – UNICAMP

O ambiente escolar vem ampliando seu papel enquanto mecanismo de inclusão social, já que promove desde a infância a convivência dos indivíduos em grupos. Isso pode ser constatado tanto no aumento nos anos de escolaridade, quanto no número de horas dos cursos, o que amplia o convívio escolar.

O âmbito educativo, como muitos já destacaram, é bastante complexo. Uma questão que vem assumindo grande importância na dinâmica escolar é o fato de a escola ser implicada como local de primeiro contato com substâncias psicoativas.

Em todo o planeta, o consumo de drogas cresce constantemente. Em recente relatório divulgado em 2007, a Organização das Nações Unidas (ONU) indicou que cerca de 160 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos fumam maconha. As bebidas alcoólicas e o tabaco estão em constantes campanhas publicitárias, sem dizer da diversidade de medicamentos, muitos deles oferecidos pela internet, que prometem combater os males da modernidade: obesidade, depressão e estresse. Com esse cenário, como poderia ser diferente nas escolas?

As Substâncias Psicoativas (SPA) podem ser categorizadas pelos efeitos no Sistema Nervoso Central (SNC) como estimulante, depressora e alucinógena; ou por terem sua comercialização e uso legalizados ou não como drogas lícitas ou ilícitas.

Entre as SPA mais consumidas temos:

- Drogas lícitas: tabaco, álcool, café, calmantes, analgésicos, anabolizantes, anorexígenos, solventes;
- Drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, ecstasy e LSD, entre outras de menor consumo.

Segundo Bahls & Ingbermann (2005), entre os critérios de risco associados ao abuso de drogas e resumidos 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 critérios de risco ligados à socialização são:

- (a) comportamento agressivo e inapropriado em sala de aula,
- (b) fracasso no desempenho escolar,
- (c) habilidades sociais empobrecidas,
- (d) afiliação com pares que apresentam comportamentos desviantes, e
- (e) percepção de que na escola, entre os pares e na comunidade existe aprovação do comportamento de uso de drogas.

Os fatores protetores não são sempre opostos aos fatores de risco, e entre os principais fatores de proteção, incluem-se o sucesso no desempenho escolar e os vínculos fortes com instituições pró-sociais, como a escola e a igreja.

O uso de SPA estabelecido entre os 14 e 15 anos de idade pode ser renunciado pelo comportamento social e escolar demonstrado entre os sete e nove anos de idade.

Em estudo com crianças e adolescentes de 7 a 15 anos de idade sobre as habilidades escolares e sociais, e quanto ao ambiente em casa, Hops *et al.* (1999) encontraram que, quanto maiores as dificuldades escolares e sociais no ensino fundamental, mais as crianças entraram num processo contínuo de uso de drogas estabelecido na pesquisa: só uso de álcool, só álcool e tabaco, ou álcool, tabaco e maconha e outras drogas. Para as meninas, o ambiente em casa moderou o efeito das variáveis escolares e sociais. O baixo desempenho escolar de estudantes pode excluí-los do grupo que tem mais sucesso, levando ao envolvimento

mento com pares que apresentem problemas em aspectos escolares e uma maior probabilidade de desvio e uso de drogas.

Segundo Tavares *et al.* (2008), a “drogadição” invadiu o espaço educativo de forma tão contundente que vem assustando os professores, diretores e demais profissionais da educação, pois eles se vêem despreparados para agir diante dessa realidade.

A escola tem sido apontada como local de primeiro contato com as drogas, o que tem ocorrido por volta dos 11 anos de idade, uma fase da vida permeada de questionamentos, inquietações e insegurança.

Entre a puberdade e a adolescência, o ser humano vive uma transição constante, com quebra na relação familiar, busca de autoafirmação e aceitação frente aos colegas, o que implica na adoção de comportamentos valorizados pelo grupo, podendo favorecer o uso de substâncias entorpecentes, pois elas trazem sensação de segurança, coragem e tranqüilidade. Essa situação, todavia, pode ser uma porta para o vício, que em muitos casos promove sofrimento, angústia, loucura e até levar a morte.

A escola, que tem um papel de formação do cidadão, acaba se omitindo ou agravando o problema, pois segundo Tavares *et al.* (2008), ao constatar alunos fazendo uso de drogas, simplesmente comunica aos familiares e os incumbe do cuidado com esse membro, o que significa muitas vezes o afastamento desses alunos das salas de aula e, em muitas ocasiões, o fim da vida escolar.

A escola, na maioria das vezes, encerra nesse ato sua ação a respeito das drogas, sendo repassada toda a responsabilidade para a família. Tal situação, contudo, retira do setor educacional suas obrigações com relação a esse problema, tendo em vista ser esse um dos espaços apontados como de iniciação ao uso de SPA, bem como ser a escola a principal instituição responsável pela formação das pessoas para inserção no meio social.

É importante frisar que as drogas (lícitas e ilícitas) chegam às escolas pelas mãos dos próprios alunos, funcionários e até professores. O Quadro 1 apresenta as SPA mais utilizadas pelos estudantes do ensino fundamental e médio no Brasil.

Quadro 1: Substâncias psicoativas (SPA) mais utilizadas por estudantes de ensino fundamental e médio no Brasil.

SPA	Prevalência
Álcool	65,2%
Tabaco	24,9%
Solventes	15,5%
Maconha	5,9%
Ansiolíticos	4,1%
Anfetaminas	3,7%
Cocaína	2,0%

Fonte: Cebrid/Unifesp.

Por serem de fácil acesso e sua produção e venda socialmente aceitas, as bebidas alcoólicas e o tabaco (cigarro) encabeçam as estatísticas. Em 2006, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), realizou um levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas, com 48 mil estudantes do ensino fundamental e médio, em 10 capitais brasileiras e constatou que dois em cada três jovens já beberam aos 12 anos de idade e um em cada quatro já experimentou cigarros.

Estudos indicam alguns fatores que levam o jovem às drogas nas escolas:

- Desejo de fuga dos problemas;
- Aceitação social;
- Curiosidade por novas sensações;
- Envolvimento de familiares e amigos com o consumo de drogas;
- Baixa percepção do apoio familiar;
- Menor frequência em prática esportiva.

A droga acaba sendo uma “válvula de escape” para as tensões e angústias geradas pelos problemas da vida, principalmente na fase escolar que engloba a pré-adolescência e a adolescência.

É importante uma mudança de atitude das pessoas que estão envolvidas com a escola, possibilitando construir com professores, alunos e familiares novas estratégias para o enfrentamento desse

problema. Levantamento realizado pela UNESCO, órgão da ONU, mostra que 45% dos estudantes, entre 6 e 9 anos, recusam-se a tocar no assunto com a mãe, e 55% dizem não fazer isso com o pai.

Ainda existe grande preconceito na discussão aberta do assunto drogas nas escolas. É necessário que a escola quebre esse paradigma e passe a adotar uma postura realista e de prevenção, assumindo o problema como também seu, contribuindo, assim, para o enfrentamento e, quem sabe, a redução do uso de drogas e consequentemente a diminuição de problemas psicológicos e sociais.

Para tanto, o ambiente escolar, além de ser um local onde as informações sobre drogas circulem livremente entre os alunos, professores, familiares, de modo claro para todos, deve também promover um maior envolvimento com profissionais da área de saúde afins.

Segundo Medeiros (2006), os programas de prevenção trazem benefícios para as pessoas, famílias, sociedade, bem como para o Estado, já que promove uma redução de gastos, pois “para cada dólar investido em prevenção pode-se observar uma economia de até 10 dólares no tratamento contra o consumo de álcool ou de outras drogas”.

Como técnica preventiva ao uso e disseminação das drogas no ambiente escolar, podemos sugerir o modelo proposto por Moreira *et al.* (2006) no contexto da Escola Promotora de Saúde, segundo o qual os alunos devem ser atendidos dentro de suas particularidades biopsicossociais, independentemente se fazem ou não uso de SPA, sejam elas quais forem. A atitude de um educador ou de uma escola que consegue incluir, manter ou renovar o seu vínculo com um aluno que faz algum uso de SPA, lícita ou ilícita, pode ser o divisor de águas entre a parada na experimentação e a migração para outros usos. Nesse aspecto, o vínculo positivo do aluno com a escola é base da inclusão e do apoio.

Segundo Moreira *et al.* (2006), em uma situação explícita do uso de drogas no ambiente escolar, o limite deve ser colocado de uma forma alternativa à exclusão do aluno, com uma chamada para a reflexão, e posteriormente através de textos sobre o assunto a serem trabalhados com toda a classe.

Concomitantemente, outras ações se tornam necessárias:

- Acompanhamento mais atento do cotidiano do aluno,
- Reunião com os pais e visitas domiciliares,
- Estimulo à participação em atividades que incentivem a autonomia.

A Questão do Tabagismo

Tido como a SPA mais consumida pelos alunos depois do álcool, o uso do tabaco tem particularidades que o situam numa posição mais crítica com relação à escola. Por ser droga lícita, seu uso é tolerado socialmente, o que favorece a quebra de comportamentos saudáveis em direção ao uso de substâncias outras, lícitas ou ilícitas.

O tabagismo está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade, sendo responsável por aproximadamente cinco milhões de mortes ao ano e considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a maior causa de morte evitável no mundo. Apesar das evidências da associação do tabaco a várias patologias e de sua incidência estar diminuindo em alguns países, sabe-se que alguns tabagistas têm muita dificuldade para manter a abstinência, tornando a sua abordagem um desafio para os profissionais que trabalham na área da saúde (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

Tabagismo, diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia são fatores de risco para doenças cardiovasculares, responsáveis por cerca de 30% das mortes no mundo (MORAES, 2006).

A ação nociva do cigarro não permanece somente nos pulmões, mas em todo o aparelho respiratório, podendo surgir rinites, sinusites e bronquites. Como o revestimento das vias aéreas superiores não agüenta a alta temperatura da fumaça nem a toxicidade de seus compostos químicos, o organismo passa a produzir mais muco para expulsar os elementos irritantes.

A nicotina é uma droga que apresenta alto poder de modificar a biologia e a fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência; também os fatores individuais, sociais e ambientais são importantes no desenvolvimento desse hábito nocivo (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

Desde 1993, o Brasil é o maior exportador de folha do tabaco do mundo, tendo ocupado essa posição pela diminuição da exportação por países como os Estados Unidos (MORAES, 2006).

A maior produção nacional de tabaco concentra-se na região sul do país, sendo que na safra de 2003 foram produzidas 633 mil toneladas de fumo, representando 96,4% da produção total brasileira. Tanto o Estado do Rio Grande do Sul como Santa Catarina e Paraná produzem tabaco, sendo responsáveis, respectivamente, por 51,7%, 34% e 11% do total produzido no Brasil, e os outros 3,3% se distribuem principalmente nos estados de Alagoas, Bahia e Sergipe, e bem menos significativamente em outros (MORAES, 2006).

Um dado preocupante em relação às tendências de consumo é o aumento da utilização do fumo entre as faixas etárias mais jovens e também entre o sexo feminino, pois as indústrias do tabaco estão direcionando esforços estratégicos na área de marketing para conquistar cada vez mais esses dois grupos.

Em relação aos jovens, aproximadamente 100 mil deles iniciam o hábito de fumar a cada dia no mundo, e a grande maioria, cerca de 80 mil, são de países em desenvolvimento (MORAES, 2006).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) iniciou o desenvolvimento de projetos para testar metodologias e gerar modelos de implantação de ações educativas continuadas em unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas. O objetivo é promover mudanças de atitudes no que tange à aceitação social do tabagismo e estimular a cessação de fumar em grupos-alvo formadores de opinião como professores, alunos, profissionais de saúde e trabalhadores de empresas (MORAES, 2006).

A prevenção primária é a forma mais eficiente de controlar a pandemia do tabagismo. Além disso, é importante lembrarmos que mais de 90% dos brasileiros começam fumar antes dos 19 anos e que cada real investido na prevenção economiza três pela redução dos custos de saúde com as doenças relacionadas ao tabagismo (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

Escola e Tabagismo

A idade escolar apresenta-se como um momento oportuno para a realização de ações de controle do tabagismo, pois a grande maioria dos fumantes começa a fumar nesse período, coincidindo com a fase da adolescência, da auto-estima instável, da formação da consciência crítica, crenças e incorporações de hábitos que, geralmente, estarão presentes por toda a vida. Também é durante a idade escolar que o hábito de fumar, geralmente, é mais facilmente controlado, pois nesse período a criança e o adolescente ainda encontram-se no início da dependência tanto física como psicológica (MORAES, 2006).

O cigarro no Brasil tem um preço muito baixo, sendo o sexto mais barato do mundo em comparação com países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando-se um produto acessível, facilitando a iniciação entre crianças e adolescentes (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

O levantamento sobre drogas psicotrópicas realizado em 2006, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), constatou que de cada dez estudantes que experimentam cigarros por mais de quatro vezes, seis podem tornar-se dependentes.

Por isso, o hábito de fumar deve ser expressamente combatido, envolvendo inclusive os adultos fumantes próximos às crianças ou adolescentes. Além do seu impacto futuro desfavorável já bem conhecido, sobre as doenças cardiovasculares e as doenças pulmonares, estudos têm demonstrado que o uso do tabaco entre jovens está associado à presença de lesões ateroscleróticas precoces, particularmente na aorta abdominal.

Meireles (2006) relata a importância da escola como um canal de atuação sobre crianças e adolescentes, pois se constitui em um local onde o saber pode ser construído, de forma interativa, contribuindo para opções conscientes e eficazes, que resultem em comportamentos saudáveis, podendo também ser considerada um centro de informação para a comunidade.

A escola é o local onde o estudante passa uma grande parte do seu tempo, onde ocorrem importantes estágios de desenvolvimento, como a infância e a adolescência, fases em que ocorrem a maioria dos casos de iniciação ao uso do tabaco (MORAES, 2006).

Dentro da escola, professores e funcionários estão expostos diariamente ao fumo, especialmente na sala dos professores, podendo colocar em risco a saúde e o bem-estar dos que permanecem nesse

local. Isso justifica a implantação de campanhas de sensibilização junto à população escolar acerca das conseqüências do tabagismo passivo na saúde e no ambiente escolar (RIOS, 2005).

A escola constitui um local de trabalho de funcionários e professores que possuem o direito de respirar um ar saudável e garantir a proteção da sua saúde. É um local destinado para crianças e adolescentes, que comprometem a saúde pela exposição ao fumo do tabaco e acabam por interiorizar que fumar é uma norma socialmente aceita. Esse dado constitui-se como um fator de risco para a iniciação do consumo do tabaco, visto que os adolescentes, no processo de construção da sua personalidade, são influenciados pela norma social, especialmente por adultos pelos quais guardam respeito, como pais e professores (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

Existe um número relevante de professores e funcionários que fumam dentro do ambiente escolar, o que pode fornecer uma pista importante para intervenção. Sabemos que os professores, geralmente, funcionam como modelos de comportamento para os alunos, sendo fundamental envolvê-los nas ações de controle (RIOS, 2005).

Desse modo, políticas restritivas ao hábito de fumar em locais de ensino demonstram ter um efeito importante na redução do consumo e na cessação do tabagismo, reduzindo a exposição do tabaco no ambiente escolar (CASTRO & OLIVEIRA, 2007).

Em geral, os programas que tornam a escola (e outros espaços públicos e de trabalho, como hospitais, centros de saúde, escritórios, etc.) livre do tabaco adotam três linhas de ação: (1) discussão com os participantes da comunidade em que são apresentadas, didaticamente, as questões ligadas ao tabagismo; (2) propõe-se então a decidir se aquele será um espaço livre do tabaco, garantindo apoio e assistência adequada a quem estiver desejando parar de fumar; (3) implanta-se a decisão, e só então ocorre a proibição do fumo no ambiente escolar.

Atividade Física e Tabagismo

A atividade física, quando realizada regularmente, provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Durante o período de exercício, o corpo humano sofre adaptações cardiovasculares e respiratórias a fim de atender as demandas aumentadas dos músculos ativos e, à medida que es-

sas adaptações são repetidas, ocorrem modificações nesses músculos, permitindo que o organismo melhore o seu desempenho. Entram em ação os processos fisiológicos e metabólicos, otimizando a distribuição de oxigênio pelos tecidos em atividade (PITANGA, 2004).

Pesquisas demonstram que os indivíduos que realizaram um aumento da prática da atividade física após largarem o fumo apresentaram, um ano após, maior sucesso no processo de abstinência do que os sedentários. A atividade física pode: auxiliar o ex-fumante a melhorar a aptidão física, através da melhora da função cardíaca e pulmonar e do aumento da força e da resistência muscular; diminuir o risco de doenças crônicas relacionadas ao tabagismo, reduzindo o risco de doenças cardíacas e alguns tipos de câncer; combater o ganho de peso; auxiliar na melhora do estado psicológico alterado devido à abstinência da nicotina, tais como a irritabilidade, frustração, raiva, dificuldade de concentração e sono, estados de ansiedade, depressão e estresse (PITANGA, 2004).

A Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde discorre a respeito da importância da prática regular diária para prevenir doenças crônicas, juntamente com uma alimentação saudável e a eliminação do hábito de fumar. Para o indivíduo, é um meio poderoso de evitar as doenças crônicas. Para os países, pode constituir uma maneira econômica de melhorar a saúde de toda população. Pesquisas indicam que a atividade física regular fornece às pessoas de ambos os sexos, de todas as idades e condições, muitos benefícios físicos, sociais e mentais (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2006).

Conclusão

Baseados nessas informações, os estabelecimentos de ensino devem apoiar iniciativas que estimulem a prevenção e restrição do tabagismo, podendo estimular e incentivar programas de atividade física, enfocando a promoção da saúde no ambiente escolar. Entretanto, para de fato ter impacto na redução da adesão das crianças e jovens escolares ao tabagismo, é necessário tornar a escola um ambiente livre do tabaco.

Referências Bibliográficas:

- BAHLS, F. R. C.; INGBERMANN, Y. K.K. Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência. **Rev. Estudos de Psicologia**. Campinas 22(4), 2005.
- CASTRO, M.G.; OLIVEIRA, M.S. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.43, n.2, p.3-5, 2007.
- HOPS, H.; DAVIS, B.; LEWIN, L.M. The development of alcohol and other substance use: a gender of family and peer context. **Journal of Studies Alcohol**. Supplement, n.13, p.22-31, 1999.
- MEDEIROS, C., **Drogas na Adolescência: um olhar educativo**. João Pessoa: CEFET-PB, 2006.
- MEIRELES, R.H.S. Controle do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.32, n.1, p.2-3, 2006.
- MORAES, M. A. **Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz – São Paulo**. (Tese de Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Serviços de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.
- MOREIRA F.G., *et al.* Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.807-816, 2006.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Memória de La Cuarta Reunión De La Red Latinoamericana De Escuelas Promotoras De La Salud**. Serie Promoción De La Salud. Nº 11. Washington, D.C.: OPS; p.214-218, 2006.
- PITANGA, F.J.G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde**. São Paulo: Phorte, p.176, 2004.
- RIOS, S. A exposição ao fumo passivo e os hábitos tabágicos em uma escola secundária. **International Journal of Clinical and Health Psychology**. Granada, Espanha, v.5, n.1, p.143-160, 2005.
- TAVARES, F. B., *et al.* **Intervindo na Relação Escola e Drogas**. In: XI ENCONTRO DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA, UFPB - Teresina, P.B., 2008.