

## Promoção de Saúde na Escola: Prevenção do Alcoolismo na Adolescência

**Marcos Paulo Conceição da Costa**

Graduado em Educação Física na UNICAMP

**Estela Marina Alves Boccaletto**

Mestre em Educação Física na UNICAMP

### ALCOOLISMO NA ADOLESCÊNCIA E SUAS PRINCIPAIS CONSEQÜÊNCIAS

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.

Segundo 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 ao 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 OMS.

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 o indivíduo, sendo proporcional à quantidade de álcool ingerida. 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).

Os adolescentes não estão imunes às conseqüências físicas causadas pelo uso de álcool. Na maioria dos casos, o organismo do jovem é mais resistente às agressões que o do adulto. Assim, os danos imediatos causados pelo uso de álcool na adolescência são de ordem sócio-comportamentais, tais como: comportamento agressivo e inapropriado, queda do rendimento escolar, irritabilidade, habilidades sociais (tais como a cooperação e a interdependência) e relacionamentos interpessoais (laços afetivos) empobrecidos, 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. (SCIVOLETTO, 2001).

Quanto ao desempenho escolar, recentes estudos internacionais relacionam o intenso uso de álcool e outras drogas com o aumento do número de faltas às aulas. Já estudos brasileiros não confirmam que o uso de drogas leva os adolescentes a faltarem, pois encontraram um grande número de estudantes faltosos também entre os indivíduos que nunca utilizaram drogas, atingindo, em ambos os casos cerca de 50% dos estudantes. (GALDURÓZ et al., 2005)

## ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO USO DO ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA

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 por mortes violentas. 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 ocorre em indivíduos em plena fase produtiva, com conseqüente baixa da produtividade no trabalho, aumento dos acidentes de trabalho e absenteísmo, sem contar os malefícios para a saúde física e mental do usuário (PEREIRA, SENA, OLIVEIRA, 2002).

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

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; e 6,7% uso pesado, conforme o Quadro 1. (GALDURÓZ et al., 2005).

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 haviam 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).

Quanto ao uso na vida de drogas psicotrópicas considerando a diferença entre os sexos: os indivíduos do sexo masculino ingerem mais drogas, como a cocaína, a maconha e o álcool; já o feminino, os medicamentos, como os anfetamínicos – anorexígenos moderadores de apetite – e os ansiolíticos – tranqüilizantes. Carlini-Cotrim et al., (1989) levantam a hipótese de que o sexo feminino é “educado”, pelas próprias mães e sociedade, a usar esses medicamentos por serem as mulheres ‘por natureza’ mais ‘nervosas’, além de valorizarem ao extremo a aparência física. Por outro lado, os homens se acalmariam utilizando bebidas alcoólicas por possuírem uma atitude mais desafiadora e menos receosa de entrar em contato com a marginalidade.

## PADRÃO E COMPORTAMENTO DE CONSUMO

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 e facilidade de acesso

### **Fatores a serem observados:**

Idade de início do uso de álcool: No Brasil, a média de idade para o primeiro uso de álcool é 12,5 anos. Quanto mais precoce a experimentação maior o risco de abuso e dependência física e psíquica de álcool e de outras drogas tais como solventes, maconha entre outras. (HINGSON, WINTER, 2003).

Padrão de consumo: adolescentes tendem a tomar bebida alcoólica em uso pesado, 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, maior risco de suicídio e homicídio, prática de sexo sem proteção e sem consentimento e gravidez indesejada. (FADEN, 2005; HINGSON, WINTER, 2003).

Tipo de bebidas consumidas: 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 e forte. Mas, entre adolescentes, nem o rótulo inibe o consumo. O produto é barato e tem sido adicionado a refrigerantes. (VICTORIANO, 2007).

Os aspectos culturais e familiares mostram-se importantes em relação ao uso de drogas. 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, porém pesquisa realizada por Galduróz et al., (1997), através de 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, revelou que 28,6% dos adolescentes avaliados que faziam uso de bebidas alcoólicas tomaram 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%).

### **Fatores de risco e de proteção**

Os fatores de risco e de proteção 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.

Segundo Saito (2001), os principais Fatores de Proteção para o uso de drogas entre adolescentes são:

- Confiança depositada nos pais e amigos
- Poucos conflitos e tentativas de separação na família
- Envolvimento religioso
  - Participação em grupos de jovens
  - Confiança em conselheiros religiosos

- Crença em Deus
- Habilidade para rezar
  
- Expectativas educacionais
  - Ser considerado inteligente
  - Estar entre os melhores da classe

Já os Fatores de Risco sugeridos por Saito (2001) e Scivoletto (2001) são:

1. Sócios demográficos: sexo, idade e classe social
  
2. Fatores de Risco Externos
  - Curiosidade natural dos adolescentes
  - Valorização da opinião de amigos e da moda
  - Escolha de um modelo e estilo de vida
    - Pressão da turma
    - Necessidade de ser aprovado pelo grupo
    - Exemplos dos ídolos
    - Exemplos familiares
  - Envolvimento familiar e de amigos em consumo de álcool ou drogas
  - Ausência de um dos pais
  - Ausência de prática religiosa
  - Desempenho escolar insatisfatório
  - Menor frequência na prática de esportes
  - Desinformação sobre os efeitos que as drogas causam
  - Propagandas em meios de comunicação
  - Facilidade de obtenção das drogas

### 3. Fatores de Risco Internos

- Insatisfação,
- Não realização em suas atividades
- Insegurança
- Sintomas depressivos
- Baixa auto-estima
- Necessidade de novas experiências e emoções
- Baixa percepção de apoio materno e paterno
- Ausência de normas e regras claras
- Baixa tolerância do meio às infrações
- Baixo senso de responsabilidade
- Antecedentes de eventos estressantes

## EDUCAÇÃO FÍSICA: AGENTE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA ESCOLA

Na era moderna, com o surgimento da Educação Física como profissão, surge a primeira escola fundada pelo decano da medicina e da pedagogia, em Colônia, na Alemanha. Deste momento, colhem-se evidências reconhecendo a importância da Educação Física atuando na área de Saúde Pública, com muitas informações disponíveis sobre exercício físico e atividade física.

Desde a segunda metade da década do século passado e até as primeiras décadas do nosso, o filósofo Spencer mostra em sua obra a valorização dos cuidados do corpo a partir da fisiologia e da higiene, manifestada pela percepção da capacidade corporal de aprender com a natureza para preservá-lo. Nas últimas décadas, novas propostas científicas no campo da fisiologia foram desenvolvidas com conceitos teóricos para legitimar sua construção, através da epidemiologia e estatística (LOVISOLO, 2000).

De acordo com o consenso do Instituto Nacional Americano de Saúde Mental e da International Society Of Sports Osichology (1992), os efeitos dos treinamentos físicos são

benéficos, também, no aspecto psicossocial e psicológico em indivíduos que se envolveram em programas de atividades físicas regular, reduzindo a ansiedade, o nível de depressão e índices de estresse ao longo de todas as idades, em ambos os sexos, considerados fatores de risco entre adolescentes para o consumo de drogas lícitas.

Para Gonçalves (1997), a principal conexão da saúde e a ciências dos esportes está nos transtornos decorrentes do sedentarismo e do estresse, determinantes de agravos orgânicos, sendo que para produzir conhecimentos e resolver estes problemas, é necessário observarmos algumas características, como: permitir prevenir algumas situações, iniciar da intervenção coletiva em grupo de maior risco para o individual e não procurar explicações para situações de causa-efeito.

Para Nahas e Corbin (1992), a Educação Física se apresenta como uma profissão que tem a maior responsabilidade em prestar serviços relacionados com o desenvolvimento humano. Além da tradicional atuação em escolas, clubes e academias, a Educação Física poderia atuar como parte interdisciplinar na área de saúde, inclusive em centros de saúde à comunidade, orientando a prática de exercícios físicos, em consonância com as características populacionais e regionais.

Em relação à saúde, o professor de Educação Física deve intervir através da educação, conhecimento, e prática. Coordenar programas e desenvolver temas em promoção da saúde tais como: crescimento e desenvolvimento corporal, higiene corporal, alimentação e meio ambiente, indicações e contra-indicações da prática esportiva e atividade física e como abordamos acima a prevenção ao envolvimento com drogas lícitas e ilícitas.

Para isso, propomos que a nossa educação física seja humanista, desenvolvimentista e crítico-superadora. A partir da seleção crítica das estratégias de intervenção, do compromisso político de desenvolvê-las na perspectiva da conscientização das condições biopsicosociais e da ação participativa de todos os envolvidos na intervenção, estaremos conduzindo os alunos a níveis mais altos de consciência corporal, crítica, política, econômica, administrativa e social.



## REFERÊNCIAS

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.

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 EHAVIORS AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS. **MAGAZINE HEALTH**, v.24, n.21, p 45-58, 1999.

GALDURÓZ JCF, NOTO AR, CARLINI EA. **TENDÊNCIAS DO USO DE DROGAS NO BRASIL: SÍNTESE DOS RESULTADOS OBTIDOS SOBRE O USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES DO 1º E 2º GRAUS EM 10 CAPITAIS BRASILEIRAS (1987, 1989, 1993, 1997)**. SÃO PAULO: CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS/ DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA 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.

GONÇALVES, A. ET AL. **SAÚDE COLETIVA E URGÊNCIA EM EDUCAÇÃO FÍSICA**. CAMPINAS: PAPIRUS, 1997.

HINGSON, R.; WINTER, M. EPIDEMIOLOGY AND CONSEQUENCES OF DRINKING AND DRIVING. **ALCOHOL RES HEALTH**. 2003; 27(1):63-78.

INTERNATIONAL SOCIETY OF SPORTS. PSYCHOLOGY, PHYSICAL ACTIVITY AND PSYCHOLOGICAL BENEFITS: A POSITION STATEMENT. **PHYSICIAN SPORTS MEDICINE**, v. 20, n. 10, p. 179-84, 1992.

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.

LOVISOLO, H. **A ATIVIDADE FÍSICA, EDUCAÇÃO E SAÚDE**. RIO DE JANEIRO: SPRINT, 2000.

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.

NAHAS, M. V.; CORBIN, C. B. EDUCAÇÃO PARA A APTIDÃO FÍSICA E SAÚDE: JUSTIFICATIVA E SUGESTÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIA E MOVIMENTO**, SÃO CAETANO DO SUL, v. 3, n. 8, p. 14-10, 1992.

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.

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.

SCIVOLETTO, S. **ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS**. IN: SAITO, M. I. & SILVA, L.E.V. – ADOLESCÊNCIA PREVENÇÃO E RISCO. SÃO PAULO: ATENEU, 2001.

SOUZA, D P O ET A.( COL) **ÁLCOOL E ALCOOLISMO ENTRE ADOLESCENTES DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE CUIABÁ, MATO GROSSO, 2007. CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA**. SÃO PAULO, 2007, v.3, n.2, p.10-16.

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](http://www.propagandaseembebida.org.br/not_home/not_home_integra.php?id=133)> ACESSO EM: 13 OUT. 2007.