

Consumo de
Substâncias Psicoactivas
e Prevenção
em
Meio Escolar



Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar



Ficha Técnica

Título

Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar

Editores

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC)

Direcção-Geral de Saúde (DGS)

Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)

Coordenação da publicação

DGIDC – Núcleo de Educação para a Saúde (NES): *M.ª Isabel Machado Baptista*
Ângelo de Sousa

Autores

Ângelo de Sousa

Augusto Pinto

Daniel Sampaio

Emília Nunes

M.ª Isabel Machado Baptista

Paula Marques

Colaboradores

Ana Trigo da Roza

Alcina Ló

Fernanda Feijão

Alexandra Almeida

Ana Feijão

Henriqueta Frazão

M.ª do Rosário Lameiras

Mário Martins

Patrícia Pissarra

Paula Frango

Paula Graça

Revisão científica

Daniel Sampaio Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa

Design

Manuela Lourenço

Número de exemplares

1.ª edição, 13 000

Impressão e acabamento

Editorial do Ministério da Educação

Depósito Legal

261 079/07

ISBN

978-972-742-266-1

DATA

Setembro de 2007

ÍNDICE

Notas de Abertura	5
Introdução – Reflexões sobre o Papel da Escola	9
Promoção da Saúde – O papel da Escola e da Comunidade Educativa	15
Tabaco e Saúde	19
Problemas ligados ao Consumo de Bebidas Alcoólicas	39
Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoactivas	69
Bibliografia	95
Endereços Úteis	101

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

Luís Capucha

«Com a cabeça entre as orelhas»

Não é por acaso que, segundo o poeta/cantor, é um coro de velhas que diz: «cá se vai andando com a cabeça entre as orelhas». Se não andasse, elas não tinham chegado, assim em coro, a velhas.

Se fumassem, bebessem em demasia ou consumissem outras substâncias psicoactivas, isto é, se fizessem coisas que tiram a cabeça do sítio, não sobreviveria mais do que uma ou outra solista para inspirar Sérgio Godinho.

Quando as velhas eram jovens, fumava-se e bebia-se mais ou menos do que agora? Creio que não sabemos. Consumia-se mais ou menos drogas? Tão pouco podemos estar seguros. Uma coisa é certa: se há crianças e jovens que fumam, que consomem álcool ou outras substâncias psicoactivas, então estamos perante um problema grave face aos dias que hão-de vir para esses jovens e crianças e para o futuro da sociedade.

Como evitar, ou minimizar, o risco de que tal aconteça, sem alarmismo nem fobias aterradoras? Não há respostas fáceis nem soluções mágicas. Julgamos que o melhor é ajudar os jovens e as crianças a usar as orelhas e a pensar com a cabeça que têm entre elas. Isto é, fazer com que adquiram a capacidade de escolher por si próprios e de se conduzir de modo saudável.

Em nenhum sítio como na escola podem todas as crianças e jovens adquirir esses atributos que os defendam, sem os amarrar a medos estúpidos ou a moralismos asfixiantes. Pode-se pedir isso à escola? Pode e deve-se. As escolas mantêm um contacto prolongado com as crianças e os jovens, num ambiente que deve ser de aprendizagem. Têm os coordenadores da educação para a saúde e todos os outros professores que devem agir como referências. Passam a ter também à disposição, para além dos diversos instrumentos curriculares e didácticos a que podiam aceder, a presente publicação. Despreziosa, mas útil. Promotora, não de chavões, mas de elementos de reflexão. Não

dogmática, mas facilitadora do debate e da reflexão em torno de temas tão relevantes como os que diversos especialistas aqui abordam.

Mas a escola não pode estar sozinha nesta tarefa. As estruturas e os profissionais da saúde e da acção social são parceiros cuja disponibilidade e acessibilidade é determinante.

E as famílias? As famílias são, claro está, essenciais. Do ambiente familiar e da acção educativa das famílias depende muita coisa. Porém, só podem ajudar as famílias que disponham, à partida, dos recursos afectivos, culturais e materiais necessários. As outras, para se tornarem parceiras eficientes, precisam de ser primeiro objecto de educação e aprendizagem. Razão pela qual arrisco uma sugestão: que no baile dos mais velhos se faça entrar um outro instrumento: as empresas, os locais onde os pais ocupam o tempo que os filhos passam na escola. Trata-se de promover mais um domínio de responsabilidade para as escolas e as outras instituições: promover a cooperação com o mundo empresarial, alargando o campo de acção na área da educação para estilos de vida saudáveis.

As crianças e os jovens, com o que aprendem nas escolas, ajudarão nessa tarefa. Os encarregados de educação, com o que já sabem e com o que podem aprender no trabalho serão melhores educadores e parceiros mais qualificados das escolas. Com repercussões em toda a vida escolar e impactos quer no sucesso escolar quer na promoção de estilos de vida saudáveis, que é uma condição básica desse sucesso.

Luís Capucha
Director-Geral da DGIDC

Direcção-Geral da Saúde

Francisco George

Hoje, ninguém duvida que a Promoção da Saúde é a componente principal do processo de desenvolvimento de qualquer comunidade. Essencial, reconhecem todos.

Se é verdade que aquele princípio é indiscutível, já o mesmo não acontece em relação à concepção, implementação e avaliação das acções e dos projectos que visam promover ou proteger a saúde dos cidadãos e das famílias.

Na condução de actividades de Promoção da Saúde é difícil assegurar efectividade às iniciativas desenvolvidas, tal como, também, é difícil medir o impacto em ganhos. São processos muito complexos e com resultados mensuráveis só a longo prazo.

Há, como se sabe, comportamentos de risco que estão na origem de doenças quer transmissíveis, quer crónicas ou, ainda, devidas a riscos ambientais. A infecção VIH/SIDA, a obesidade e o melanoma maligno são exemplos paradigmáticos de doenças graves que podem, em grande medida, ser evitadas através da adopção de estilos de vida saudáveis.

Nestas situações, como, aliás, em tantas outras, os conhecimentos devem gerar comportamentos livres de riscos: sexo seguro, alimentação equilibrada e actividade física, bem como defesa da exposição inadequada aos raios solares, por exemplo.

Na Escola não pode haver lugar ao fumo de tabaco, ao consumo de álcool e, naturalmente, de drogas ilícitas.

É nesta questão que a Escola assume um papel central. Insubstituível. Muito em especial no que se refere à cuidada preparação de conteúdos curriculares destinados aos alunos de todos os graus de ensino, bem como aos materiais didácticos preparados para a formação complementar de professores. Uns e outros são elementos fundamentais.

O trabalho que ora se apresenta representa mais um avanço na área da Educação e em Saúde Pública. É preciso continuar a trabalhar em conjunto.

Francisco George
Director-Geral da Saúde

Instituto da Droga e da Toxicodependência

João Castel-Branco Goulão

Relativamente às substâncias psicoactivas, a intervenção preventiva em meio escolar é da maior importância. O contexto escolar é frequentado por um grande número de jovens que, na sua esmagadora maioria, não consomem essas substâncias, mas que têm necessidade de ser informados sobre os riscos da sua eventual utilização. Uma informação bem fundamentada do ponto de vista técnico e científico deve ser facultada e discutida com todos eles, privilegiando-se um discurso dissuasivo face ao seu uso.

Professores, outros técnicos que intervêm nas escolas, pais e elementos da comunidade envolvente, são, a título pessoal ou institucional, agentes preventivos que detêm um conhecimento, experiência e um saber que não devemos descurar nem dispensar.

A escola é um dos contextos onde muitos jovens passam grande parte do seu tempo, mas é importante não esquecer que frequentam outros espaços onde são confrontados com situações que os desafiam. É importante que estejam capacitados para responder e agir de forma a salvaguardarem estilos de vida saudáveis. A escola constitui, sem dúvida, um excelente espaço de reflexão sobre os seus percursos de vida e sobre as melhores opções a tomar.

João Castel-Branco Goulão
Presidente do Conselho Directivo do IDT



REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DA ESCOLA

Daniel Sampaio¹

Com o presente conjunto de textos, a Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) com o apoio do Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde (GTES), nomeado em Junho de 2005 pelo Ministério da Educação, continua o seu objectivo de fornecer aos agrupamentos escolares informações actualizadas sobre os temas definidos como prioritários para a área da Educação para a Saúde. Depois do Referencial sobre Alimentação, decidiu-se agora a publicação deste volume sobre o consumo de substâncias psicoactivas, de modo a que professores e alunos possam dispor de pistas de reflexão para as acções de prevenção em meio escolar.

O objectivo não é o de fornecer uma espécie de livro único. Pretende-se, pelo contrário, possibilitar o ponto de partida para trabalhos de pesquisa e de reflexão elaborados pelos alunos, com o apoio dos professores e sob a coordenação do Professor Coordenador da área de Educação para a Saúde.

Como proposto pelo GTES desde o Relatório Preliminar (Outubro de 2005), esta área deverá ser abordada numa dupla perspectiva:

- em primeiro lugar, de modo transversal nas diversas disciplinas, a partir da revitalização dos *curricula* existentes;
- em segundo lugar, de maneira sistematizada nas áreas curriculares não disciplinares (Área de Projecto, Estudo Acompanhado, Formação Cívica e Opção de Escola), através de metodologias activas com avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos alunos.

¹ Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa. Coordenador do Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde (GTES).

Para organizar na escola o estudo destes temas, pareceu-nos importante a existência de textos-base de informação actualizada, como os aqui reunidos, a partir dos quais se podem dinamizar momentos de reflexão e trabalhos de grupo com os alunos.

A Educação para a Saúde só obterá resultados significativos se passar a ser integrada no quotidiano escolar e deixar de ser uma actividade de certos professores e de algumas organizações exteriores à escola: para isso, as escolas precisam de se abrir ao exterior, em trabalho de parceria com o Centro de Saúde ou o Hospital, a autarquia, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, a delegação regional do Instituto Português da Juventude, as IPSS que trabalhem o tema, ou qualquer estrutura da comunidade dedicada ao trabalho preventivo.

Os textos que a DGIDC e o GTES procuram difundir deverão ser entendidos como material de trabalho em meio escolar, nunca como estudos aprofundados sobre os temas em questão: cada escola deve conhecer a realidade e, a partir dessa informação inicial, poderá ampliar os conhecimentos dos seus professores e alunos e adoptar as estratégias de prevenção mais adequadas.

Tabaco, álcool e drogas: problemas que podem surgir, em qualquer momento, numa escola do nosso país.

A escola é um local privilegiado para uma intervenção preventiva. Em Portugal, com o significativo aumento das taxas de escolarização nos últimos trinta anos, podemos afirmar que quase todos os jovens passam pelo menos alguns anos num estabelecimento de ensino. Torna-se necessária, por isso, uma atitude clara face ao consumo de substâncias psicoactivas.

No momento actual, e no que diz respeito ao tabaco, torna-se necessário regulamentar a nova lei e avaliar o seu impacto.

Em termos de Educação para a Saúde, o objectivo só pode ser o de uma «Escola sem fumo», lema dantes utilizado em projectos de agrupamentos escolares com tradição em estratégias preventivas. O que se passa ainda neste momento, com cartazes a criticar e proibir o uso do tabaco nos adolescentes e pequenas salas reservadas ao consumo de professores, não é o caminho certo, e só foi possível pela ausência, durante

muito tempo, de uma política clara a nível nacional. Na primeira parte desta publicação, é possível encontrar informação actualizada sobre a questão do tabaco e sugestões de actividades a desenvolver na escola.

A segunda parte trata dos problemas relacionados com o consumo do álcool. Muitos pais e professores têm uma atitude de excessiva tolerância em relação ao tema, pois argumentam que os abusos devem ser enquadrados em fenómenos de grupo, ou considerados meros acontecimentos ocasionais, característicos do processo de desenvolvimento da adolescência. Numa sociedade que liga o festejo e o convívio ao uso de bebidas alcoólicas, torna-se por vezes difícil demonstrar os riscos do seu consumo, ou advertir para as consequências da sua utilização. No entanto, e mais uma vez, a escola não deve hesitar: para além de informação actualizada, a política do estabelecimento de ensino deve ser a da proibição do uso de álcool em todos os locais, acompanhada por uma atitude de ajuda face aos alunos que manifestem comportamentos desajustados relacionados com a ingestão alcoólica.

Numa estratégia de prevenção em meio escolar, o significado do consumo deve ser debatido com os alunos, em sessões de sensibilização mais global, acompanhadas de pesquisa orientada pelo professor e sempre associadas ao trabalho de grupo. Os jovens com abuso repetido ou regular, ou crónico intermitente (períodos de utilização alternando com interrupções); os alunos que se sabe serem filhos ou netos de alcoólicos, portanto com vulnerabilidade genética; e aqueles que dizem «aguentar muito» devem merecer especial atenção: uma abordagem compreensiva, numa relação professor-aluno estruturada a partir da confiança recíproca que se for estabelecendo, deverá ser a regra. Se o professor tem a certeza de que o comportamento desadequado do aluno se deve ao abuso de álcool (por informação do próprio, do técnico de saúde ou da família), deve abordar o assunto em conversa privada, manifestando a sua disponibilidade para a ajuda. A família deverá ser avisada (com o conhecimento do aluno) se o comportamento de abuso se mantiver no espaço escolar, quer seja no pátio, quer ocorra na sala de aula. Em nenhum caso se justifica que o professor fique isolado a tratar do comportamento problemático, mesmo que o jovem sustente esse ponto de vista: todos conhecemos professores que julgavam resolver sozinhos uma crise existencial de um aluno e terminaram prisioneiros da sua tentativa de solução. As situações de dependência alcoólica deverão ser encaminhadas para os serviços de saúde exteriores à escola, mas o professor pode ter um papel determinante na motivação para o tratamento, junto do jovem e da sua família.

A terceira parte trata do consumo de drogas e da prevenção em meio escolar. São dadas informações sobre a situação dos consumos em Portugal e no contexto dos países europeus, indicadas as estruturas oficiais de prevenção e tratamento e descritas as principais características das substâncias utilizadas. A prevenção em meio escolar está enunciada em termos gerais, ponto de partida para a reflexão que a escola deve fazer sobre o tema.

Tal como em relação ao tabaco e ao álcool, a política escolar deve ser clara na proibição total do seu uso no espaço do estabelecimento de ensino. No momento actual, a substância mais utilizada é o haxixe, obtido a partir da *Cannabis*.

É importante que professores, alunos e pais tenham informações correctas sobre a utilização do haxixe. É inegável que esta substância goza de alguma popularidade junto dos adolescentes, que alegam com frequência ser utilizada por todos e não ter qualquer perigosidade. Convém desfazer equívocos: como pode ver-se nos estudos reproduzidos nesta publicação, a *maioria* dos jovens não utiliza (nem experimenta) o haxixe. Muitos usam-na, é verdade, mas o consumo não está tão generalizado como muitos adolescentes argumentam, nem é correcto afirmar-se que quem experimenta vai passar para outras drogas mais perigosas e tornar-se toxicodependente.

A abordagem do consumo de haxixe pelos adolescentes deve partir das motivações que levam à sua utilização. A substância funciona como um facilitador social, porque provoca uma sensação de relaxação e desinibição, um certo aumento da acuidade visual e auditiva e alguma pressão para o riso e conversa fácil, agradáveis no relacionamento interpessoal entre gente nova. Torna-se fundamental, contudo, esclarecer que a continuidade do seu uso se relaciona com a diminuição da concentração e da capacidade de memorizar, bem como se torna evidente uma perda de reflexos, o que pode ter como consequência o menor rendimento escolar ou piores desempenhos a nível desportivo. Estudos recentes demonstraram também que, em jovens vulneráveis geneticamente para a doença mental grave (antecedentes familiares de psicose), o haxixe aumenta o risco de aparecimento de esquizofrenia.

Quer na família, quer em meio escolar, é fundamental compreender a trajectória individual do adolescente, o tipo de utilização do haxixe e o contexto onde esta tem lugar. É habitual podermos distinguir várias fases:²

² De acordo com *Cannabis: en parler aux ados*. SFA/ISPA, Lausanne, 2004

- 1 Fase da experimentação – pressionado muitas vezes pelos amigos, pela curiosidade ou apenas pela tentativa de sentir prazer numa situação nova, o adolescente procura na *Cannabis* uma experiência diferente.
- 2 Fase do consumo recreativo – muito comum nos dias de hoje, faz com que o jovem consuma numa situação de convívio com os amigos, para se divertir mais, para não ser diferente, para ter mais prazer.
- 3 Fase do consumo intensivo – mais frequente em jovens que revelam aborrecimento, desinteresse pelas actividades habituais, sintomas depressivos, conflitos familiares.
- 4 Fase do consumo descontrolado – a utilização da substância passa a ocupar o primeiro lugar na vida do sujeito, que abandona os seus interesses anteriores. Os conflitos familiares aumentam e pode haver absentismo escolar. Alguns autores falam de dependência psicológica, porque a interrupção eventual do consumo provoca o aumento dos sintomas ansiosos e depressivos e uma procura mais intensa da substância.

Qual deve ser a conduta do professor?

Como técnico de educação, é importante perceber que, em muitos casos, não pode resolver o problema sozinho.

Em primeiro lugar, interessa saber bem o que se passa. Comportamento desatento na sala de aula, desmotivação, olhos vermelhos (sintomas a que, por vezes, os adultos dão grande significado como indicadores do consumo de haxixe), podem surgir noutras situações. As regras devem ser, portanto, a prudência e a disponibilidade para compreender a situação. Se a informação é veiculada por outro colega, por um aluno ou referida pelos pais, mas o professor nada observa de relevante, a atitude correcta é não intervir, embora se deva manter atento. Se o comportamento «indicador» ocorre na sala de aula, o professor deve primeiro tentar objectivá-lo: atitude de desinteresse na sala, quebra de rendimento escolar, ausência de participação em trabalhos de grupo, justificam a tentativa de contacto após a aula, num encontro discreto com o aluno em causa. Nessa conversa, o professor pode exprimir a sua preocupação face à mudança do comporta-

mento do aluno, deixando-lhe espaço para falar. Se a suspeita do professor tem alguma objectividade, a questão do eventual consumo deve ser colocada, em conjunto com a disponibilidade para continuarem a conversar. Podem ser definidas estratégias para cessar e combinado um tempo de reflexão curto (uma ou duas semanas), com novo encontro para averiguar o progresso feito.

Numa segunda entrevista, e caso não tenha havido mudança, deve ser combinada a possibilidade de uma entrevista conjunta com os pais. Embora muitos adolescentes peçam a «cumplicidade» do professor para nada dizer à família, este é um acordo que o docente só deverá aceitar por um breve período: a responsabilidade de um percurso problemático tem de ser partilhada com o encarregado de educação, pois este pode desconhecer as situações de risco e julgar que tudo corre bem. Em todo o caso, nada deverá ser feito sem o conhecimento do aluno em causa.

No caso de não ter havido solução depois do contacto com os familiares, o psicólogo da escola (quando existir) pode ajudar, ou o professor deverá fazer um esforço para motivar o jovem para uma consulta no sistema de saúde.

As intervenções nas escolas sobre os consumos de substâncias (de que apenas demos alguns exemplos) devem ser enquadradas numa perspectiva global de Educação para a Saúde e integradas no Projecto Educativo de Escola, como está recomendado pela tutela desde Setembro de 2006. Se existir uma cultura de participação e pesquisa por parte dos alunos sobre estes temas, com o apoio da Associação de Pais e do Conselho Executivo, em articulação com as estruturas de Saúde e dinamizadas pelo Professor Coordenador da Educação para a Saúde, é mais fácil intervir nas situações problemáticas.

No momento actual, considero que estão criados os alicerces para mobilizarmos toda a comunidade educativa para esta mudança.



O PAPEL da ESCOLA e da COMUNIDADE EDUCATIVA

Ângelo de Sousa³
M.^a Isabel Machado Baptista⁴

A Promoção da Saúde é, hoje em dia, consensualmente definida como «um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam» (Carta de Otava, 1986).

Nesta concepção, a saúde é assumida como um processo dinâmico e proactivo que responsabiliza cada um e todos na construção de um bem-estar que favoreça o desenvolvimento do potencial de cada indivíduo e das próprias comunidades. A promoção da saúde é, assim, tarefa dos agentes nos diversos contextos de relação e de crescimento que o indivíduo «habita», de que se podem destacar a Família e a **Escola**, mas que implica necessariamente toda a comunidade.

O **Ministério da Educação** e o **Ministério da Saúde** desde há vários anos assumiram responsabilidades complementares face à Promoção da Saúde da comunidade educativa alargada, com a colaboração activa de ambos os sectores.

Ao nível do **Ministério da Educação** é a **Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC)**, organismo central do Ministério, que assume responsabilidades em matéria de Promoção da Saúde no meio escolar, competindo-lhe a «concepção da componente pedagógica e didáctica do sistema educativo, incluindo a definição dos conteúdos e do modelo de concretização dos apoios e complementos educativos» (Decreto-Regulamentar n.º 17/2004, de 28 de Abril).

No âmbito mais específico da Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar a DGIDC, através do seu **Núcleo de Educação para a Saúde (NES)**, «assegura o acompanhamento, monitorização e desenvolvimento das actividades da saúde em meio escolar,

³ DGIDC/Núcleo da Educação para a Saúde: Responsável pela área da Prevenção.

⁴ DGIDC/Núcleo da Educação para a Saúde: Coordenadora do Núcleo.

nas vertentes da educação para a saúde e saúde escolar» (Despacho n.º 15 987/2006, de 31 de Julho). Desta forma, incumbe a este serviço do Ministério da Educação desenvolver e apoiar actividades de «promoção da saúde em meio escolar», tendo por base vários documentos de referência⁵ que convergem no sentido da orientação para a adopção de estilos de vida saudáveis e/ou atitudes críticas face a contextos de risco».

No *Currículo Nacional*⁶ estão identificadas as competências a desenvolver ao longo do ensino básico, contemplando-se, nos temas transversais às áreas disciplinares, «a educação para a saúde e o bem-estar, em particular a educação alimentar, a educação sexual e a educação para a prevenção de situações de risco pessoal».

De referir, também, que foram já produzidas, adaptadas e divulgadas nas escolas múltiplas publicações nesta área de intervenção, nomeadamente: *O que é a saúde nas Escolas – Guião Orientador das Escolas Promotoras de Saúde; Guia Anotado de Recursos – Tóxico(In)dependências; Promover a Saúde da Juventude Europeia; Manual de Prevenção Álcool, Drogas e Tabaco*, entre outras.

É dentro deste enquadramento normativo e nesta dinâmica que a **Escola** vem desempenhando um papel importante, assumindo a promoção da saúde como um processo quotidiano que concorre para a criação de um «estado de bem-estar físico, psíquico e social, e não a mera ausência de doença» (OMS) dos seus alunos e profissionais.

Nesta perspectiva sistémica de «saúde positiva», valoriza-se a interacção dinâmica das vertentes do corpo, dos afectos e das emoções e, ainda, das relações com o outro e com o mundo.

É dada prioridade a cinco domínios estratégicos: **alimentação e actividade física; consumo de substâncias psicoactivas (lícitas e ilícitas); sexualidade; infecções sexualmente transmissíveis, designadamente VIH/SIDA; violência em meio escolar.**

⁵ Despacho n.º 19 737/2005 (2.ª série); Despacho n.º 25 995/2005 (2.ª série); Protocolo entre os Ministérios da Educação e da Saúde; Despacho Interno do Senhor Secretário de Estado da Educação de 27 de Setembro, disponíveis para consulta em www.dgjidc.min-edu.pt.

⁶ *Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências Essenciais*, ME, 2001.

De facto, a **Escola**, espaço de relação e de aprendizagem, onde a maioria das crianças e jovens passam uma boa parte do seu tempo, possibilita aprendizagens, formais e informais, relevantes em cada uma daquelas temáticas.

A educação para a saúde faz-se, por um lado, na continuidade das experiências dos vários contextos educativos (por exemplo, na **ligação da Família à Escola**) mas, por outro lado, exige uma complementaridade de diferentes vivências possíveis em contextos diversos (a escola, a família, a «rua», as associações desportivas e culturais, etc), que favoreçam o desenvolvimento de uma identidade própria, do pensamento crítico, da capacidade de escolher, em suma, da autonomia.

A **Escola** constitui-se, então, como um dos espaços privilegiados para a construção dessa capacidade de autonomia pessoal e responsabilidade social.

A **Escola**, enquanto espaço de educação, proporciona «um conjunto de actividades concretas que fornecem aos participantes uma experiência susceptível de favorecer o desenvolvimento intelectual, emocional, psicológico e físico dos indivíduos e da colectividade» (Lamarche, P. , citado por Morel, A. 2001).

Pelo conhecimento que temos do trabalho realizado pelas escolas, sabemos que estas aprendizagens, que passam pela interiorização de saberes e de atitudes, desde idades precoces, assentam numa *pedagogia da autonomia* «que representa a apropriação pelo indivíduo dos processos de aprendizagem para reconstruir ele próprio o(s) saber(es)»⁷ (Morel, A. 2001).

Para reforçar a eficácia dessas actividades e aprendizagens, os projectos de educação para a saúde na **Escola** devem continuar a privilegiar uma acção com um **carácter de continuidade**, integrada nas **dinâmicas curriculares e organizacionais** da **Escola** e enquadrada pelo seu **Projecto Educativo**.

Devem contar, ainda e sempre, com a participação activa de toda a **Comunidade Educativa**, essencial na criação de condições que reforcem **factores de protecção** (boa

⁷ Parênteses nossos.

auto-estima, competências de relacionamento interpessoal, famílias com envolvimento afectivo e padrões de comunicação claros, comunidades que promovam o fortalecimento dos laços entre os jovens e as instituições, entre outros) e que, ao mesmo tempo, minimizem os **factores de risco** (baixa auto-estima; fraca tolerância à frustração, problemas de saúde mental, desvalorização das normas e regras, pouca resistência à pressão de pares na adolescência, insucesso escolar e fraca ligação à escola, famílias com disfunções ao nível da comunicação afectivo-emocional, entre outros), por forma a reduzir vulnerabilidades pessoais e sociais e comportamentos desajustados.

Esta vinculação dos vários agentes educativos ao movimento de transformação dos saberes e das realidades pessoais e sociais é essencial ao sucesso da promoção da saúde e da adopção de estilos de vida saudáveis. Aspecto central é também a implicação directa dos jovens numa dinâmica inter-pares em que através da troca de saberes e experiências se promova uma dinâmica de reflexão/acção conjunta, sobre as questões que lhes dizem respeito.

Na essência, pode dizer-se que Promover a Saúde na **Escola** é ajudar a construir uma atitude de cidadania activa.





O QUE É O TABACO?

O tabaco é uma planta da família das solanáceas. Apresenta, em média, cerca de 2 metros de altura e folhas que medem entre 60 a 70 cm de comprimento. Existem diversas variedades, algumas com características ornamentais. As variedades comercialmente mais comuns são a *Nicotiana Tabacum* e a *Nicotiana Rústica*.

BREVE HISTÓRIA DO TABACO

Se bem que a grande expansão do consumo de tabaco se tenha estendido a todas as classes sociais apenas nos últimos cem anos, o seu consumo na Europa remonta à época dos Descobrimentos. A entrada do tabaco na Europa deu-se em 1492, aquando da descoberta da América, por Cristóvão Colombo. Há indícios, no entanto, de que o seu consumo remonte a vários séculos antes de Cristo. As folhas da planta eram utilizadas pelas populações indígenas locais que a fumavam, inalavam ou ingeriam em infusões, no contexto de rituais mágicos ou com fins medicinais.

Seria Jean Nicot, embaixador da corte francesa em Lisboa, que viria a popularizar o uso desta planta ao enviar pó de tabaco a Catarina de Médicis, por volta de 1560, para tratamento das enxaquecas de que a rainha padecia. O seu consumo, sob a forma de tabaco de mascar ou de rapé, espalha-se, durante o séc. XVI, a toda a Europa, passando a ser cultivado no Brasil, em Cuba e em outras regiões do continente americano, a fim de responder às necessidades do mercado. É nesta época conhecido como «erva da rainha» ou «erva santa», dados os efeitos medicinais que lhe eram supostamente atribuídos.

⁸ Médica de Saúde Pública. Mestre em Medicina Escolar pela Faculdade de Medicina de Lisboa. Directora de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde – Direcção-Geral da Saúde.

O uso do tabaco foi, praticamente desde o seu início, gerador de controvérsia. Nicolas Monardes, médico espanhol do séc XVI, atribuiu-lhe a capacidade de curar mais de 35 doenças, o que contribuiu para espalhar a convicção sobre os seus efeitos benéficos. No entanto, o consumo de tabaco teve, já nessa época, fortes opositores, como Jaime I, rei de Inglaterra que, no início do séc. XVI, se manifestou contra o seu consumo e o taxou com pesados impostos.

Por outro lado, a comercialização do tabaco esteve desde sempre associada ao poder político e social, gerando fortes receitas para os Estados. A produção e o comércio do tabaco constituíram a base da economia de países como os EUA durante o século XIX e princípio do século XX. Em Portugal, o tabaco foi desde sempre sujeito a pesados impostos que, em meados do séc. XIX, representavam cerca de um oitavo do orçamento do Estado.

Por volta de 1830, aparecem os primeiros cigarros manufacturados. Nos finais do século XIX é patenteada a máquina de fabricar cigarros, o que veio a contribuir para a expansão deste tipo de consumo, que vem a sofrer um aumento exponencial aquando das duas Grandes Guerras Mundiais.

Graças às técnicas de publicidade e *marketing* cada vez mais sofisticadas utilizadas pela indústria do tabaco, o consumo e a angariação progressiva de novos fumadores tem-se mantido até aos dias de hoje, apesar das medidas de prevenção e controlo que entretanto começaram a ser adoptadas pela maioria dos governos.

O consumo de tabaco vulgarizou-se, sendo hoje socialmente aceite. No entanto, nos países mais desenvolvidos, tem-se vindo a assistir a um decréscimo de consumo, enquanto que este continua a crescer nos países em desenvolvimento.

Existe na actualidade uma maior consciência colectiva quanto aos riscos para a saúde associados ao consumo de tabaco, não só para os fumadores activos mas também para as pessoas não fumadoras expostas ao fumo ambiental. No entanto, a maioria da população não tem, ainda, consciência da verdadeira dimensão do risco associado a este consumo.

Em contexto de sala de aula, este texto pode ser utilizado para desenvolver a compreensão histórica da expansão do consumo de tabaco, promovendo assim uma reflexão crítica sobre o fenómeno.

DESDE QUANDO SE SABE QUE O TABACO É NOCIVO PARA A SAÚDE?

Até meados do século XIX, muito tabaco foi consumido sem grande consciência dos seus efeitos na saúde. Alguns estudos, que nessa época começaram a ser realizados, apontavam para a existência de associação entre o consumo do tabaco e o aparecimento de algumas doenças, como o cancro do lábio ou da língua, em fumadores de cachimbo.

No entanto, os primeiros estudos científicos, bem fundamentados, relacionando o consumo de tabaco com o aparecimento de cancro, remontam apenas a 1950 (Doll e Hill, no Reino Unido, e Wynder e Graham, nos EUA). Estes primeiros estudos mostraram a existência de uma associação entre o número de cigarros fumados e o risco de cancro do pulmão. Milhares de estudos posteriormente realizados permitem hoje concluir que o consumo de tabaco é uma das principais causas de morte prematura e perda de qualidade de vida.

Um em cada dois fumadores, que inicie o consumo na adolescência e fume ao longo da vida, morre por uma doença provocada pelo tabaco (OMS).

O reconhecimento de que a exposição ao fumo ambiental do tabaco é nociva é bastante mais recente, remontando à década de oitenta, do século XX, após a publicação dos primeiros estudos relacionando a exposição ao fumo ambiental do tabaco com o aparecimento de cancro do pulmão em mulheres não fumadoras casadas com fumadores. A evidência científica entretanto acumulada permite concluir que a exposição ao fumo ambiental do tabaco está associada a um aumento do risco de cancro do pulmão, de doenças cardiovasculares e respiratórias, nos não fumadores expostos.

As crianças, as grávidas, as pessoas que sofrem de asma ou de outras doenças crónicas são particularmente susceptíveis. Também alguns locais de trabalho, como os restaurantes, bares e discotecas constituem espaços onde a exposição dos trabalhadores e do público pode ser muito elevada. Por esse facto, vários países têm vindo a adoptar medidas de restrição do consumo em espaços de trabalho e outros espaços públicos fechados.

A indústria do tabaco tem procurado atenuar o impacto da investigação científica no sentido de continuar a vender os seus produtos

Ao longo do tempo, a indústria do tabaco tem procurado associar os seus produtos aos conceitos de prazer, independência, autodeterminação, liberdade e sofisticação, através de técnicas de *marketing* e publicidade cada vez mais subtis e engenhosas, especialmente direccionadas para grupos-alvo vulneráveis, como os jovens e os adolescentes. Simultaneamente, tem levado a cabo muita investigação no sentido de tentar desenvolver, até hoje sem sucesso, produtos do tabaco menos nocivos.

Na realidade, hoje sabemos que não há produtos do tabaco seguros e que todas as formas de consumo do tabaco se acompanham de riscos para a saúde. Por este motivo, a legislação, por parte dos governos, das condições de fabrico, comercialização e venda de produtos do tabaco, bem como da sua publicidade⁹ e promoção, tem sido cada vez maior, em particular nos países mais desenvolvidos, e conduziu à adopção, por unanimidade, na 56.ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, em Maio de 2003, de uma Convenção-Quadro para o controlo do Tabaco. Portugal aderiu a esta Convenção em Novembro de 2005.¹⁰

CONSTITUINTES QUÍMICOS DO FUMO DO TABACO

O fumo do tabaco é um aerossol composto por mais de 4 000 substâncias químicas. Para além da nicotina, droga com propriedades psicoactivas, contém substâncias com efeitos tóxicos ou irritantes, como o monóxido de carbono, a acetona, o metano, o formaldeído, o tolueno ou a amónia, substâncias com efeitos cancerígenos, como por exemplo as nitrosaminas, os aldeídos, os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, os metais pesados, como o cádmio, o níquel e o chumbo, e substâncias radioactivas como o polónio – 210.

⁹ Portugal proibiu todas as formas de publicidade ao tabaco em 1982 – Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto, regulamentada pelo Decreto-lei n.º 226/83, de 27 de Maio.

¹⁰ Decreto n.º 25-A, de 8 de Novembro de 2005. Consultável em www.dgs.pt.

Muitas destas substâncias existem na folha do tabaco, outras são acrescentadas pela utilização de adubos, pesticidas e fungicidas nas plantações e no processo de secagem e de cura da folha.

A composição química do fumo dos cigarros depende, assim, da combustão da folha do tabaco, do papel e das colas utilizadas no fabrico dos cigarros, bem como da junção, ou não, de aditivos químicos durante o seu fabrico. Estes aditivos são substâncias químicas, que podem ser adicionados aos produtos do tabaco, como por exemplo a amónia, o mentol, o cacau, a baunilha, e outros, o acetato de benzilo, o glicerol, ou os acetaldeídos, com o intuito de humedecer e aromatizar o fumo, tornando-o mais agradável para o fumador ou, até, mais apelativo para os adolescentes e jovens. Importa referir que se desconhecem, ainda, muitos dos efeitos destes aditivos na saúde, uma vez queimados e inalados.

O que é a nicotina?

A nicotina é um alcalóide vegetal existente na planta e no fumo do tabaco.¹¹ É a principal substância responsável pela dependência provocada pelo consumo de tabaco, por um processo comportamental e farmacológico semelhante ao que determina a dependência do álcool, da heroína ou da cocaína.¹²

Os efeitos da nicotina sobre o sistema nervoso central (SNC) são determinantes no desenvolvimento da dependência ao tabaco. É a acção no cérebro que provoca a sensação de prazer, após o acto de fumar, ou de irritabilidade quando o fumador tenta interromper o consumo. A nicotina age sobre determinados receptores existentes a nível cerebral e periférico, provocando estimulação ou depressão do SNC, dependendo da intensidade e da frequência com que é inalada.

¹¹ Um alcalóide é um composto orgânico feito de carbono, hidrogénio, nitrogénio e por vezes oxigénio. A nicotina tem a fórmula (C₁₀ H₁₄ N₂).

¹² World Health Organization, *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva, WHO, 2004.

Uma vez instalada a dependência da nicotina, o consumo torna-se regular e compulsivo, mesmo quando o fumador conhece os riscos ou, até, quando já tem manifestações de doença associada ao consumo.

O que é o alcatrão?

Designa-se por alcatrão o conjunto de partículas sólidas suspensas no fumo do tabaco. Na sua forma condensada, o alcatrão é uma substância gomosa e acastanhada que provoca o amarelecimento dos dedos e dos dentes dos fumadores. O alcatrão contém mais de 3 500 substâncias químicas, entre as quais poderosos cancerígenos, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e as nitrosaminas.

O que é o monóxido de carbono?

É um gás inodoro que, quando inalado em grandes quantidades, é mortal. Forma-se durante a combustão dos produtos do tabaco. É tóxico para o organismo, reduzindo a capacidade do sangue para transportar oxigénio dos pulmões às células dos tecidos e órgãos.

Todos os produtos do tabaco são nocivos, não havendo um limiar seguro de exposição.

Tabaco e repercussões no meio ambiente

A agricultura e a produção dos produtos do tabaco têm graves consequências para o meio ambiente, afectando sobretudo os países mais pobres. Na agricultura do tabaco, são utilizados pesticidas e fungicidas que contaminam os solos durante vários anos. O processo de secagem e cura da folha do tabaco conduz à destruição anual de cerca de 200.000 hectares de floresta. A produção industrial dos produtos do tabaco é responsável pela produção de toneladas de lixo químico. As pontas de cigarro são

difícilmente biodegradáveis, constituindo uma fonte importante de poluição ambiental (OMS, 2004).¹³

Estas informações podem ser utilizadas na área das ciências, tendo em vista a compreensão dos processos químicos envolvidos na produção do tabaco e respectivas consequências em termos de poluição e destruição ambientais.

EFEITOS DO CONSUMO DE TABACO NA SAÚDE

Muitos dos efeitos do consumo de tabaco na saúde são visíveis apenas a longo prazo. No entanto, todo o consumo de tabaco é nocivo, quer para o fumador activo quer para os não fumadores expostos ao fumo ambiental.

O consumo de tabaco na infância e na adolescência tem consequências imediatas. É lesivo para a maturação e função pulmonares, contribui para agravar ou dificultar o controlo da asma e sintomatologia respiratória como a tosse e a expectoração, diminui o rendimento físico e altera os lípidos no sangue, favorecendo o aumento das LDL (mau colesterol).

Numerosos estudos realizados até hoje confirmam a associação entre o consumo de tabaco e o aparecimento de várias doenças, com particular destaque para o cancro em diversas localizações e para as doenças do aparelho respiratório e do aparelho circulatório.¹⁴

¹³ Tobacco Free Initiative. World Health Organization, *Tobacco and Poverty. A vicious circle*. WHO, Geneva, 2004.

¹⁴ U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

Principais efeitos na saúde do fumador	
Cancro	Pulmão, lábio, cavidade oral, faringe, laringe, esófago, pâncreas, estômago, bexiga, rim, colo do útero e leucemia mielóide aguda.
Doenças cardiovasculares	Doença isquémica coronária, aterosclerose, doença cerebrovascular, aneurisma da aorta abdominal.
Doenças respiratórias	Doença pulmonar obstrutiva crónica, pneumonia, início prematuro do declínio da função pulmonar, agravamento de sintomatologia respiratória – tosse, pieira, falta de ar, agravamento das crises de asma e dificuldade acrescida no seu controlo.
Outras doenças ou alterações	Irritação ocular e das vias aéreas superiores, catarata macular, úlcera gástrica e duodenal, alterações na saúde reprodutiva, envelhecimento precoce da pele, amarelecimento dos dentes.

CONSUMO DE TABACO E SAÚDE DA MULHER

A mulher fumadora tem um risco acrescido, relativamente ao sexo masculino, decorrente do consumo de tabaco. Para além das patologias já referidas, tem menor fertilidade, menopausa mais precoce, risco agravado de osteoporose e, acima dos 35 anos, em conjugação com a pílula, risco aumentado de doença cardiovascular.

CONSUMO DE TABACO E GRAVIDEZ

Na gravidez, o consumo regular de tabaco aumenta o risco de placenta prévia, descolamento da placenta, prematuridade, baixo peso do bebé ao nascer e mortalidade perinatal. Existe evidência sugestiva de que também possa aumentar o risco de aborto

espontâneo e de gravidez ectópica. O risco diminui para níveis semelhantes aos das mulheres não fumadoras se a grávida parar de fumar antes da gravidez, ou durante o primeiro trimestre.¹⁵

EFEITOS DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO

Existe hoje evidência científica de que as pessoas expostas ao fumo ambiental do tabaco, em casa ou nos locais de trabalho, têm uma maior probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão, doenças cardiovasculares, bem como diversas patologias respiratórias de natureza aguda e crónica.¹⁶

As crianças filhas de pais fumadores sofrem de problemas respiratórios e do ouvido médio com maior frequência do que as crianças filhas de pais não fumadores. Podem registar, igualmente, um agravamento das crises asmáticas, no caso de sofrerem desta doença.

PROTECÇÃO DOS NÃO FUMADORES DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL

No sentido de proteger a saúde dos não fumadores da exposição involuntária ao fumo do tabaco, a legislação portuguesa proíbe que se fume em diversos locais¹⁷ – Hospitais, Centros de Saúde, Clínicas, Farmácias e demais estabelecimentos de saúde, estabelecimentos de ensino, museus, bibliotecas, salas de espectáculos, recintos desportivos fechados, elevadores e transportes públicos urbanos e peri-urbanos.

¹⁵ British Medical Association. Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre. *Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. London, 2004.

¹⁶ U.S: Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke. A report of the Surgeon General*. Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Rockville, MD, 2006.

¹⁷ Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto, regulamentada pelo Decreto-lei n.º 226/83, de 27 de Maio. **Nota:** está em discussão no Parlamento uma nova versão de Lei de prevenção do tabagismo. Legislação consultável em www.dgs.pt.

É de referir que a legislação portuguesa, cuja origem remonta a 1982, e que carece de revisão, dados os compromissos assumidos com a adopção da Convenção-Quadro para o controlo do Tabaco da OMS, ainda refere a criação de espaços alternativos para fumadores. Estes espaços não devem, todavia, situar-se no interior dos edifícios, na medida em que as partículas do tabaco são dificilmente removidas pelos sistemas habituais de ventilação e renovação do ar.¹⁸

Não fumar no interior de edifícios e espaços fechados é a melhor solução.

As escolas, enquanto espaços educativos e de trabalho, devem assumir uma política de prevenção e controlo do tabagismo clara e explícita, assente em princípios educativos e preventivos globais e integrada no currículo, nas áreas disciplinares e não disciplinares.

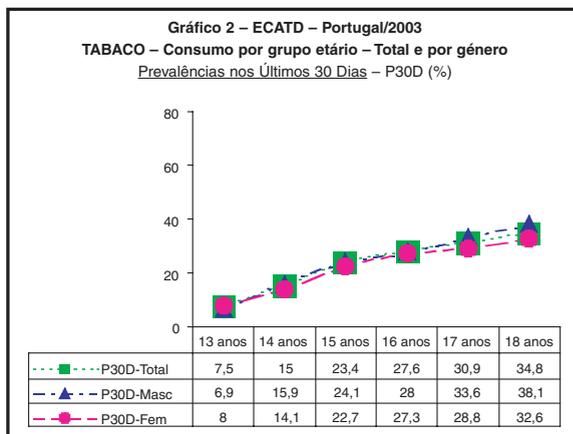
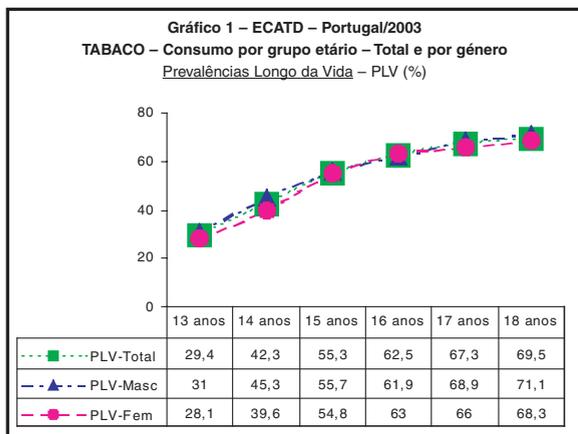
Com este propósito deve promover-se o envolvimento de toda a comunidade educativa na definição e implementação da política de prevenção e controlo do tabagismo a adoptar, tendo presente a necessidade de garantir o cumprimento da legislação aplicável.

¹⁸ U.S: Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke. A report of the Surgeon General*. Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Rockville, MD, 2006.

COMO SE INICIA A DEPENDÊNCIA DO TABACO?

O consumo do tabaco tem início, habitualmente, durante a adolescência ou o início da idade adulta. Sabe-se que quanto mais precoce é o contacto com o consumo de tabaco, maior será a propensão para um consumo regular na idade adulta.

No âmbito do Programa de «Estudos em Meio Escolar», promovidos pelo IDT, dados do projecto ECATD/2003 revelaram que o consumo de tabaco nos jovens portugueses (prevalências nos últimos 30 dias) foi de cerca de 8%, aos 13 anos, (7% nos rapazes e 8% nas raparigas) e de 35% aos 18 anos, (38% nos rapazes e 33% nas raparigas). Aos 18 anos, cerca de 29% dos rapazes e 32% das raparigas referiram nunca ter fumado.¹⁹



Em 2003, cerca de 30% dos alunos de 13 anos e de 70% dos alunos de 18 anos já tinham experimentado fumar tabaco, pelo menos uma vez ao longo da vida. As percentagens de rapazes e raparigas que já o tinham feito eram bastante próximas.

Cerca de 8% dos alunos de 13 anos e 35% dos alunos de 18 anos tinham consumido tabaco nos 30 dias antes da realização do estudo. As percentagens de rapazes e raparigas com consumo actual (à data do estudo) eram também muito próximas.

¹⁹ Feijão F., Lavado E. *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental/2003* (ECATD/2003). Instituto da Droga e da Toxicod dependência, Ministério da Saúde. www.idt.pt.

Não há uma simples e única explicação para a iniciação e para a manutenção do consumo, verificando-se, antes, uma conjugação de múltiplos factores – genéticos, psicológicos, sociais, económicos e culturais.

Alguns estudos têm mostrado haver associação entre a iniciação do consumo e o hábito de fumar do melhor amigo, o hábito de fumar dos pais, a facilidade de acesso ao tabaco, o montante da semanada e os modelos e pressões sociais. A manutenção do consumo parece estar associada a factores pessoais, como sejam a baixa auto-estima, fraca auto-imagem, sintomas depressivos, informação incorrecta sobre os efeitos do tabaco na saúde ou percepção do risco inadequada.

Para grande parte dos jovens, fumar é um gesto carregado de simbolismo – afirmação pessoal, identificação com a idade adulta, para melhorar a auto-imagem e a auto-estima, para ser aceite no grupo de pares, para estar na moda. Alguns jovens, no entanto, começam a fumar simplesmente por curiosidade.

Por outro lado, muitos adolescentes acreditam que fumar é um comportamento generalizado e que a maioria dos seus pares é fumadora, percepção que não corresponde à realidade.

DEIXAR DE FUMAR

Embora uma pequena proporção de fumadores seja capaz de manter níveis muito baixos de consumo e deixe de fumar com facilidade, a grande maioria experimenta sérias dificuldades em parar.

Após alguns anos de consumo, a grande maioria dos fumadores deseja parar de fumar e faz, ao longo da vida, diversas tentativas nesse sentido. No entanto, dado o forte poder aditivo do tabaco, parar de fumar é habitualmente um processo difícil, frequentemente seguido de uma recaída.

Estão hoje disponíveis diversos apoios aos fumadores que pretendem deixar de fumar, de natureza comportamental e/ou medicamentosa.

O médico de família pode fornecer apoio ou encaminhar para uma das consultas de cessação tabágica existentes no Serviço Nacional de Saúde – Centros de Saúde ou Hospitais²⁰. Pode também ser contactada a «Linha Saúde Pública» – 808 211 311 (Ministério da Saúde) ou a «Linha SOS Deixar de Fumar», do Instituto de Cardiologia Preventiva – 808 20 88 88.

VANTAGENS DE DEIXAR DE FUMAR

Deixar de fumar traz vantagens imediatas e a longo prazo. Essas vantagens são tanto maiores quanto mais cedo se verificar o abandono do tabaco, no entanto, parar de fumar é benéfico em qualquer idade.

Parar de fumar diminui o risco de morte prematura. Os fumadores que deixam de fumar vivem mais anos do que os que continuam a fumar. Os ex-fumadores adoecem menos que os fumadores e têm uma melhor percepção da sua saúde.

Após 8 horas, os níveis de monóxido de carbono no sangue descem para valores normais. A capacidade respiratória e a circulação sanguínea melhoram. Após 1 ano de abstinência, o risco de doença coronária reduz-se para metade do verificado nos fumadores que continuam a fumar. Após 10 anos, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador, havendo igualmente uma diminuição do risco de cancro em outras localizações. Após 15 anos de abstinência, o risco de doença coronária é igual ao de um não fumador do mesmo sexo e idade.²¹

Na gravidez, as mulheres que deixam de fumar antes de engravidarem, ou no primeiro trimestre de gravidez, evitam os danos para o feto provocados pelos produtos químicos do tabaco.

Deixar de fumar é também benéfico para os não fumadores. Não só porque contribui para diminuir a pressão social para fumar, mas também porque a exposição involuntária ao fumo do tabaco dos que privam com o fumador deixa de se verificar.

²⁰ Informe-se no seu Centro de Saúde, ou em www.idt.pt.

²¹ www.cdc.gov/tobacco.

Em contexto de sala de aula, esta informação pode ser utilizada para situações de debate sobre: as motivações para a experimentação, as razões para continuar a fumar, os significados e o valor simbólico de fumar e como deixar de fumar.

AJUDAR OS ADOLESCENTES A NÃO FUMAR

Três em cada cinco jovens que experimentam fumar vêm a tornar-se fumadores regulares. Destes, metade virão a morrer prematuramente devido às doenças provocadas pelo tabaco (OMS, 2000).

Os pré-adolescentes podem assumir atitudes moralizadoras e negativas relativamente ao tabaco. Isso não os protege, no entanto, de poderem vir a consumir tabaco. De facto, à medida que o adolescente cresce, as influências sociais, em particular dos pares, associadas a uma certa curiosidade, podem levar ao desejo de experimentar.

Por outro lado, como sabemos, os jovens não têm a saúde como uma preocupação central e imediata nas suas vidas. Quando decidem experimentar, habitualmente, não estão conscientes do poder aditivo do tabaco. Há, portanto, que tentar encontrar formas de discutir e trabalhar este assunto, numa perspectiva de aquisição de competências para a vida. A aprendizagem da capacidade de decidir, de forma responsável e autónoma, sabendo resistir às pressões sociais, é um objectivo fundamental a ter presente na educação das crianças e jovens.

Os jovens que atingem o final da adolescência sem nunca terem fumado, provavelmente nunca virão a fumar (OMS, 2000).

Nesta perspectiva, os pais e a escola têm um importante papel a desempenhar. Por outro lado, tendo presente que o processo educativo assenta em vertentes formais e informais, os educadores devem estar conscientes de que o seu exemplo pessoal é importante. Desse modo, pais e professores fumadores devem abster-se de fumar na presença de crianças e jovens. Sabe-se também que uma atitude muito permissiva por parte dos pais e dos educadores contribui para que os jovens se sintam menos constran-

gidos relativamente ao consumo e registem uma maior probabilidade de virem a consumir.²²

Nesse sentido, pais e professores devem fornecer mensagens claras e positivas relativamente às vantagens da não dependência do tabaco, ou de outras substâncias.

Uma questão habitualmente discutida é a de saber qual a melhor idade para começar a trabalhar estas questões. Cada vez mais se sabe que há que começar bastante cedo, numa fase em que as atitudes das crianças estão a ser construídas, desde o pré-escolar e posteriormente ao longo de toda a escolaridade, em particular durante a pré-adolescência e a adolescência.

Sabendo-se, também, que o acesso facilitado ao tabaco contribui para facilitar o consumo por parte dos jovens, o montante da semanada constitui um factor que pode interferir com o consumo de tabaco por parte dos adolescentes. Neste sentido, os pais devem ter um papel pedagógico e atento relativamente à forma como a criança e o adolescente gerem o dinheiro de que dispõem.

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO CENTRADOS NO MEIO ESCOLAR

Para as crianças e os adolescentes, a família e a escola constituem o suporte emocional essencial para o seu desenvolvimento saudável.

A escola é um contexto ideal para a aprendizagem da auto-gestão da saúde, ao longo da infância e da adolescência. A experiência mostra que o sucesso das intervenções aumenta se existir uma boa articulação entre os sectores da saúde e da educação, o que possibilita descentrar os programas de uma lógica meramente informativa sobre os riscos e a prevenção das doenças, para uma abordagem pedagógica activa, que parta

²² Institut Suisse de Prevention de L' Alcoolisme et autres Toxicomanies. *Tabac. Pour en parler aux ados. Ce que les parents devraient savoir*. Sfa/ISPA. Lausanne, 2004.

da aquisição e compreensão da informação para o desenvolvimento de competências de decisão, com sentido crítico, responsabilidade e autonomia.

Esta abordagem implica um maior investimento na formação dos professores nestes domínios e um trabalho pedagógico estruturado e continuado ao longo da escolaridade, em parceria com toda a comunidade educativa, em particular com as famílias e o Centro de Saúde. Nesta perspectiva, a escola deve:

- incluir a prevenção e o controlo do tabagismo no seu projecto educativo;
- melhorar a formação dos professores nesta temática;
- definir e implementar uma abordagem que garanta o cumprimento da legislação relativamente ao consumo de tabaco, à proibição de venda e à sinalização dos espaços;
- apoiar professores, pessoal auxiliar, pais e alunos no sentido da promoção da cessação tabágica;
- promover e colaborar com a restante comunidade educativa em favor da criação de ambientes saudáveis e livres de fumo.

Não parece ser demais sublinhar que os programas meramente informativos não são suficientes, podendo, nalguns casos, suscitar a curiosidade dos adolescentes. A existência de factores pessoais, sociais e ambientais que influenciam o comportamento dos adolescentes, deve ser necessariamente tida em conta e valorizada.

Parece importante ter presente que, embora o período entre o sexto e o oitavo ano sejam os mais abrangidos pelos programas educativos já realizados neste domínio, a experiência parece mostrar haver vantagem em iniciar estes programas em etapas anteriores.²³ De acordo com a OMS, estes programas devem incluir pelo menos cinco sessões

²³ De salientar que o *Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências Essenciais, 2001*, prevê a abordagem do Tabaco a partir do 3.º ano de escolaridade, na área de Estudo do Meio.

anuais entre o sexto e o oitavo anos, devendo ser adaptados a cada faixa etária e ao contexto social e económico do grupo de alunos.²⁴ O recurso a metodologias que impliquem a participação e a reflexão individual dos alunos é um factor crítico de sucesso destes programas. As actividades devem ser desenvolvidas de forma coerente e em espiral ao longo da escolaridade, no contexto do projecto educativo de escola e do projecto educativo de turma, numa perspectiva de educação para a saúde e a cidadania.

Estes programas poderão orientar-se para o universo da população escolar, independentemente do risco individual de cada aluno, para os adolescentes que têm factores predictores de poderem vir a consumir ou para os alunos que já apresentam sinais e comportamentos iniciais de risco, conforme mais adiante se descreve no capítulo referente à prevenção do consumo de álcool e de drogas ilícitas. O seu desenvolvimento deverá ter como objectivos pedagógicos e preventivos:

- a melhoria da informação e compreensão sobre o tabagismo, o processo de dependência da nicotina e as repercussões ambientais e económicas associadas à produção e ao consumo de tabaco;
- o desenvolvimento do sentido crítico, relativamente àquilo que o consumo de tabaco parece oferecer – prazer, sedução, independência e o que na realidade oferece – doença, sofrimento e morte prematura;
- o desenvolvimento da capacidade de saber resistir às pressões sociais e, em particular, à pressão dos pares;
- o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, de modo informado, responsável e autónomo;
- o desenvolvimento de competências para uma vida activa e saudável.

Existem, em Portugal, alguns programas delineados para trabalhar este assunto, no contexto escolar. O Conselho de Prevenção do Tabagismo desenvolveu os manuais *Querer é*

²⁴ Pan American Health Organization. *Tobacco-free Youth. A «life skills» primer*. Scientific and Technical Publications n.º 579, World Health Organization, Washington D.C., 2000.

Poder I e II destinado ao 3.º ciclo do ensino básico que poderão ser utilizados ou adaptados à realidade de cada escola.²⁵

SUGESTÕES DE ACTIVIDADES COM OS ALUNOS

A título de exemplo, dão-se cinco sugestões de actividades, que podem ser adaptadas para trabalhar o tema com alunos do ensino básico – 2.º e 3.º ciclos:



Realizar um exercício de *role-play*.

Objectivo – Treino de competências sociais: – aprender a ser assertivo e a resistir à pressão dos pares.

Situação – Um jovem não fumador é pressionado pelos colegas para fumar um cigarro. Deve encontrar argumentos e soluções para recusar o consumo.

O exercício deve ser realizado por quatro ou cinco alunos voluntários. No final, deve seguir-se um período de discussão. Os próprios alunos que realizaram o exercício devem exprimir o que sentiram durante o exercício.



Fazer um pequeno questionário anónimo, na escola, na turma, ou na comunidade, sobre os conhecimentos e as atitudes associadas ao consumo e à exposição ao fumo do tabaco.

Objectivo – Destruir o falso conceito (comum entre os jovens), de que a maioria dos jovens e dos adultos fuma. Reconhecer que a maioria dos fumadores quer parar de fumar. Reconhecer que os não fumadores se podem sentir incomodados pelo fumo dos outros. Reconhecer que não fumar corresponde à norma social.

²⁵ Vitória P. D., Raposo C. S., Peixoto F. A. *Querer é Poder I*. Ministério da Saúde, Conselho de Prevenção do Tabagismo, Lisboa, 2000. Vitória P. D., Raposo C. S., Peixoto F.A. *Querer é poder II*. Ministério da Saúde. Conselho de Prevenção do Tabagismo, Lisboa, 2001.

Analisar e discutir as respostas obtidas. Preparar materiais e conteúdos informativos sobre o tema para divulgação aos colegas, aos pais e ao público, por exemplo no jornal ou no *site* da escola, no caso de existirem, ou num jornal local.



Recolher recortes de revistas ou jornais com imagens de pessoas a fumar e discutir o que leva as pessoas a começar a fumar e a continuar a fumar.

Objectivo – Analisar as técnicas de *marketing* da indústria, os grupos-alvo desse *marketing*, os modelos sociais associados ao consumo e a manipulação de informação por parte da indústria do tabaco.

Discutir em grupo os resultados da pesquisa efectuada.



Realizar uma pesquisa sobre os efeitos do consumo de tabaco no ambiente e a poluição ambiental provocada por estes produtos.

Objectivo – Aumentar a informação e a consciência sobre os malefícios do tabaco e os danos ambientais: deflorestação, aumento dos resíduos químicos tóxicos, poluição do ar interior. Aumentar a consciência sobre a responsabilidade individual na preservação do meio ambiente.

Apresentar os resultados dessa pesquisa sob a forma de uma projecção para os restantes alunos, seguida de debate.



Promover um debate, na turma, sobre o direito à saúde e os direitos e liberdades individuais numa sociedade democrática, usando o consumo de tabaco como exemplo.

Objectivo – Compreender que o direito à saúde quer individual, quer colectiva depende de cada um de nós, devendo ser preservado e promovido. Compreender que, por vezes, há necessidade de limitar, ou condicionar, determinados direitos e liberdades individuais, sempre que existam graves prejuízos para a saúde das outras pessoas. Compreender que as dependências impedem a liberdade de escolha.

PROBLEMAS LIGADOS ao CONSUMO de BEBIDAS ALCOÓLICAS

ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E CULTURAIS

*Augusto Pinto*²⁶



O primeiro contacto do homem com o álcool deverá situar-se, em termos históricos, entre 10.000 e 5.000 a.C., na transição do período paleolítico para o neolítico, variando de acordo com a altitude e as condições climáticas favoráveis ao processo químico da primeira fermentação.

O homem das cavernas, vivendo unicamente da caça ou da pesca, que começa a desenhar as paredes dos seus abrigos e a fabricar recipientes, terá encontrado provavelmente o álcool e a embriaguez simultaneamente, por acaso, bebendo sumos de frutos que deixou fermentar de um dia para o outro.

Este homem primitivo vai tornar-se pastor, começa a conhecer a agricultura, a germinação e a fermentação, ao mesmo tempo que toma consciência de um valor cósmico e da existência possível de divindades.

As primeiras bebidas alcoólicas fabricadas surgem, pois, a partir de cereais fermentados e pelos seus efeitos e virtudes extraordinárias não podem ser encaradas, para uma mentalidade primitiva, senão como tendo origem divina – o estado de embriaguez é considerado como «sagrado», parece permitir uma aliança com as divindades e conferir imortalidade; assim se compreende que inicialmente o uso de bebidas alcoólicas estivesse reservado aos sacerdotes e chefes, sendo o seu fabrico efectuado por ocasião de festas religiosas.

Vestígios de ramos e folhas de vinha selvagem atestam a presença de vinha desde a era terciária, estendendo-se do Ocidente até à China, embora os frutos dessa primeira vinha

²⁶ Médico. Director do Centro Regional de Alcoologia do Centro Maria Lucília Mercês de Mello. Colaboração de Alexandra Almeida, Ana Feijão, Henriqueta Frazão, M.^ª do Rosário Lameiras.

fossem impróprios para a vinificação. Após a era dos glaciares o clima aquece e a vinha desenvolve-se consideravelmente na região oriental da Bacia do Mediterrâneo, entre o Mar Morto e o Mar Cáspio.

Na antiguidade, relativamente a cada civilização e de acordo com o sentido das respectivas divindades, consoante o álcool eleva a consciência ou pelo contrário a animaliza, assim será glorificado, recomendado ou proibido, sempre associado a posições ambivalentes e contraditórias.

Geralmente, a embriaguez era condenada e considerava-se que o álcool perturbava a razão e fazia transgredir as leis; no caso particular da gravidez o vinho é desaconselhado – «Vais dar à luz um filho. E agora, toma atenção, não bebas nem vinho, nem bebida forte...» (*Livro dos Juízes*).

Em contexto de sala de aula, este texto pode ser utilizado para desenvolver a compreensão histórica do fenómeno do álcool, proporcionando uma reflexão crítica sobre esta realidade.

Vinho e catolicismo estão intimamente ligados, o que terá uma importância fundamental para o desenvolvimento da viticultura e muito especialmente explica o papel dos mosteiros na preservação da vinha.

Relativamente ao nosso país, salientam-se igualmente alguns factos históricos, atestando a importância do fenómeno ao longo de vários séculos.

Mesmo em época de fome na Idade Média, os nossos reis fizeram prevalecer a cultura do trigo sobre todas as outras, excepto a da vinha.

Refira-se a importância do vinho no comércio da época dos Descobrimentos e as referências à influência de Baco, deus do vinho, no desenvolvimento da acção n'Os *Lusíadas*, opondo-se a Vénus, no Concílio dos Deuses.

A região do Douro é a 1.ª região demarcada de vinhos no mundo e a fundação da *Real Companhia* pelo Marquês de Pombal no séc. XVIII foi fundamental para a importância do vinho do Porto como riqueza nacional e *ex-libris* de todo um povo.

Finalmente, o que se destaca do estudo das diversas civilizações e dos vários países e culturas é, primeiro que tudo, a universalidade das bebidas alcoólicas.

Estas bebidas são sacralizadas e carregadas de virtudes simbólicas que se encontram em numerosos mitos e que sobrevivem ainda – o álcool que dá força, que tem o poder de aquecer, que purifica...

Constatam-se, igualmente, os aspectos sociais: há actos sociais marcados pela festividade e, por vezes, um pacto sela-se com uma taça nas mãos.

No início da nossa era, o vinho torna-se um objecto comercial, fonte de rendimento, seguindo a expansão do Cristianismo; ao mesmo tempo os malefícios do álcool fazem-se sentir, o consumo torna-se mais individual, os poetas encontram nele uma fonte de inspiração, mas os mitos sociais serão conservados e a ligação homem-álcool manter-se-á forte e quase inabalável.

Enraizado desde há séculos na nossa cultura e tradição populares, o álcool, muito especialmente sob a forma de vinho, as suas virtudes e inconvenientes são evidenciados na expressão oral de que os provérbios populares são exemplos únicos e significativos.

Assim, não resistimos a transcrever alguns dos mais curiosos, que seleccionámos da compilação de António Moreira, *Provérbios Portugueses*

Antes embebedar que constipar.

Bebe para teres sangue / O bom vinho faz bom sangue.

Beber vinho mata a fome.

Quem come sopa com vinho, de velho se faz menino.

Quem é amigo do vinho, de si mesmo é inimigo.

Quando o vinho desce as palavras sobem.

Onde entra o vinho, sai a razão.

Afoga-se mais gente em vinho do que em água.

As bebidas fortes fazem os homens fracos.

Mas também noutros países europeus encontramos sinais da importância do vinho e da sua ligação à sabedoria popular.

Na Alemanha

Quando aparecem os dentes na criança, a mãe que venda a saia para lhe dar vinho.

Três copos de vinho mandam embora os espíritos malignos, mas com o quarto eles voltam.

Na Rússia

Quem bebe morre, quem não bebe, morre, portanto o melhor é beber.

Coma até estar meio cheio e beba até estar meio bêbado.

Na Itália

Comer como gente sadia, beber como gente doente.

O vinho é meio alimento.

Na Espanha

Com vinho de meu cantil, rio-me da medicina.

Come, menino, crescerás; bebe, velho, viverás.

Má é a ferida que não se cura com vinho.

Na Jugoslávia

Melhor beber e passar mal, do que não beber e passar mal.

Na Bulgária

O primeiro copo para a saúde; o segundo para a alegria; o terceiro para a felicidade e o quarto para a loucura.

Exemplos que recolhemos de *O Folclore do Vinho*, obra de Whitaker Pentecost

Em contexto de sala de aula, esta informação pode ser útil para a abordagem da transculturalidade bem como para a reflexão crítica do(s) sentido(s) que as mensagens encerram.

ÁLCOOL E FALSOS CONCEITOS

O álcool (não) aquece...

O álcool faz com que o sangue venha do interior do organismo à superfície da pele, dando a sensação de calor, mas esta deslocação do sangue provoca uma baixa da temperatura interna, prejudicando o funcionamento de todos os órgãos.

O álcool (não) mata a sede...

A sensação de sede significa necessidade de água. Quando se toma uma bebida alcoólica, uma considerável quantidade de água, que faz falta ao organismo, sai pela urina, aumentando assim a necessidade de água no organismo, logo a sede vai-se agravando.

O álcool (não) dá força...

O álcool tem uma acção excitante e anestésica, que disfarça o cansaço físico ou intelectual intenso, dando a ilusão de voltarem as forças mas, depois, o cansaço é a dobrar, porque o álcool gastou energia ao ser «queimado» no fígado.

O álcool (não) é um alimento, (não) facilita a digestão (nem) abre o apetite...

O álcool não é um nutriente porque produz calorías inúteis (vazias) para os músculos e não serve para o funcionamento das células. Contrariamente aos verdadeiros nutrientes, ele não ajuda na edificação, construção e reconstrução do organismo. O álcool faz com que os movimentos do estômago sejam muito mais rápidos e os alimentos passem para o intestino sem estarem devidamente digeridos, dando a sensação de estômago vazio e digestão feita. O resultado é a falta de apetite e o aparecimento de gastrites e úlceras.

O álcool (não) é um medicamento ...

O álcool é exactamente o contrário de um medicamento, porque provoca apenas uma excitação e anestesia passageiras que podem «abafar», durante algum tempo, dores ou sensação de mal-estar, acabando por ter consequências ainda mais graves.

EFEITO «PROTECTOR» DO CONSUMO DO ÁLCOOL...

A este propósito falou-se muito do chamado «paradoxo francês» (mortalidade mais baixa por doenças cardiovasculares em França relacionável com os hábitos de consumo de vinho), havendo muitos estudos a favor do efeito coronárioprotector do consumo de álcool.

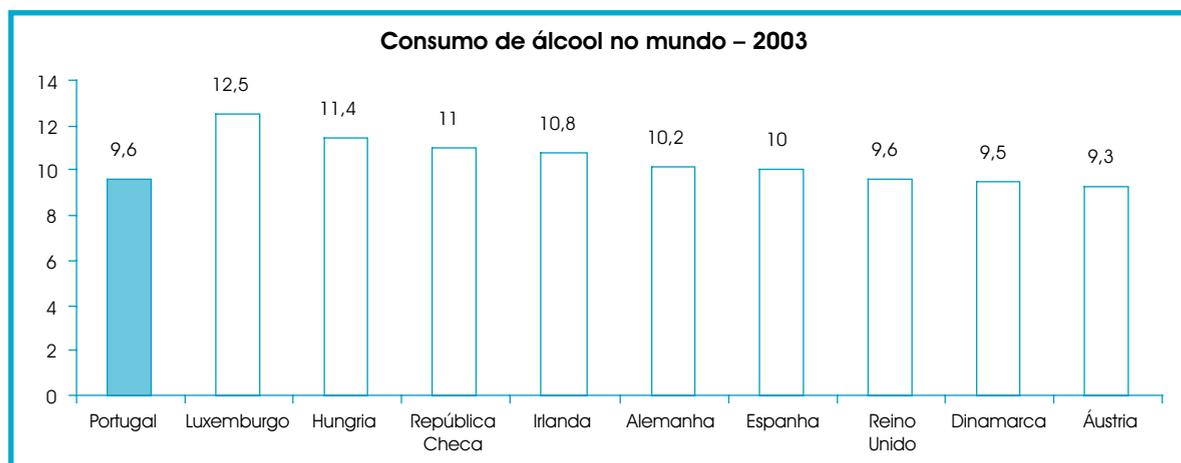
Refere-se que o risco de mortalidade por doença coronária parece ser mais importante para os abstinentes e grandes consumidores de álcool (*curva de risco em J*). Tais factos parecem dever-se principalmente a um aumento da síntese do colesterol HDL (embora exista um aumento de todas as fracções, incluindo as não protectoras), tendo sido evocados, para o vinho, um efeito antiagregante e um efeito antiateromatoso próprio dos flavonóides (existentes em muitos outros produtos, nomeadamente no chá e em muitos frutos), ou seja, poderia ter uma acção preventiva da aterosclerose. Segundo os últimos estudos de meta-análise, esta relação é actualmente discutível e a causalidade não está ainda estabelecida.

Neste contexto, recomendar à população o consumo regular e moderado de álcool implica vários e importantes riscos, tais como:

- caucionar a utilização de álcool até aí considerado uma substância inútil em termos médicos, enquanto produto com potencialidade preventiva, com o risco de virem a surgir complicações;
- a mensagem veiculada não entra em conta com a noção de dose. Na realidade, os diferentes estudos, se são a favor de uma dose limite coronárioprotectora, propõem valores variáveis que vão de 5 a 10 gramas até mais de 60 gramas diários; ora, a partir de 20 gramas, outros riscos, nomeadamente hepáticos, na mulher, aumentam de forma significativa e, acima de 30 gramas, a mortalidade geral por cancro, as doenças neuro-psiquiátricas ou os acidentes aumentam, compensando, acima de 45 gramas, a mortalidade coronária; o consumo de álcool não reduz, mas pelo contrário, aumenta, a mortalidade global da população.

PRODUÇÃO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Portugal apresenta, nestes últimos anos, um consumo *per capita* dos mais elevados do mundo, tendo-se situado em 2003, com 9,6 L de álcool puro, no 6.º lugar europeu e mundial, (ex aequo com o Reino Unido) sendo o 1.º o Luxemburgo seguido, respectivamente, pela Hungria, República Checa, Irlanda, Alemanha, Espanha, Dinamarca e Áustria, integrando a região do mundo onde se bebe mais álcool.



Fonte: World Drink Trends 2005

Em relação ao **vinho**, Portugal apresenta-se no 3.º lugar mundial com um consumo de 42 L por habitante representando no entanto este valor um decréscimo de 42% de 1970 a 2003 (de 72,5 L para 42 L) .

De acordo com os dados relativos à **cerveja**, Portugal situa-se em 23.º lugar com um consumo de 58,7 litros *per capita* , o que significa um aumento de 341% em relação aos dados de 1970 (de 13,3 L para 58,7 L).

O consumo de **bebidas destiladas** situou-se no ano de 2003, em 1,4 L de etanol o que representa um aumento de 180% em relação a 1970 (de 0,5 L para 1,4 L).

É de salientar que a capitação de vinho se encontra subestimada, em virtude de uma parte substancial da sua produção não ser declarada, já que se calcula existirem tantos

produtores que oficializam a sua produção de vinho como os que não apresentam a respectiva declaração.

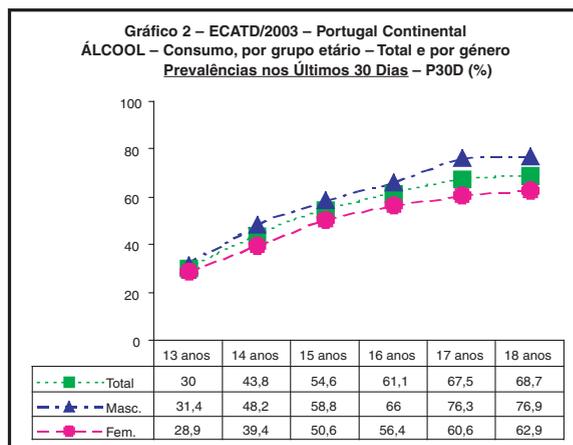
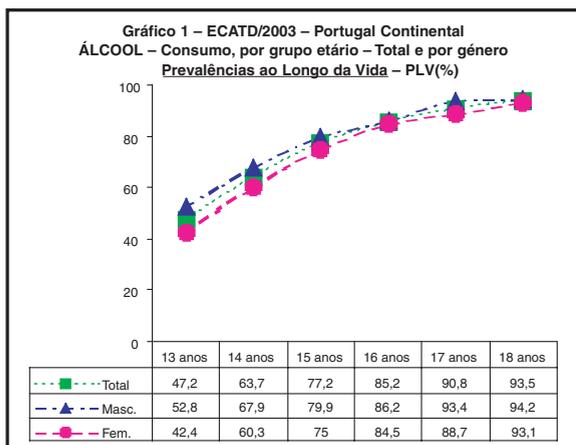
Algo semelhante se passa no que respeita às bebidas destiladas, já que o valor de 1,4 L de etanol é um valor aproximado e provisório desde há vários anos e não contempla parte da importação das «novas bebidas alcoólicas», bem presentes em todos os estabelecimentos de venda e de consumo.

Consumo de Bebidas Alcoólicas <i>per capita</i> em Portugal				
ANO	Destiladas (etanol, L)	Cerveja (L)	Vinho (L)	Total etanol (L)
1970	0,5	13,3	72,5	9,9
1980	0,9	37,9	68,7	11
1990	1,8	67,8	63,3	12,9
2003	1,40	58,7	42	9,6

Fonte: *World Drink Trends 2005*

Estamos assim sendo «colonizados» pelas novas tendências do beber e pelas novas bebidas mais actuais e internacionalmente mais aceites... É a «modernização do beber»...

Estudos recentes (ECADT, 2003) sobre o consumo de substâncias psicoactivas, lícitas e ilícitas, na população escolar do 3.º ciclo e secundário, mostram-nos a seguinte realidade, no que diz respeito ao álcool:



Em 2003, 47% dos alunos de 13 anos e 94% dos alunos de 18 anos já tinham experimentado consumir álcool, pelo menos uma vez ao longo da vida.

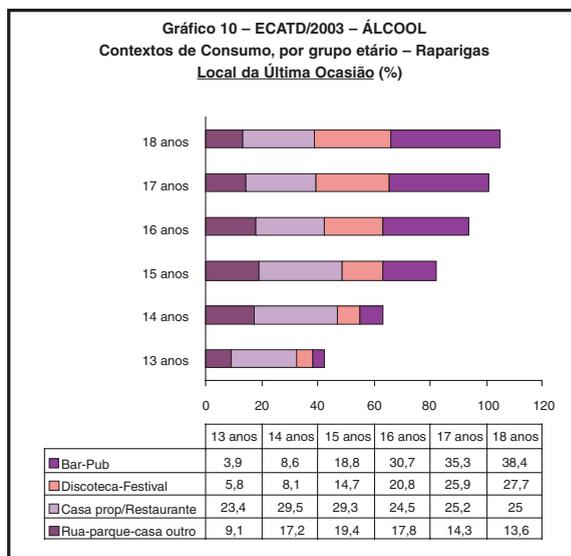
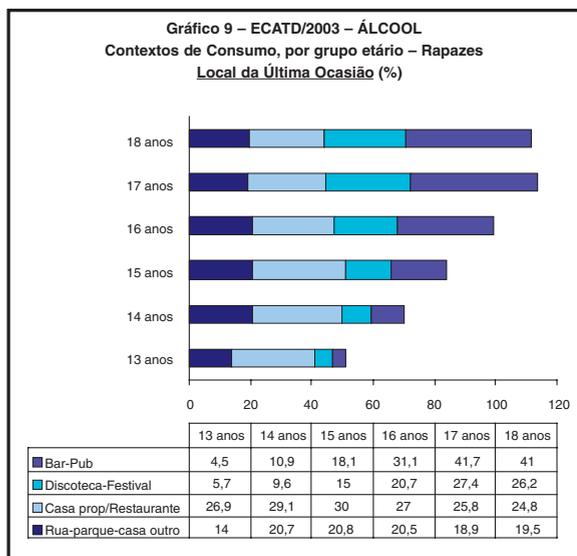
As diferenças entre as percentagens de rapazes e raparigas que já experimentaram bebidas alcoólicas são baixas, em qualquer dos grupos etários.

Cerca de 30% dos alunos de 13 anos e 69% dos alunos de 18 anos tinham consumido álcool nos 30 dias antes da realização do estudo.

As diferenças entre as percentagens de rapazes e raparigas, com consumos neste período de tempo, são menores nos alunos mais novos.

Verifica-se por estes números que o álcool é uma substância aceite e integrada culturalmente, confirmando a percepção de que o seu consumo é prática habitual e ou regular entre muitos adolescentes.

É no grupo de pares que o adolescente afirma as suas diferenças geracionais e se obriga muitas vezes a grandes exigências identificativas; sendo o grupo tão importante para o jovem, pode constituir um factor de incentivo a novas experiências de consumos e até de comportamentos desviantes. A influência dos pares faz-se sentir não só a nível informativo, constituindo uma parte do conhecimento sobre padrões, atitudes e valores, mas também normativo pela pressão exercida para que todos se comportem da mesma maneira, podendo implicar, no caso do álcool, iniciação ou agravamento dos hábitos etílicos. Isto justifica que mais de 50% dos jovens consumam preferencialmente bebidas alcoólicas nas Discotecas, Bares, Pubs, etc., como se pode ver nos gráficos seguintes:



Quanto ao «local» da «última ocasião de consumo de álcool», entre os Rapazes as percentagens dos que referiram a «própria casa ou o restaurante» (entre 25 e 30%), ou a «rua-parque-casa de outros» (entre 14 e 20%) variam pouco com a idade, mas, os «bares-pubs-discotecas-festivais música», aos 13 anos são indicados por apenas 10% dos rapazes, e aos 18 anos por 67%.

Quanto ao «local» da «última ocasião de consumo de álcool» das Raparigas, a situação é idêntica à dos rapazes em todos os casos: «própria casa ou o restaurante» (entre 23 e 30%), «rua-parque-casa de outros» (entre 9 e 19%), e «bares-pubs-discotecas-festivais música», que aos 13 anos são indicados por 10% das raparigas e, aos 18 anos, por 66%.

Constata-se pois que os jovens, sobretudo a partir dos 15, 16 anos, bebem essencialmente em contextos recreativos da noite, em que a diversão está muito associada ao álcool.

O consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens não pode ser desenhado do consumo efectuado pela família e pela sociedade em geral, nomeadamente pelos adultos. Estes são, sem sombra de dúvida, as primeiras referências e modelos nos padrões de consumo de bebidas alcoólicas numa cultura como a nossa.

Se quiser aprofundar as informações do estudo citado – ECATD/2003 – pode consultar a página www.idt.pt.

Alguns gráficos podem constituir matéria para trabalho em diversas áreas curriculares, promovendo a reflexão e o debate.

É ainda de referir que a precocidade do consumo, bem como o aumento verificado na mulher jovem, pode ser determinante para o acréscimo futuro de bebedoras excessivas e doentes alcoólicas, bem como de um possível aumento do Síndrome Fetal Alcoólico e de outras perturbações devidas ao consumo de álcool durante a gravidez e a amamentação.

Aires Gameiro, ao tentar provar aos alcoólicos tratados que havia outros portugueses que também não consumiam álcool, demonstrou igualmente que a grande maioria consumia esta substância e que muitos o faziam de uma forma excessiva, justificando assim a referência a 800.000 doentes alcoólicos e 1.000.000 de bebedores excessivos no nosso país, referentes respectivamente a 10,3% e 13,7% da população com mais de 15 anos; somente 25,9% eram abstinentes e destes só 16,2% é que nunca tinham provado qualquer tipo de bebida alcoólica.

MORBIMORTALIDADE LIGADA AO ÁLCOOL

A dimensão e a gravidade dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA), correlaciona-se claramente com os níveis de consumo de bebidas alcoólicas. As repercussões do abuso do álcool no nosso país são vastas, não só na saúde global do indivíduo, mas também ao nível familiar e social.

O álcool aumenta de forma directamente proporcional o risco de acidentes e de problemas sociais: quanto mais álcool maior o risco. Segundo dados do Instituto de Medicina Legal de Coimbra, em 33% das mortes por acidentes de viação e 34% das mortes por acidentes de trabalho as alcoolémias eram positivas.

Aproveitando dados dos EUA (país com um consumo de 6,6 L de etanol *per capita* ou seja, cerca de metade do verificado em Portugal), foi possível calcular aproximadamente, e por defeito, o número provável de mortes ligadas ao álcool; assim, no nosso país e no ano de 1998, estima-se um total de 8.478 óbitos, o que coloca o álcool como a 4.ª causa de morte, logo a seguir às doenças cerebrovasculares, oncológicas e cardiovasculares, respectivamente em 1.º, 2.º e 3.º lugares.

Por último, salientamos que as repercussões familiares e sociais são altamente importantes, tanto mais que 98% dos doentes alcoólicos referem conflituosidade familiar, 76%

perturbações laborais (baixas frequentes, faltas, conflitos, diminuição de rendimento, sinistralidade,...) e 69% complicações sociais, dos quais 16,5% apresentavam problemas com a justiça.

ÁLCOOL E REPERCUSSÕES SOCIAIS

Família

Sendo a família nas sociedades modernas um grupo em constante mudança para uma melhor adaptação ao que lhe é exigido, não tem vindo a perder, contudo, o seu objectivo fundamental: satisfazer as necessidades dos seus membros, no que diz respeito à segurança, ao bem-estar físico, psicológico e social, tentando proporcionar-lhes um ambiente satisfatório e saudável, sobretudo às crianças e jovens, de modo a favorecer as condições de educação, maturação e socialização, geralmente dependentes dos seus próprios recursos afectivos e materiais.

A família do doente alcoólico é uma família doente, pelo menos emocional e afectivamente, com maior ou menor grau de impossibilidade de funcionar, de cumprir as funções essenciais, tal como Ackerman as considera, porque: «... fracassa nas funções referentes à reciprocidade de relações entre papéis familiares de prover vias de solução para o conflito, de estabelecer complementaridade eficaz, e de prover apoios aos novos níveis de identificação...». Um grupo familiar com bom nível de adequação, identifica os problemas, enfrenta-os, delimita-os e soluciona-os. A família do doente alcoólico não o faz, entrando, às vezes muito rapidamente, num processo progressivo de incapacidade e desintegração emocional, a que tantas vezes se associam as dificuldades económicas que impossibilitam a resolução de funções familiares básicas. A ruptura na comunicação é assim rapidamente estabelecida, com regressão e desintegração, agravada tantas vezes por longos anos de doença, sendo a segregação, a culpabilização e a baixa auto-estima características comuns destas famílias e destes doentes. Todos sofrem, todos esgotaram os recursos para solucionar os problemas ligados ao álcool, levando tantas vezes o doente a demitir-se do seu papel na família que acaba a maior parte das vezes por se reorganizar e reequilibrar, para poder continuar a funcionar.

São também muito frequentes os divórcios em que a causa apontada são os problemas ligados ao álcool. A relação entre a dependência alcoólica e a violência doméstica está hoje bem estabelecida: muitos conflitos violentos são precipitados pelo abuso do álcool e, nas famílias onde existe alcoolismo, as interações agressivas graves são muito frequentes.

Uma referência particular, mas breve, ao **alcoolismo feminino** a que frequentemente se junta o alcoolismo masculino: nestas famílias tudo é mais grave, quer pelas consequências directas de toxicidade do álcool na descendência, quer pelo ambiente tenso e conflituoso permanente, em que nem as necessidades básicas são cumpridas.

Por outro lado, os contactos com o álcool são muito mais frequentes nos filhos destes lares, pela maior liberdade e acessibilidade de consumo e também pelos exemplos dos pais. Há hoje também a acrescentar a tudo isto os factores genéticos, actualmente muito investigados.

Trabalho

Todos conhecemos bem as consequências da ingestão de bebidas alcoólicas no local de trabalho e há até quem as aponte como um dos maiores e mais importantes problemas médico-sociais e de saúde pública pelas consequências gravosas que a sociedade suporta.

Nas sociedades modernas, o trabalho exige cada vez maior integridade das funções neuro-motoras e intelectuais e, quando estas falham, a probabilidade de acidentabilidade aumenta. Deste modo, poder-se-á afirmar que o álcool é sempre factor de risco para os trabalhadores, para os seus pares e também para o desempenho da actividade profissional.

Ele é sempre agente perturbador, por intervenção directa na área das atitudes, dos comportamentos, da percepção, da motricidade, da atenção, da criatividade e até da improvisação.

São disso demonstrativos os modernos exames psicotécnicos e laboratoriais que põem cada vez mais em evidência que até pequenas doses têm os seus efeitos negativos e que se traduzem em:

- atrasos no tempo de reacção simples a estímulos visuais, sonoros e outros;
- perturbação na percepção;
- perturbação na atenção;
- perturbação nos reflexos;
- perturbação no raciocínio;
- perda de capacidade crítica;
- indecisões e erros de decisão e às vezes até na facilitação e no gosto de correr e desafiar o risco.

Quando a ingestão da bebida alcoólica se mantém, quando as quantidades são maiores e mais frequentes, fazem muitas vezes adoecer o trabalhador tornando-o num dependente de álcool, surgindo assim perturbações mais graves e que poderão traduzir-se em:

- mudanças bruscas de comportamento (que vão desde a irritabilidade, a explosividade, a defesa, o desinteresse, etc.);
- menor aptidão para o desempenho da actividade profissional;
- desmotivação para o trabalho;
- faltas frequentes e repetidas, sobretudo à 2.ª feira;
- fadiga mais frequente e fácil;
- negligência na higiene pessoal e no vestuário;
- maior probabilidade de acidentabilidade e de maior gravidade;
- desemprego mais frequente e muitas vezes por justa causa;
- esperança de vida diminuída com uma morte prematura.

Podemos dizer que o álcool é sempre um factor de risco no trabalho com custos muito graves para toda a sociedade; deste modo sugerimos que as bebidas alcoólicas não sejam ingeridas durante as horas de trabalho, evitando-se um factor de risco que se tem

vindo a traduzir por uma acidentabilidade e um desempenho profissional menos eficiente que custam muito caro ao país.

Condução

A condução sob o efeito de álcool tem sido tema de variada e polémica legislação, havendo algum consenso em o considerar como um dos agentes que interferem na sinistralidade; contudo, os limites a partir dos quais este se torna perigoso têm sido difíceis de encontrar.

Estudos internacionais são cada vez mais unânimes em considerar o álcool não só como causa de acidente, mas também em responsabilizá-lo pela maior frequência e gravidade do mesmo.

Estudos mais recentes evidenciam que a partir de alcoolémias de 0,2 g/L já são mensuráveis algumas pequenas alterações no condutor, existindo uma recomendação da União Europeia, do início do ano de 2001, que propõe a harmonização das taxas de alcoolémia para 0,2 g/L.

Deste modo, podemos dizer que o álcool perturba a aptidão do condutor pelas alterações que causa a nível de:

- atitudes;
- comportamentos;
- reflexos;
- atenção;
- raciocínio;
- motricidade;
- percepção;
- capacidade de recolha de informação e velocidade no tratamento da mesma.

Alterações estas que tantas vezes se vão traduzir em atitudes erradas e perigosas, na euforia da velocidade, nas manobras perigosas de que são exemplo as ultrapassagens mal calculadas, a sobrestima da máquina, a que se poderão ainda juntar as interpretações erradas de uma informação sensorial recebida, as alterações do campo visual (desde o estreitamento do ângulo visual, que poderá ir até à visão em túnel, à diplopia, a alterações de visão estereoscópica), maior e mais prolongado encandeamento, deficiente coordenação de movimentos, falta de capacidade crítica, prazer de correr e desafiar o risco.

Numa perspectiva de segurança rodoviária, reconhece-se que se legislar é importante, uma educação no sentido duma condução segura e responsável é fundamental.

ÁLCOOL E BEBIDAS ALCOÓLICAS

Bebidas alcoólicas

São bebidas que contêm álcool. O álcool das bebidas alcoólicas é o álcool vulgar (da farmácia...) de nome científico álcool etílico ou etanol, líquido volátil a 78,5 °C, de sabor ardente, cheiro característico e sem valor nutritivo.

As bebidas alcoólicas incluem na sua composição diferentes teores de álcool. Podem distinguir-se dois grandes grupos, de acordo com a quantidade de álcool e o processo de fabrico.

Bebidas alcoólicas fermentadas

São obtidas a partir da fermentação de açúcares constituintes dos frutos, como por exemplo a frutose e a glicose, por acção de microorganismos chamados leveduras (fermentação). Estas bebidas podem fabricar-se a partir de frutos, cereais, grãos, tubérculos e cactos. São exemplos de bebidas fermentadas o vinho, a cerveja, a cidra, entre outras.

Bebidas alcoólicas destiladas

São obtidas da destilação do bagaço, vinho, frutos, etc., dando origem a bebidas com maior percentagem de álcool, como por exemplo a aguardente, o *whisky*, o *brandy*, a *tequilla* e outras...

A GRADUAÇÃO

A graduação de uma bebida alcoólica é o volume, em percentagem, de álcool puro por litro dessa bebida. Exprime-se em graus e varia de bebida para bebida.

Significa que 1 litro de vinho de 12.º tem 12% de álcool puro, ou seja, 12 cl ou 120 ml; 1 L de uma bebida destilada com 50º contém 50% de álcool, o que corresponde a $\frac{1}{2}$ litro de álcool puro. Pode beber-se a mesma quantidade de álcool ingerindo bebidas diferentes: existe tanto álcool em 1 L de vinho de 12º como em 2 litros de cerveja de 6º, como em $\frac{1}{4}$ L de whisky ou aguardente de 48º.

Misturando água, cola ou refrigerantes no vinho, na cerveja, ou em qualquer outra bebida alcoólica aumenta-se a quantidade de líquido, mas não se diminui a quantidade de álcool que aí se encontra.

1 L de vinho de 12º contém 96 gramas de álcool puro e 1 L de cerveja de 5º contém 40 gramas de álcool puro; sendo a densidade do álcool 0,8, o conteúdo em gramas de álcool de cada litro dessas bebidas é:

$$1 \text{ Litro de vinho de } 12^\circ \quad 120 \text{ ml álcool} \times 0,8 = 96 \text{ g}$$

$$1 \text{ Litro de cerveja de } 5^\circ \quad 50 \text{ ml álcool} \times 0,8 = 40 \text{ g}$$

Cada copo de bebida fermentada contém em média 10 g de álcool e a cada copo de bebida destilada correspondem 20 g de álcool.

Alguns destes dados podem ser utilizados, por exemplo, como exercício de cálculo em certas áreas disciplinares, nomeadamente a Matemática.

O álcool e o organismo

O etanol ou álcool etílico ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$) é uma pequena molécula extremamente solúvel na água, atravessando a barreira intestinal por difusão passiva.

Quando se consome uma bebida alcoólica, o álcool que esta contém passa em pouco tempo para o sangue: 15 a 30 minutos se ingerido fora da refeição, 30 a 60 minutos se a passagem é retardada pela presença de alimentos, isto é, durante a refeição. Através da boca e do esófago, o álcool chega ao estômago e ao intestino onde é absorvido, absorção essa que é tanto mais rápida quanto mais concentrada for a bebida em termos de conteúdo alcoólico.

O álcool é em seguida diluído na quase totalidade do compartimento hídrico, o que permite ter rapidamente um cálculo da taxa de alcoolémia conhecendo-se o peso do indivíduo, sabendo que o volume de água do organismo representa cerca de 70% do peso do homem e 60% da mulher.

O álcool é transportado pelo sangue até ao fígado, onde inicia a sua lenta degradação. É sangue contendo álcool que prossegue na circulação atingindo o coração, os pulmões, o cérebro, os rins, os membros, bem como todas as restantes partes do corpo.

A metabolização («queima») do álcool faz-se principalmente no fígado (95%), sendo o restante eliminado pelos pulmões (ar expirado), rins (urina) e pele (transpiração). Apesar de a maior parte do álcool ser «queimado» no fígado, este órgão não tem capacidade para destruir toda e qualquer quantidade de álcool.

O álcool é catabolizado em duas etapas: transformação do álcool em acetaldeído, muito tóxico, e de seguida degradação do acetaldeído em acetato, utilizado em diferentes metabolismos.

Alcoolémia

A taxa de alcoolémia é a quantidade de álcool existente no sangue de um indivíduo em determinado momento e expressa-se em gramas de álcool por litro de sangue. Assim, quando se fala de uma alcoolémia de 0,5 g/L é o mesmo que dizer que existem 0,5 g de álcool em cada litro de sangue. Esta taxa é muito facilmente atingida, por exemplo, após a ingestão de 2 copos de vinho ou ½ litro de cerveja (ver Quadro I).

A presença de álcool no sangue é a indicação de que o álcool se espalhou por todo o corpo, e particularmente nos órgãos mais abundantemente irrigados como o fígado, os pulmões e o cérebro. A alcoolemia depende de numerosos factores e varia não só em função da quantidade ingerida mas também do grau alcoólico da bebida – uma bebida rica em álcool provoca alcoolemias superiores a uma bebida com baixo teor alcoólico; em função do momento de absorção – para a mesma quantidade de álcool a alcoolemia é cerca de $\frac{1}{3}$ mais elevada quando é ingerido em jejum; em função do ritmo de absorção – o consumo rápido e maciço acelera o aumento da alcoolemia; segundo os indivíduos – a susceptibilidade individual intervém e uma mesma dose não tem o mesmo efeito sobre todos os indivíduos; a alcoolemia é tanto mais elevada quanto menor é o peso da pessoa; a mulher, por motivo de diferenças morfofisiológicas entre homens e mulheres²⁷, é mais sensível ao álcool do que o homem (ver Quadro I); o estado geral, a fadiga e as doenças também interferem com a alcoolemia. Esta sobe à medida que aumenta a absorção a nível digestivo, por outro lado diminui lentamente de acordo com a degradação do álcool pelo fígado. Ao contrário dos nutrientes, o álcool não pode ser armazenado, sendo destruído nas horas seguintes à sua ingestão.

Taxa de alcoolemia (g/l) (em jejum) = volume de álcool em gramas / peso em Kg X 0,7 para o homem ou 0,6 para a mulher.

Taxa de alcoolemia (g/l) (à refeição) = volume de álcool em gramas / peso em Kg X 1,1 tanto para o homem como para a mulher.

²⁷ Com a mesma quantidade de álcool ingerida, o seu efeito na mulher é mais grave, porque no sexo feminino há menos água no organismo e portanto verifica-se uma maior concentração de álcool.



Quadro I

CÁLCULO PROVÁVEL DA ALCOOLÉMIA

	HOMENS						MULHERES					
	Jejum			Refeição			Jejum			Refeição		
Peso (Kg)	65	75	85	65	75	85	45	55	65	45	55	65
1 Cerveja (5°) (0,33 cl)	0,26	0,22	0,20	0,16	0,14	0,12	0,44	0,36	0,30	0,24	0,19	0,16
Vinho (11°) (½ L)	0,96	0,83	0,73	0,61	0,53	0,47	1,6	1,3	1,1	0,88	0,72	0,61
Aguardente (40°) (1 cálice)	0,35	0,30	0,26	0,22	0,19	0,17	0,59	0,48	0,41	0,32	0,26	0,22
Whisky (45°) (1 copo)	0,39	0,34	0,30	0,25	0,21	0,19	0,66	0,54	0,46	0,36	0,29	0,25
Aperitivo (20°) (1 cálice)	0,17	0,15	0,13	0,11	0,09	0,08	0,29	0,24	0,20	0,16	0,13	0,11



Quadro II

O ÁLCOOL – UM RISCO NA CONDUÇÃO E NO TRABALHO

ALCOOLÉMIA (g/L)	0 a 0,5	0,5 a 0,8	0,8 a 1,5	1,5 a 3	3 a 5	> 5
EFEITOS	Pouco aparentes – alteração da visão estereoscópica, erros no cálculo das distâncias, perturbações da adaptação à luz, dificuldades de concentração.	Excitação ligeira, alterações motoras, atraso nos tempos de reacção, vigilância diminuída.	Reflexos progressivamente modificados, excitação psicomotora, comportamentos alterados.	Perturbações da marcha e da linguagem, visão dupla, embriaguez evidente.	Embriaguez profunda, anestesia pré-coma.	Coma, podendo levar à morte.
	ZONA DE ALARME		ZONA TÓXICA			ZONA MORTAL

(Adap. CNCDA-Par)

Estes dois quadros podem permitir um trabalho não só ao nível da leitura, análise e cálculo dos dados, mas também uma discussão/reflexão sobre diversos aspectos relacionados com a problemática do consumo do álcool.

Alcoolismo Agudo/Embriaguez

Numa ingestão única de grande quantidade de bebidas alcoólicas, por exemplo, num dia, os efeitos do álcool dependem da sua concentração no sangue do indivíduo e da consequente acção sobre o sistema nervoso central e os outros órgãos.

Podem constituir efeitos imediatos da intoxicação aguda ou embriaguez várias perturbações físicas e mentais, tais como: excitação psíquica, euforia, diminuição da atenção e ansiedade, podendo evoluir para falta de capacidade crítica, alterações da coordenação motora e do equilíbrio e posteriormente náuseas, vómitos, taquicardia, confusão, sono profundo, coma e eventualmente a morte.

A alcoolização aguda perturba certos processos mnésicos: a memória imediata é normalmente respeitada mas os processos de aprendizagem são perturbados pela alcoolização (interferências); na sua forma máxima existe a ausência de traço mnésico – é o clássico «buraco negro» (*blackout*).

A alcoolização crónica provoca alterações várias a nível de memória de curto prazo; capacidade de abstracção; atenção e concentração; funções visiomotoras; estratégias (conclusões demasiado prematuras, perseverança na utilização de estratégias ineficazes); flexibilidade intelectual (dificuldade de adaptar o comportamento ou de conceptualizar uma nova situação); daqui resulta um perfil do tipo frontal, sendo estas alterações influenciadas pela idade, a quantidade de álcool consumido por episódio de alcoolização (e não a duração da alcoolização), a ansiedade.

Após a abstinência, a regressão é mais ou menos rápida segundo as funções em causa: 1 a 2 semanas para a aprendizagem verbal ou motora, vários meses (ou até anos) para a memória.

Regras da moderação

Devem dizer NÃO às bebidas alcoólicas:

- crianças e jovens até aos 18 anos de idade;
- mulheres grávidas e a amamentar;
- pessoas durante o trabalho e a condução rodoviária;
- doentes alcoólicos tratados.

Poderão consumir bebidas alcoólicas:

- indivíduos adultos saudáveis que poderão fazê-lo em doses moderadas; a ingestão de bebidas alcoólicas destiladas deve ser uma situação excepcional.
- o adulto não deve ultrapassar $\frac{1}{4}$ de litro de vinho ou duas cervejas repartidas pelas duas principais refeições; a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera consumos sem risco os que se situam abaixo de 20 g de álcool por dia.

ÁLCOOL E SEXO

Perturbações da libido

Pelos efeitos de desinibição e alteração de comportamentos o álcool pode funcionar como *desinibidor social*, facilitando o envolvimento e relacionamento amorosos e afetivos que poderão preceder o acto sexual, aumentando o desejo, mas perturbando o desempenho sexual (o que aliás William Shakespeare já reconhecia na sua obra *Hamlet*).

De salientar, igualmente, o papel do álcool como factor propiciador de comportamentos sexuais de risco, e dos vários problemas daí decorrentes como gravidezes indesejadas e contágio de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), com relevo especial para os vírus de hepatite B e C e o VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana).

ÁLCOOL E GRAVIDEZ

Relativamente ao modo como é encarado o consumo do álcool pela mulher por ocasião da concepção, é francamente contrastante a posição habitualmente despreocupada e permissiva da população geral e as numerosas preocupações e medidas de carácter preventivo que, desde tempos imemoriais, associam o álcool a efeitos nocivos sobre a criança que está para nascer.

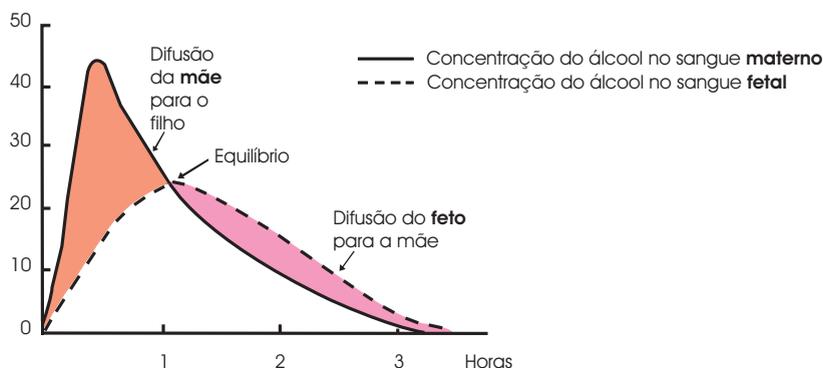
Assim, nas cidades-estado antigas de Cartago e Esparta existiam leis que proibiam o uso de álcool aos jovens casais. O Antigo Testamento propunha a abstinência de bebidas alcoólicas durante a gravidez. Aristóteles relacionava mães alcoólicas com crianças apáticas. Na Inglaterra do séc. XVIII o Colégio dos Médicos recomenda ao Parlamento o controle do comércio de bebidas destiladas. De todos estes testemunhos até aos trabalhos pioneiros de Sullivan, no século passado, em mulheres alcoólicas da prisão de Liverpool, até à definição de Síndrome Fetal Alcoólico por Lemoine (1968), Jones e Smith (1973), longo tem sido o caminho percorrido por esta problemática, que se encontra actualmente a ser objecto de grande investigação e a ser tema fundamental de programas de prevenção.

CINÉTICA DO ÁLCOOL NA CIRCULAÇÃO MATERNO-FETAL

Circulação sanguínea materno-fetal (esquema)

O etanol atravessa livremente a membrana placentar uma vez que, tal como o acetaldeído, as suas moléculas são pequenas e rapidamente solúveis nos lípidos e na água, sendo a barreira placentar impermeável a macro moléculas; eis porque a difusão do álcool se faz facilmente e em dependência somente do fluxo sanguíneo placentar, segundo um gradiente de concentração.

Os mecanismos patogénicos pelos quais o álcool actua a nível do feto estão ainda a ser objecto de investigação; sabe-se no entanto, já, o modo como o etanol alcança os tecidos fetais e a dinâmica das trocas sanguíneas entre a mãe e o feto, relativamente às concentrações do álcool.



No âmbito desta problemática, este gráfico pode ser utilizado para analisar e interpretar a evidência científica através da técnica gráfica.

Cinética da concentração do álcool no sangue materno-fetal

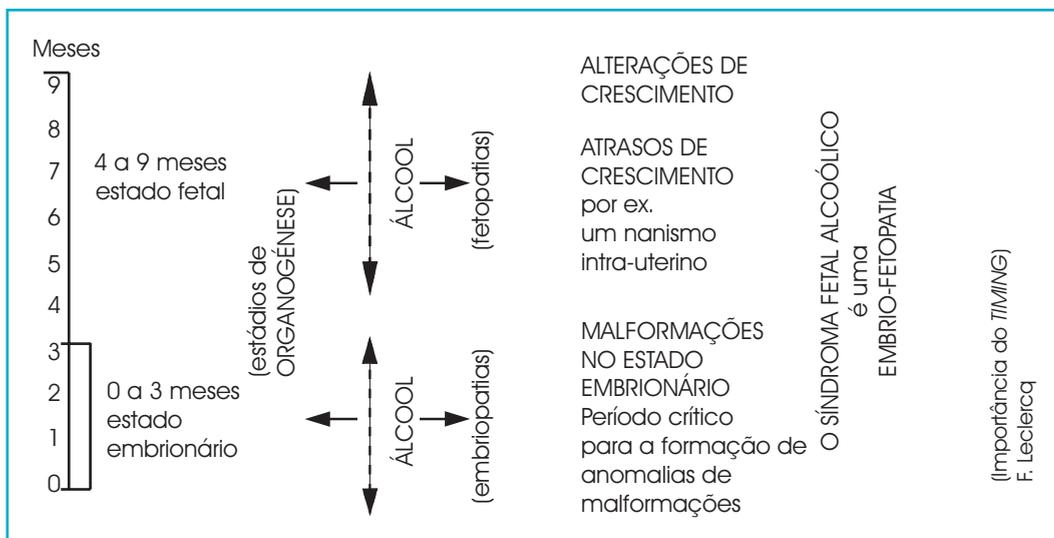
Assim, seguindo a dinâmica relativa à ingestão de uma única dose de álcool, verificamos que a concentração de etanol no sangue da mãe subirá rapidamente, enquanto no feto a concentração máxima terá lugar algum tempo mais tarde, nunca atingindo valores tão elevados.

Como a mãe metaboliza o álcool, a concentração deste no sangue irá descendo; em virtude do feto não ser capaz de metabolizar o etanol (já que as suas células hepáticas não fabricam ainda ADH²⁸), a concentração do álcool no sangue fetal manter-se-á elevada durante mais tempo, até que a concentração do etanol no sangue da mãe seja inferior.

Então o álcool difundir-se-á em sentido inverso, ou seja da circulação fetal para a circulação materna.

Os efeitos na gravidez dependem ainda da exposição ao álcool ser feita durante a fase embrionária com consequências do tipo malformações, ou durante a fase fetal com alterações do crescimento e do desenvolvimento.

²⁸ ADH: álcool desidrogenase. No indivíduo normal, o álcool (etanol) é oxidado em acetaldeído e, em seguida, em acetato. Esta reacção é catalizada por uma enzima chamada ADH. No alcoólico, a actividade da ADH pode estar bloqueada; no feto, o fígado ainda não fabrica ADH, daí a gravidade da situação.



Efeito do álcool no decurso da gravidez

Os Efeitos do Álcool sobre o Feto (EAF) são definidos como «todas as condições consideradas como sendo secundárias à exposição ao álcool e seus derivados/*in utero*». Assim, tem sido referido como consequência da acção do álcool no feto, o aumento da frequência de situações patológicas variadas que vão desde o aborto espontâneo (mais frequente no 2.º trimestre da gravidez), a mortes fetais, partos prematuros, mortalidade perinatal, diminuição dos índices de Apgar, malformações várias, Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU), atraso do desenvolvimento psico-motor, défice mental ($QI < 70$), hiperactividade, perturbação do sono, dificuldades de aprendizagem.

Correntemente há grande discórdia acerca da dose «segura» de álcool a poder ser usada durante a gravidez, o que não impede a maioria dos autores de relacionar, muito concretamente, o aumento do risco de desenvolvimento fetal anormal com o consumo crescente de álcool.

Para a OMS são considerados consumos sem risco os inferiores a 16 gr de álcool por semana (1-2 bebidas por semana); no entanto, teratologistas americanos consideram não haver nenhuma dose segura para todos os embriões e fetos em desenvolvimento, pelo que deverá ser recomendada abstinência alcoólica total durante toda a gravidez.

PREVENÇÃO

A diminuição deste problema passa não só pela integração de medidas legislativas, visando a redução da oferta, mas também pela integração de medidas estratégicas (educativas e preventivas) de redução da procura, num contexto simultaneamente global e multisectorial.

São evidentes os benefícios para a comunidade decorrentes do controlo e da prevenção dos PLA, passando pela redução de gastos no tratamento dos doentes alcoólicos e suas complicações, na redução do absentismo e dos acidentes, até ao melhor rendimento laboral, à diminuição dos problemas familiares e à redução da criminalidade.

Por maior que seja a sua dimensão e a gravidade, os PLA não devem ser considerados como uma fatalidade sem controlo; pelo contrário, estes problemas podem ser reduzidos e modificados por políticas adequadas.

Anonimamente ou de forma institucional, no dia-a-dia da nossa actividade ou integrando grupos de pressão, todos temos o dever de assumir as nossas responsabilidades e contribuir, enquanto cidadãos conscientes, para a mudança necessária e imprescindível.

Neste sentido, faremos referência a alguns documentos que definem um conjunto de políticas, medidas e orientações que visam reduzir a dimensão e minimizar os efeitos negativos associados a esta problemática.

CARTA EUROPEIA SOBRE O ÁLCOOL

Princípios e objectivos éticos

Para reforçar o Plano Europeu contra o Alcoolismo, a Conferência de Paris pede, a todos os Estados-Membros, a elaboração de políticas de luta contra o alcoolismo e a execução de programas que expressem os princípios éticos seguidamente referidos, tendo em conta a situação social, jurídica e económica do contexto cultural de cada país. O documento não confere direitos jurídicos, mas afirma que:



Todas as pessoas têm direito a uma vida familiar, social e profissional ao abrigo de actos de violência e outras consequências nefastas, decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas.



Todas as pessoas têm o direito, desde um estado precoce da sua existência, a uma informação e educação objectivas e fiáveis sobre os efeitos do álcool e suas consequências para a saúde, família e sociedade em geral.



Todas as crianças e adolescentes têm o direito de crescer num ambiente protegido, ao abrigo das consequências negativas do consumo de álcool e, na medida do possível, da publicidade e promoção de bebidas alcoólicas.



Todas as pessoas com hábitos de consumo perigoso ou nocivo de álcool, bem como os seus familiares, têm direito a tratamento e cuidados clínicos acessíveis.



Todas as pessoas que não desejem consumir bebidas alcoólicas ou que não o possam fazer por motivos de saúde ou outros, têm o direito de serem protegidas de pressões e incitamentos ao consumo e apoiadas no seu comportamento abstencionista.

Dez estratégias na luta contra o álcool

As pesquisas efectuadas e os sucessos obtidos noutros países mostram que podem ser retirados benefícios significativos para a economia e a saúde na União Europeia, caso venham a ser implementadas as dez estratégias de promoção da saúde e de luta contra o alcoolismo, inspiradas nos princípios éticos acima referidos e adequados às diferenças culturais, sociais e económicas de cada Estado-Membro, que se seguem:



Informar as pessoas sobre as consequências do consumo de bebidas alcoólicas, na saúde, na família e na sociedade, e sobre as medidas eficazes que podem ser tomadas para prevenir e minimizar os danos, desenvolvendo programas educativos desde a infância.²⁹

²⁹ Refira-se, uma vez mais, que esta temática integra já o *Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências Essenciais*.

- Promover ambientes públicos e privados protegidos de acidentes, violência e outras consequências negativas do consumo de bebidas alcoólicas.
- Promulgar e reforçar leis que desencorajem, com eficácia, a condução sob o efeito do álcool.
- Promover a saúde através do **controlo da venda**³⁰, designadamente aos jovens, e influenciar o preço das bebidas alcoólicas, por exemplo por taxaço.
- Desenvolver um forte **controlo sobre a publicidade**, directa ou indirecta, de bebidas alcoólicas, assegurando que nenhuma forma de publicidade³¹ seja dirigida especialmente aos jovens, nomeadamente pela ligação do álcool com acontecimentos desportivos.
- Assegurar, às pessoas com um consumo perigoso e inadequado de álcool e aos seus familiares, o acesso a serviços de tratamento e reabilitação eficazes, com pessoal preparado.
- Acentuar as responsabilidades legais e éticas das pessoas que estão envolvidas na publicidade ou que servem bebidas alcoólicas, assegurar um forte controlo da segurança do produto e desenvolver medidas adequadas contra a produção e venda ilícitas.
- Evidenciar a capacidade da sociedade para lidar com o alcoolismo, através da formação de profissionais em diferentes sectores, como a saúde, a segurança social, a educação e o sistema judicial, juntamente com o reforço do desenvolvimento da comunidade e da liderança.
- Apoiar organizações não governamentais e movimentos de auto-ajuda que promovam estilos de vida saudáveis, especialmente no que se refere à redução dos danos provocados pelo álcool.

³⁰ Saliente-se que o Dec.º-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro (nos seus artigos 2.º, 4.º, 9.º 10.º e 13.º), estabelece as restrições à venda e ao consumo de bebidas alcoólicas.

³¹ Relativamente à publicidade ao álcool, o Dec.º Lei n.º 332/2001, de 24 de Dezembro, estabelece uma nova alteração ao código da publicidade, nomeadamente no seu artigo 17.º

- Formular programas-tipo sobre o consumo de bebidas alcoólicas, tendo em consideração a presente Carta Europeia sobre o Álcool: especificar objectivos claros e indicadores de resultados; desenvolver a monitorização e assegurar a renovação de programas, baseada na avaliação.

Em contexto de sala de aula, a informação contida nestes dois documentos pode ser utilizada para promover espaços de debate e reflexão crítica sobre as estratégias propostas, tendo em vista a construção interactiva de saberes sobre esta temática/problemática.

Em Portugal, foi aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 de Novembro, o Plano de Acção contra o Alcoolismo, cujo objectivo geral é *a luta ou combate contra o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, embora também envolva componentes de estudo ou investigação do fenómeno do álcool e do seu consumo, numa perspectiva epidemiológica e de promoção e educação para a saúde.*³²

³² Neste documento, no capítulo II «Orientações de actuação e medidas a tomar», destacaríamos o ponto I «Promoção e educação para a saúde».

PREVENÇÃO DO CONSUMO de SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

Paula Marques³³



ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL

A problemática da luta contra a droga e a toxicod dependência é um fenómeno complexo, multifacetado e de dimensão mundial. A comunidade internacional procura concertar esforços no sentido de minorar a criminalidade, os riscos sociais e em matéria de saúde, decorrentes deste fenómeno.

Esta estratégia internacional é enquadrada juridicamente por três Convenções das Nações Unidas³⁴, que impõem aos Estados um conjunto de obrigações em matéria de luta contra a droga.

Ao nível da União Europeia, a resposta a este fenómeno tem consistido, desde os anos 90, no desenvolvimento de estratégias de luta contra a droga e na elaboração de planos de acção com vista à sua implementação. A actual Estratégia de Luta contra a Droga abrange o período de 2005 a 2012 e concentra-se em dois domínios de acção: a redução da procura e a redução da oferta e, em dois temas transversais, a cooperação internacional e a investigação, informação e avaliação. A Estratégia é operacionalizada por dois planos³⁵, que descrevem intervenções e acções específicas, devidamente calendarizadas.

³³ Psicóloga Clínica. Directora do Departamento de Prevenção do Instituto da Droga e da Toxicod dependência. Co-autores: Ana Trigo da Roza, Alcina Ló, Fernanda Feijão, Paula Graça, Paula Frango, Mário Martins e Patrícia Pissarra.

³⁴ A *Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961*, modificada pelo Protocolo de 1972, a *Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971* e a *Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, de 1988*.

³⁵ *Plano de Acção da UE em matéria de Luta contra a Droga 2005-2008* (aprovado em Junho de 2005) e *Plano de Acção da UE em matéria de Luta contra a Droga 2009-2012*.

Ainda ao nível europeu, é de referir a existência de uma agência descentralizada da União Europeia – o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT)³⁶ – que é o ponto de referência central para a informação sobre droga na União Europeia. Criado em 1993, com sede em Lisboa, tem como função fornecer informação objectiva, fiável e comparável sobre a droga, a toxicodependência e as suas consequências à União Europeia e aos seus Estados-Membros. O OEDT tem à sua disposição a Rede Europeia de Informação sobre a Droga e a Toxicodependência (REITOX) que é constituída por um ponto focal em cada Estado-Membro. O ponto focal nacional português é o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

LUTA CONTRA A DROGA: ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO

Em Portugal, a estrutura de coordenação do combate à droga e à toxicodependência está assente em quatro pilares, como dispõe o Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de Janeiro:

- Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência;
- Membro do Governo responsável do Combate à Droga e à Toxicodependência;
- Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência
- Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência.

O Ministro da Saúde é o **membro do Governo responsável** pela coordenação do combate à droga e à toxicodependência, e ao Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência, por inerência o Presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência, compete garantir uma eficaz coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos no combate à droga e à toxicodependência.

³⁶ Consultar página www.emcdda.europa.eu

Em 2006, na sequência da iniciativa coordenada pelo Coordenador Nacional, foram publicados o *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências* e o *Plano de Acção contra as Drogas e as Toxicodependências – Horizonte 2008*³⁷,

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA (IDT)

A missão do IDT é promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências.

O IDT desenvolve uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicodependência alicerçada na prevenção dos consumos, tratamento e redução de riscos e minimização de danos e reinserção social. Assegura, ainda, de forma transversal o funcionamento do sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência, promove e estimula a investigação do fenómeno, apoia a formação dos profissionais que intervêm neste domínio. Apoia, também, o funcionamento das comissões para a dissuasão da toxicodependência, assegura a cooperação com entidades externas e estuda e propõe medidas legislativas e administrativas neste domínio, acompanhando a sua aplicação. O IDT, em colaboração com outras entidades públicas e privadas, presta, ainda, um conjunto de serviços a um enorme leque de destinatários em espaço familiar, escolar, lazer, rua, instituições de saúde entre outras, nas várias vertentes da sua intervenção.

Estrutura orgânica actual³⁸:

O IDT tem sede em Lisboa, onde estão instalados os **Serviços Centrais** e exerce a sua actividade a nível do território continental através da **Delegações Regionais** (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Estes são serviços desconcentrados, de natureza operacional, que coordenam um conjunto de **Unidades Especializadas**.

³⁷ Documentos disponíveis para consulta na página do Instituto da Droga e da Toxicodependência – www.idt.pt.

³⁸ Para conhecer as estruturas e funções do IDT, consultar www.idt.pt.

DISSUAÇÃO

A Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, vulgarmente conhecida pela lei da descriminalização, proíbe e penaliza os consumidores de substâncias psicotrópicas ilícitas, constituindo um dos instrumentos de operacionalização dos objectivos e políticas de combate ao uso e abuso de drogas, no âmbito da redução da procura.

Chama-se «dissuasão» ao modelo teórico que sustenta a aplicação da lei da descriminalização, cujo objectivo é a promoção da saúde pública e a redução do uso e do abuso de drogas.

O paradigma da dissuasão surge a par da evolução do conceito de toxicodependência, incorporando na adaptação do quadro jurídico-normativo uma visão humanista em que a toxicodependência é considerada uma doença e os consumidores de drogas indivíduos que carecem de apoio e de tratamento.

Neste contexto, preconiza-se uma intervenção integrada junto dos indiciados consumidores em que se atende às características e necessidades individuais, às histórias de vida e de consumo.

AS COMISSÕES PARA A DISSUAÇÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA (CDT)

As Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) são as entidades competentes que operacionalizam este regime – apreciam, decidem e punem o consumo de substâncias ilícitas, nos termos previstos no Decreto-Lei 130-A/2001, de 23 de Abril.

As CDT têm como missão principal, no âmbito de cada processo de contra-ordenação, apoiar e encaminhar os consumidores com consumos problemáticos para estruturas de apoio. Desenvolvem um trabalho centrado nas necessidades do indivíduo, procurando, sem o desresponsabilizar pela prática do ilícito, intervir e adequar as medidas sancionatórias aplicadas à situação pessoal, profissional e social.

Quando as autoridades policiais identificam um consumidor de substâncias ilícitas (qualquer indivíduo a partir dos 16 anos), elaboram um auto de contra-ordenação e determinam a apresentação desse indivíduo na CDT da área de residência, onde vai ser instruído o processo de contra-ordenação e avaliado o tipo de consumo em causa.

Após o diagnóstico psicossocial, em que se avalia a situação face ao consumo do indiciado e o enquadramento sócio-familiar, o consumidor pode ser encaminhado para apoio especializado, para tratamento num CAT ou outra estrutura de saúde adequada ou pode, ainda, aplicar-se uma das sanções previstas na lei.

As características pró-ativas do modelo da dissuasão passam pela detecção precoce de consumos problemáticos de drogas e pela identificação de comportamentos disfuncionais que envolvam maiores riscos, nomeadamente de escalada de consumos ou outros, e que exijam uma intervenção mais específica, pedagógica e integrada, que contemple as dimensões da vida do indivíduo, tendo em conta os recursos disponíveis.

Aplicar este regime jurídico numa lógica de dissuasão, implica estabelecer e manter dinâmica a articulação entre parceiros que trabalham na área das toxicodependências, para que se assegure a complementaridade das intervenções de cada serviço e o conhecimento aprofundado das respostas disponíveis.



O trabalho em rede e a proximidade das estruturas que dão resposta no âmbito das toxicodependências é fundamental para a eficácia e eficiência na aplicação da lei.



A perspectiva dinâmica e sistémica, em que se alicerça a aplicação desta lei de ordenação social, traduz-se no estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento de um trabalho em rede, onde estão implicadas as valências sectoriais em funcionamento no local, com responsabilidades formal ou tacitamente atribuídas. Para o efeito, o contínuo recenseamento dos recursos locais e o trabalho em articulação surgem como um pilar de toda a acção, onde a lógica é contribuir para que cada indiciado encontre o seu próprio caminho.

Até ao final de 2006 foram instaurados cerca de 35 000 processos de contra-ordenação por consumo de substâncias psicotrópicas ilícitas. Mais de 50% dos indiciados nestes processos têm idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos, cerca de 60% são consumidores de *cannabis* e cerca de 20% de heroína. Cerca de 54% dos indiciados estão empregados ou são estudantes.

ESTUDOS EM MEIO ESCOLAR

Neste capítulo referem-se os meios mais utilizados para caracterizar o fenómeno do consumo de substâncias psicoactivas entre os adolescentes escolarizados, através da apresentação de resultados de estudos que permitem uma visão global da dimensão dos consumos de álcool e de drogas, tanto a nível europeu como a nível nacional.

O planeamento de acções eficazes no âmbito da prevenção e promoção de comportamentos saudáveis pressupõe o conhecimento quer da dimensão e características do fenómeno (doença, comportamento, ...) que se pretende modificar, quer das variáveis

que o podem influenciar significativamente, seja a nível do indivíduo, seja globalmente, na população a que os indivíduos pertencem e no ambiente em que estão inseridos.

Assim, no domínio da prevenção dos consumos de substâncias psicoactivas (tabaco, álcool, drogas, inalantes, dopantes e medicamentos), os **estudos epidemiológicos** permitem aceder a este tipo de informação. Estes estudos são feitos de modo sistemático, abrangendo em geral amostras representativas das populações que se pretende estudar sendo, frequentemente, efectuados com periodicidade mais ou menos fixa de modo a permitir a comparabilidade ao longo do tempo e entre diferentes regiões geográficas. Ao permitirem o acompanhamento da evolução do fenómeno servem de base à definição de políticas de intervenção de acordo com a situação e as características do fenómeno e contribuem para a avaliação dos efeitos das medidas que eventualmente tenham sido implementadas a nível da prevenção ou do controlo da sua difusão/expansão e para a identificação de novos factores com ele relacionados.

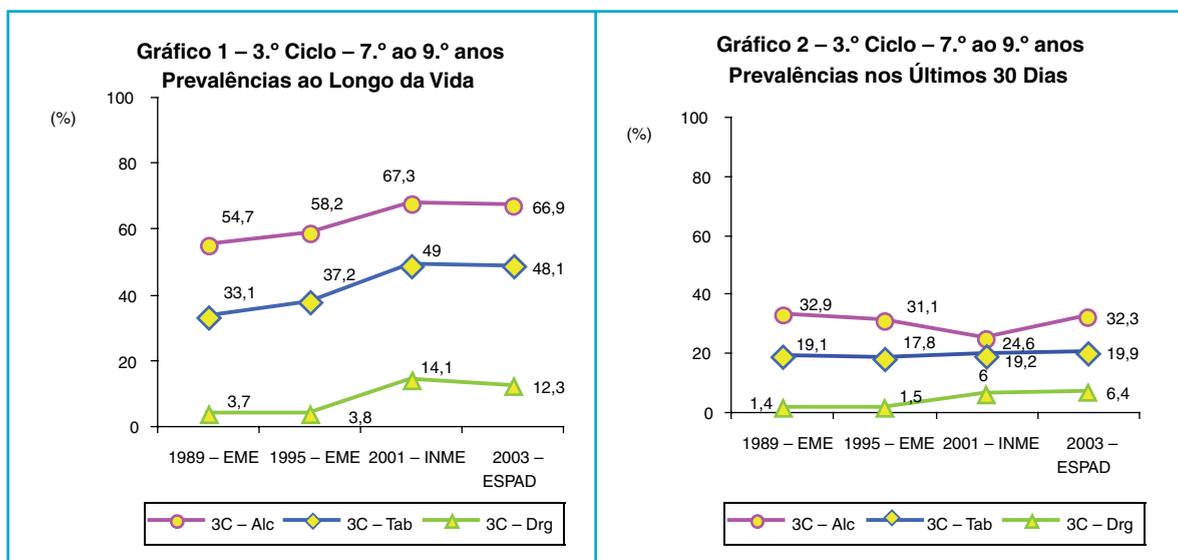
Os diagnósticos rápidos são outro dos meios de avaliação da situação, geralmente utilizados quando se quer intervir numa determinada população ou território de dimensão mais limitada. Envolvem menos recursos, são mais expeditos e os resultados podem ser trabalhados em pouco tempo. Embora sejam menos extensivos e rigorosos, quando conjugados com a informação já disponível por outros métodos, permitem caracterizar rapidamente uma situação e perceber onde, quando e como se deverá processar uma intervenção. Recorrem a instrumentos como entrevistas, observação crítica, pequenos questionários, consulta de parceiros, etc., e podem ser excelentes auxiliares de compreensão e intervenção das realidades locais. A utilização destes instrumentos exige acompanhamento técnico, bem como o cumprimento de regras específicas, nomeadamente deontológicas, para a sua aplicação.

Em Portugal, os estudos epidemiológicos sobre consumos de substâncias psicoactivas entre os adolescentes em idade escolar, iniciaram-se nos finais dos anos 80, através das instituições que precederam o actual IDT. Estes estudos foram desenvolvidos sempre com o apoio do **Ministério da Educação**.

Os gráficos que se seguem apresentam os resultados dos estudos realizados, em *amostras representativas a nível nacional*, para os alunos do 3.º Ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário, públicos desde 1989 (Rodrigues, Antunes e Mendes, 1996, 1997; Feijão e Lavado, 2003, 2004).

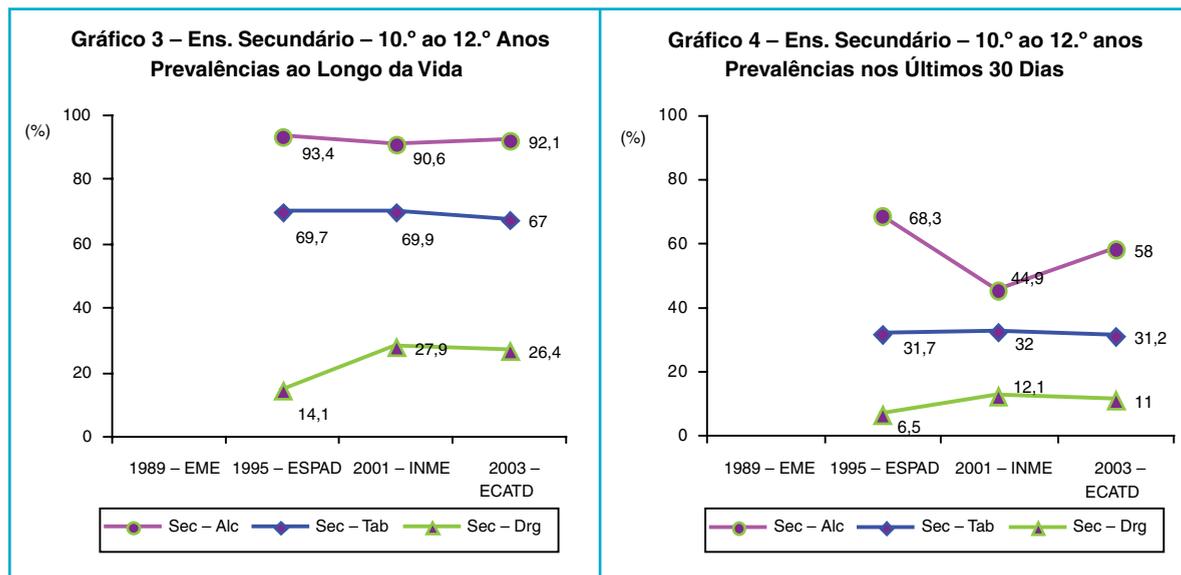
Entre os alunos mais jovens (3.º Ciclo), ao nível da experimentação (*Prevalência ao Longo da Vida*) constata-se que houve um acréscimo significativo de 1995 para 2001 relativamente aos três grupos de substâncias – álcool, tabaco e drogas –, assistindo-se depois até 2003 a uma certa estabilização. Relativamente à *Prevalência nos Últimos 30 dias*, de 1989 para 2003, houve alguma estabilidade no que se refere ao tabaco. Quanto ao álcool, após um decréscimo em 2001, as percentagens em 2003 voltaram aos valores anteriores e, quanto às drogas, verificou-se um acréscimo de 1995 para 2001 e estabilidade a partir daí (gráficos 1 e 2).

Os gráficos seguintes, podem constituir matéria para trabalho em contexto de sala de aula, ou nas diversas áreas curriculares, promovendo a reflexão e o debate.



Entre os alunos do Ensino Secundário público só há dados disponíveis a partir de 1995. Os Gráficos seguintes, 3 e 4, evidenciam, também, uma certa estabilidade quanto às percentagens de *alunos que já experimentaram* álcool e tabaco e quanto às drogas. Após um acentuado aumento de 1995 para 2001, verifica-se a mesma estabilidade. Quanto à *Prevalência de Consumo nos Últimos 30 Dias* a evolução é semelhante à já descrita para o 3.º Ciclo. Tendo o estudo de 2001 sido repetido em 2006 (recolha de dados em

Dezembro) há que esperar pelos resultados para perceber se estas evoluções se confirmam.

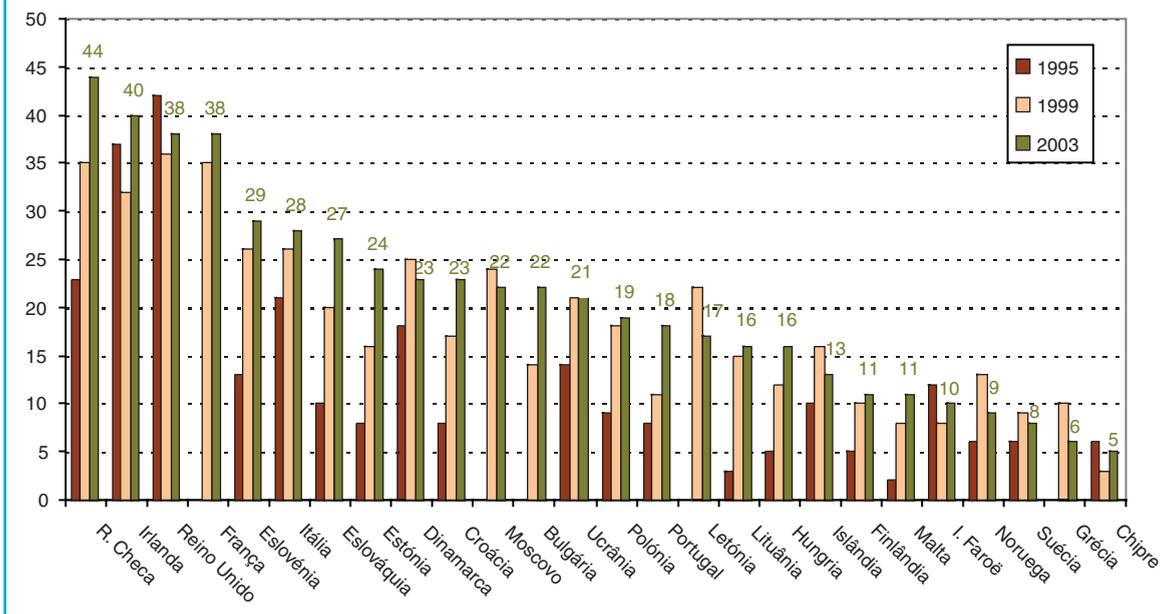


Para além da necessidade do conhecimento da realidade a nível nacional impõe-se, na sociedade global em que vivemos, o conhecimento do fenómeno nos diferentes países europeus e, globalmente, no mundo.

A nível europeu, iniciou-se em 1995 um estudo epidemiológico que tem como público-alvo os alunos que completam 16 anos no ano em que o estudo se realiza, e que decorre com a periodicidade de 4 anos (1995-1999-2003). Portugal participa desde o início neste estudo – o **ESPAD – European School Survey on Alcohol and other Drugs** (Hibell *et al.*, 1997, 2000 e 2004).

Relativamente ao consumo de drogas (qualquer droga, ou seja, *cannabis*, *ecstasy*, cocaína, anfetaminas, *LSD*, cogumelos mágicos, heroína, *GHB*, *Ketamina*) – Gráfico 6 – verifica-se que em quase todos os países houve, desde 1995, um acentuado acréscimo da percentagem de alunos de 16 anos que já tinham experimentado consumir alguma droga. Os dados de Portugal em 2003, situam-no no nível médio-baixo.

**Gráfico 6 – ESPAD/1995/1999/2003 - Alunos de 16 anos
DROGA (qualquer ilícita) – Prevalência ao Longo da Vida – PLV (%)**



Em contexto de sala de aula este gráfico pode permitir a utilização das técnicas gráficas para compreender a distribuição geográfica do fenómeno do consumo de drogas, em alguns países da Europa, e suas alterações.

Em Portugal, em 2003, o grupo-alvo do ESPAD foi alargado a todos os grupos etários dos 13 aos 18 anos e o questionário europeu, completado com outras questões de âmbito nacional, deu origem ao ECATD – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga.

Os gráficos 7 e 8 apresentam os resultados – para o total de alunos de cada grupo etário e por género – referentes às *Prevalências nos Últimos 30 Dias* dos consumos de cerveja e bebidas destiladas (Feijão e Lavado, 2006a). Constata-se claramente que, em 2003, em qualquer idade, a percentagem de consumidores de bebidas destiladas era superior à de consumidores de cerveja, o que corresponde a um novo padrão de consumo. As diferenças entre os sexos acentuam-se com a idade mas, no caso das bebidas destiladas, as diferenças são pequenas.

Gráfico 7 – ECATD/2003 – CERVEJA
Dimensão do consumo por grupo etário
Prevalências nos Últimos 30 Dias – P30D (%)

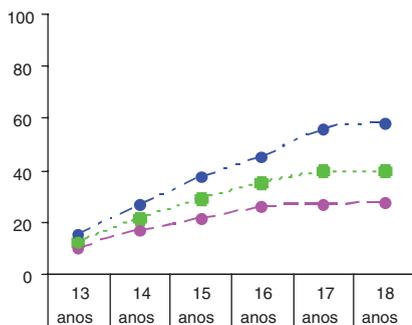
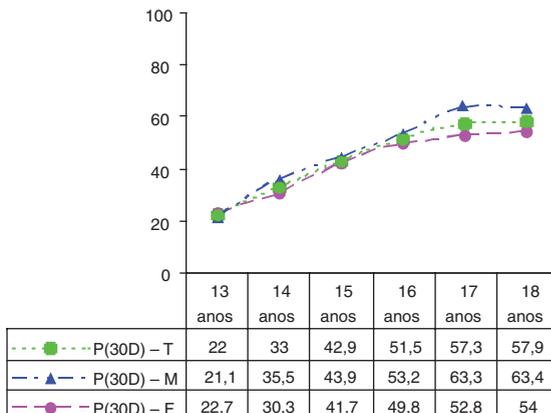
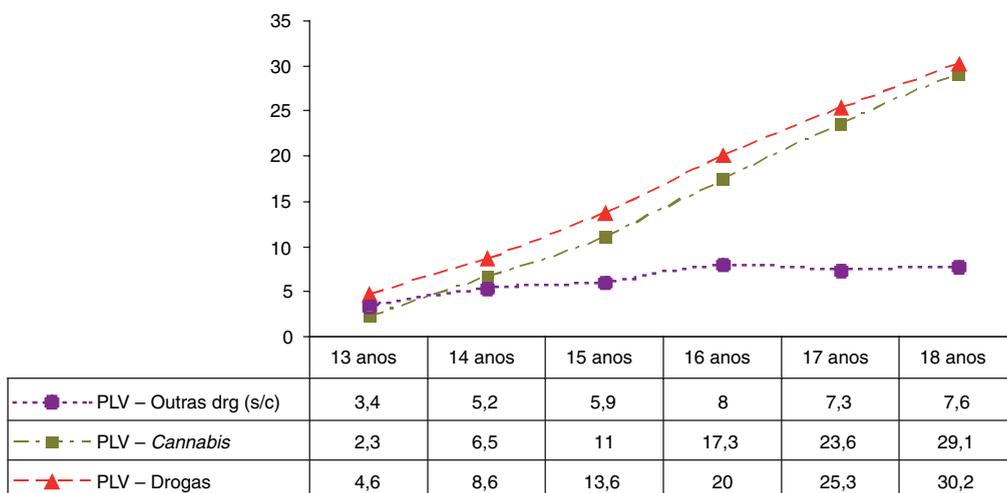


Gráfico 8 – ECATD/2003 – DESTILADAS
Dimensão do consumo por grupo etário
Prevalências nos Últimos 30 Dias – P30D (%)



O gráfico 9 apresenta os resultados do ECATD/2003 relativos à experimentação de drogas (Feijão e Lavado, 2006b) em geral e especificamente de *cannabis* e das «outras drogas» (todas, excepto a *cannabis*), por grupo etário.

GRÁFICO 9 – Prevalências ao Longo da Vida, por grupo etário (%)
Drogas, *Cannabis* e «Outras Drogas» (todas, excepto *cannabis*)



Verifica-se que a *cannabis* é a substância mais experimentada pelos alunos mais velhos, mas que entre os mais jovens (menos de 15 anos), as percentagens de consumidores das diferentes substâncias são idênticas. Os resultados do próximo estudo ECATD/2007, serão muito importantes para verificar o sentido da evolução destes consumos.

A nível mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promove a realização de um estudo sobre aspectos relacionados com a saúde dos adolescentes, o Health Behaviour in School-aged Children, (amostras representativas a nível nacional dos alunos do 6.º 8.º e 10.º anos de escolaridade do ensino público) em que se incluem algumas questões sobre consumos de substâncias psicoactivas. Portugal participa, desde 1995, através do Programa Aventura Social e Saúde, promovido pela Faculdade de Motricidade Humana.³⁹

Apresentamos a seguir os **níveis operacionais de intervenção preventiva**, os **princípios orientadores do desenho de projectos** susceptíveis de serem implementados em meio escolar e **sugestões para professores e alunos** abordarem e discutirem este tema em contexto de sala de aula ou outros.

Prevenção é um nível de intervenção técnico-científico e, em sentido geral, pode entender-se como um processo activo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando **competências pessoais e sociais**, no sentido da promoção da saúde e bem-estar das populações.

A **prevenção das toxicodependências** actua no âmbito da **redução da procura de substâncias psicoactivas – SPA**, através de um conjunto de estratégias que contribuem para a promoção dos factores protectores e para a diminuição dos factores de risco associados ao seu **uso e abuso**. Operacionaliza-se através de uma rede de **programas de intervenção** nos domínios do **indivíduo**, da **família**, da **escola** e da **comunidade**.

³⁹ Ver estudos na página www.aventurasocial.pt.

Na **compreensão da problemática** do uso e abuso de substâncias é necessário ter em conta três componentes indissociáveis:

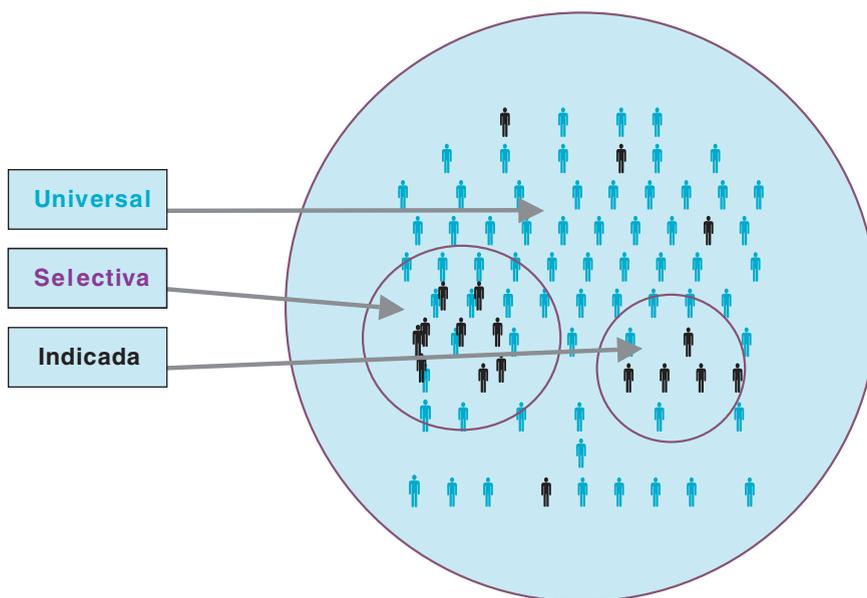
- a substância,
- o indivíduo
- e o ambiente/contexto.

De facto, o consumo problemático de substâncias psicoactivas não tem uma causalidade simples, resultando antes da interacção dinâmica das três vertentes:

- as características das diferentes substâncias;
- a personalidade e o mundo interno do indivíduo;
- o meio envolvente e os contextos em que o indivíduo se move.

É das múltiplas combinações destas três dimensões que se poderão definir os factores de risco e de protecção, associados ao comportamento de uso/abuso de substâncias psicoactivas.

Níveis Operacionais da Intervenção Preventiva



A intervenção preventiva operacionaliza-se através de três níveis de estratégias:

Prevenção Universal

É dirigida à **população em geral** ou a membros, subgrupos, de uma determinada população. Parte do pressuposto que todas as pessoas da população partilham o **mesmo risco geral**, apesar do nível do **risco variar entre os indivíduos**. O objectivo dos programas de prevenção universal é **deter ou retardar o uso e o abuso** de SPA lícitas e ilícitas.

Prevenção Selectiva

É dirigida a **subgrupos específicos** da população geral. Os programas são definidos pela avaliação do **grau de risco do grupo**, sem avaliação específica do nível de risco individual. **Os grupos de risco** são identificados em função dos factores de risco a que estão expostos e podem ser definidos pela idade, sexo, história familiar, contexto social envolvente. O objectivo dos programas de prevenção selectiva é também **deter ou retardar o uso** e o abuso de SPA lícitas e ilícitas.

Prevenção Indicada

Dirige-se a **indivíduos com comportamentos de uso** de substâncias e/ou que apresentam outros comportamentos problemáticos de dimensão subclínica. O objectivo dos programas de prevenção indicada é a **redução dos primeiros consumos**, da sua frequência, a **redução da duração** dos comportamentos de risco e o **retardar o início do abuso** e intensidade do consumo de SPA.

Quadro Síntese dos Níveis Operacionais de Intervenção preventiva

Universal	Selectiva	Indicada
População Geral	Subgrupos de indivíduos com características específicas identificadas como de risco	Indivíduos com características específicas identificadas como de risco
Não avalia o risco individual	Não avalia o risco individual mas o perfil de risco do grupo	Avaliação do risco individual
Retardar o início ou prevenir o uso/abuso	Retardar o início ou prevenir o uso/abuso	Deter o progresso do abuso e/ou problemas associados
Os participantes não são recrutados	Os participantes são recrutados	Os participantes são recrutados
Intensidade reduzida	Média intensidade	Forte intensidade
Curta/média duração	Média/longa duração	Longa duração
Menos técnicos para maior n.º de destinatários	Mais técnicos para menor n.º de destinatários	Mais técnicos para menor n.º de destinatários
Técnicos não especializados	Técnicos especializados	Técnicos especializados
Custos mais reduzidos	Custos mais elevados	Custos mais elevados

A abordagem preventiva deve ser equacionada em função das necessidades dum determinado contexto social, domínio, nível de risco e características dos destinatários, previamente diagnosticados.

Princípios de intervenção preventiva

Foi sistematizado um conjunto de **princípios para a intervenção preventiva** que podem orientar o desenho dos programas, devendo:

- ser culturalmente sensíveis;
- abranger todo o tipo de substâncias psicoactivas;
- facilitar informação sobre as consequências legais e sociais do consumo de substâncias psicoactivas;
- conter um quadro conceptual e metodológico;
- ser pró-activos;
- ser continuados e de longo prazo;
- ser compreensivos;
- ser multicomponentes e inovadores;
- adequar as estratégias de abordagem ao grupo-alvo;
- utilizar metodologias interactivas que impliquem a participação activa do grupo-alvo;
- ter equipa técnica constituída por profissionais com formação específica e experiência na área;
- ter avaliação como princípio estruturante;
- utilizar de forma adequada e eficiente o financiamento disponível.

A **comunidade escolar** é um domínio de intervenção com características e necessidades específicas.

Porquê a intervenção preventiva na escola?

- Porque é o contexto onde se continua o processo de socialização iniciado na família, constituindo-se também como um dos principais meios socializadores.
- Porque durante a idade escolar os alunos estão sujeitos a momentos de crise e mudanças que os expõem a múltiplos riscos (entre eles o consumo de drogas).

- Porque é um espaço ideal para detectar precocemente os factores de risco.
- Porque os professores, assim como outros elementos da comunidade escolar, devido à sua proximidade e função educativa, constituem-se como elementos de referência para os alunos e, nessa medida, têm um papel promotor do desenvolvimento.
- Porque a escola não é um espaço onde só se adquirem aprendizagens conceptuais, é também um lugar onde se podem efectuar aprendizagens relacionadas com a conduta social e afectiva, necessárias para lidar adequadamente com os riscos do consumo de SPA.
- Porque para concretizar estratégias de prevenção de SPA é necessário intervir multidimensionalmente, pelo que dificilmente se conseguirá intervir de forma eficaz sem que a escola se constitua como o suporte e participe através do cumprimento dos seus objectivos educativos.

Está também sistematizado um conjunto de **princípios para orientação da intervenção no domínio escolar**. Nesse sentido, os projectos devem:

- conter estratégias que potenciem o sucesso académico, o fortalecimento dos laços entre o aluno e a escola e reduzam a probabilidade de abandono e o insucesso escolar;
- envolver a família e a comunidade;
- abranger prioritariamente a faixa etária entre os 11 e os 14 anos;
- promover competências de vida pessoais e sociais;
- utilizar estratégias interactivas;
- no ensino básico devem promover aprendizagens académicas e sócio/emocionais: auto-controlo, consciência emocional, comunicação, resolução de problemas, métodos de estudo, etc;
- conter programas que promovam o aumento da participação na vida da escola (académica e social) e promovam atitudes positivas em relação aos outros, à escola e ao futuro.

A abordagem deste tema deve nortear-se pelos princípios da realidade e do pragmatismo, isto é, as SPA existem, são consumidas e temos de enfrentar o facto da sua utilização poder ser discutida, mas com a participação activa dos jovens. Os alunos têm um papel activo na análise e discussão dos temas e problemas directa ou indirectamente ligados ao fenómeno do uso/abuso de SPA.

COMO ACTUAR?

Os princípios da realidade e do pragmatismo na abordagem deste tema

A melhor maneira de saber qual a relação que os jovens têm com os consumos é através das suas próprias palavras, analisando as narrativas sobre o fenómeno. É necessário conhecer e perceber qual ou quais os significados do consumo o que só é possível através de espaços de conversa formais ou informais.

A resposta a um problema poderá ter uma forma mais estruturada, como a de metodologia de projecto. Este deve ser sempre desenhado tendo em conta as necessidades, os recursos disponíveis, as características dos grupos-alvo e a real dimensão do fenómeno.

Os jovens portugueses acompanham a tendência do mundo ocidental e, a par de outros comportamentos precoces, alguns deles começam a consumir substâncias psicoactivas cada vez mais cedo. Estes consumos ocasionais são muitas vezes encarados e percebidos pelos jovens como algo normal que faz parte integrante das suas vivências.

Muitas vezes, um determinado comportamento é visto como «normal» (no sentido normativo) porque há a percepção de que a maioria das pessoas o manifesta. Este mecanismo das «percepções normativas», deve ser trabalhado, no sentido da sua desconstrução, podendo utilizar-se os dados dos estudos epidemiológicos que contradizem esta falsa representação ou crença.

As escolas deverão ter estratégias pragmáticas, sabendo que muitos dos alunos já consumiram ou consomem substâncias legais e/ou ilegais. Escamotear este facto não contribui para que estes consumos, na sua maioria experimentais e recreativos, não se tornem problemáticos.

É importante que em cada escola, em cada turma, se tenha um conhecimento genérico no que respeita aos consumos de substâncias psicoactivas e outros comportamentos de risco de modo a intervir com estratégias adequadas à situação dos alunos face a esses comportamentos. Ou seja, grupos diferentes de alunos significam abordagens diferentes.

Assim, a intervenção poderá ser feita em termos de prevenção universal, selectiva ou indicada, isto é, dirigida ao conjunto dos alunos, a grupos específicos de alunos (turmas/grupos identificados com determinadas vulnerabilidades psicossociais) ou a determinados subgrupos já apresentando comportamentos de risco e/ou de consumo, o que implicará diferentes abordagens.

De um modo geral, é importante:

- ajudar os alunos a questionarem-se, estimulando a sua capacidade de pensar e fomentando a consciência crítica face aos seus actos, ao invés de apresentar respostas de acordo com as experiências e vivências do adulto;
- compreender que os consumos, para além de apresentarem riscos inquestionáveis, se fazem acompanhar de expectativas positivas por parte de quem consome, e é sobretudo a partir das suas representações e vivências que a intervenção se deverá realizar, nomeadamente, no que respeita à percepção do risco do consumo, que muitas vezes é desajustada;
- não censurar a pessoa mas sim o seu comportamento, de modo a favorecer a alteração da relação do indivíduo com a substância.

COMO PREPARAR ACÇÕES / PROJECTOS COM OS ALUNOS

A *Internet* é um precioso instrumento auxiliar à disposição de um número crescente de adultos e jovens. Motivar e orientar os alunos para a procura de informação, dados, ideias, conceitos e preconceitos, riscos associados ao consumo, entre outros temas, é uma excelente via de ensino e aprendizagem em que os próprios jovens são o elemento activo da sua auto-formação.

Artigos de revistas (especializadas ou não), jornais e outros meios de comunicação audiovisual são também fonte de informação que pode ser tratada e discutida.

Alguns vídeos, de carácter educativo ou mesmo filmes de ficção, podem ser um ponto de partida para a análise da problemática da droga e outras associadas (por exemplo, temas ligados a grupos de jovens em risco, famílias problemáticas ou outros), jogos preexistentes, ou a construir, podem também constituir um bom instrumento de intervenção, bem como a construção de materiais com mensagens preventivas ou dissuasivas.

Por vezes os jovens insistem em utilizar filmes ou outros materiais pouco adequados em termos pedagógicos: a discussão à volta de um mau material pode ser uma forma pertinente de o desconstruir e reflectir sobre as mensagens nele contidas.

Em contexto de sala de aula, e nas diversas áreas curriculares, deve ter-se sempre em consideração a idade e o nível de maturidade dos jovens quando se tomam as decisões de apresentação (ou não) de um qualquer material.

Os professores não têm de ser especialistas deste tema, mas podem ser excelentes facilitadores de dinâmicas apropriadas e de espaços de reflexão.

Sempre que possível deve desenvolver-se o tema não o focalizando especialmente nas substâncias, mas articulando-o com outras questões (juventude, sexualidade, comportamentos de risco, etc.).

Há que evitar discursos sobre SPA ou meras recriminações não fundamentadas e dar espaço aos alunos para eles se auto-questionarem sobre os porquês de algumas atitudes e comportamentos.

LINHA VIDA

A Linha Vida é um espaço anónimo, gratuito e confidencial de informação, aconselhamento, apoio e encaminhamento na área da toxicodependência. No entanto, surgem muitas vezes questões relacionadas com outras problemáticas associadas.

Actualmente existem três tipos de resposta:

Atendimento telefónico – de 2.ª a 6.ª feira das 10 às 20 horas.

Nos últimos seis anos a Linha Vida atendeu cerca de 50 000 chamadas anuais, oriundas de todo o território nacional.

É importante referir que das centenas de chamadas atendidas diariamente, mais de 80% são chamadas não efectivas, isto é, «brincadeiras», situação que muitas vezes dificulta a acessibilidade ao serviço 1414.

Esta ocorrência é comum a outras linhas de ajuda, com maior incidência nas gratuitas. É um fenómeno que carece ser mais divulgado e conhecido, procurando-se minorar os efeitos adversos que daí ocorrem, sobretudo nas linhas de emergência.

Atendimento via e-mail (*e-counselling*): linha.vida.lx@idt.min-saude.pt

Este tipo de resposta tem vindo a aumentar em números absolutos o que revela a crescente procura desta via de comunicação e informação.

Tu-Alinhas – Site Juvenil: tu-alinhas.pt

O IDT dispõe, desde há alguns anos, de um sítio institucional na *Internet*. Em 2006 foi decidida a criação de um sítio com uma dinâmica vocacionada para um público-alvo juvenil, que dê resposta mais dirigida aos interesses, linguagem e necessidades de uma população jovem.

Este projecto direccionado para crianças e jovens entre os 11 e os 20 anos reveste-se de um carácter lúdico-pedagógico, abrangendo áreas como a informação detalhada

sobre substâncias, informação em redução de riscos, um fórum *on-line*, jogos interactivos, FAQ, questionários, entre outras.

Tem como objectivo geral a informação e promoção de comportamentos saudáveis e a consequente prevenção dos consumos e da toxicodependência, pretendendo:

- facilitar o acesso à população-alvo de conteúdos adequados às suas necessidades e faixa etária;
- informar sobre temáticas relacionadas com os consumos para uma escolha livre e informada;
- contribuir para a prevenção de comportamentos de risco e promoção de comportamentos saudáveis;
- sensibilizar para a utilização cívica dos serviços telefónicos de ajuda.

O IDT dispõe de um **Centro de Documentação e Informação** especializado na área da toxicodependência.

O centro dispõe de uma base de dados para pesquisa no local e em linha, através do sítio do IDT, www.idt.pt, contendo mais de 22 000 registos. Esta base de dados é constituída por monografias, relatórios, trabalhos de investigação, obras de referência e publicações periódicas especializadas nacionais e estrangeiras.

Nele também pode ser consultada informação noutros suportes como registos audiovisuais, notícias de imprensa escrita, relatórios e documentação temática em formato electrónico, acessíveis em bases de dados locais.

O utilizador tem também à sua disposição folhetos, brochuras, cartazes e postais alusivos à prevenção e informação sobre drogas.

Está aberto a qualquer pessoa que se interesse por esta temática, podendo usufruir de acompanhamento na pesquisa de informação, utilizar a sala de leitura, ter livre acesso aos documentos, bem como utilizar o serviço de empréstimo domiciliário.

No *site* do IDT é possível também encontrar muita informação sobre o tema, nomeadamente, sobre as substâncias, legislação, estatísticas, materiais de prevenção, eventos, entre outros.

QUADRO SINÓPTICO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

Nome	O que é?	Origem	Modos de administração mais frequentes	Dependência		Efeitos (dependem da pessoa, do ambiente, da qualidade e quantidade da substância consumida)		
				Psíquica	Física	Uso Habitual	Sobredosagem (overdose)	A longo prazo
Álcool	Droga depressora do Sistema Nervoso Central , mas com efeitos desinibidores; é a mais consumida em Portugal.	Diversas	Oral	Sim	Sim	Euforia, desinibição, descoordenação motora, redução da força muscular, menor capacidade de escuta e compreensão, aumento do tempo de resposta	Coma alcoólico	Afecta as relações pessoais e familiares, cirrose, danos cerebrais, depressão, psicose
Anfetaminas	Droga com efeitos estimulantes do Sistema Nervoso Central	Sintética	Oral ou injectada	Grande	Sim	Aumento da energia, excitação, euforia, diminuição do apetite, alteração do humor	Agitação, hiperactividade, irritabilidade, insónia, convulsões, ideias paranóides (psicose anfetamínica)	Alimentação deficiente, insónia, perturbações cutâneas, alucinações, psicose semelhante à esquizofrenia paranóide, agressividade
Benzodiazepina	Droga depressora do Sistema Nervoso Central usada em medicamentos com efeitos tranquilizantes e ansiolíticos	Sintética	Oral	Sim	Sim	Alívio da ansiedade, sono	Lentificação psíquica e motora, visão enevoada, vertigens	Apatia excessiva, confusão, irritabilidade, sensação de abstinência (grave), danos cerebrais
Cannabis	Droga da planta da qual se extrai o haxixe (resina das flores e folhas) e a erva (flores e folhas); o THC é o componente que provoca os principais efeitos	<i>Cannabis</i>	Fumada, oral ou ingerida	Sim	Não	Relaxamento, euforia, diminuição das inibições, lentificação do pensamento e movimentos, aumento do apetite (fase final da intoxicação)	Alucinações, pânico	Debilitação física, síndrome amotivacional, psicose canábica

Nome	O que é?	Origem	Modos de administração mais frequentes	Dependência		Efeitos (dependem da pessoa, do ambiente, da qualidade e quantidade da substância consumida)		
				Psíquica	Física	Uso Habitual	Sobredosagem (overdose)	A longo prazo
Cocaína	Droga estimulante do Sistema Nervoso Central ; extraída das folhas do arbusto de coca aparece sob a forma de pó branco	Folha de coca	Injectada, inalada, fumada	Grande	Não	Excitação, autoconfiança, irritabilidade	Agitação, agressividade, psicose cocaínica, síncope cardíaca.	Úlceração do septo nasal, psicose, reacção ansiosa aguda, irritabilidade, depressão, sensações paranoídes, alucinações tácteis, insónia
Cogumelos mágicos	Droga psicadélica que provoca alterações das percepções – cores e formas	Cogumelos	Mastigados ou bebidos sob a forma de chá	Não	Não	Alterações na percepção visual e auditiva, desorganização do pensamento, ilusões, mistura de sensações, humor instável, náuseas e vômitos	Pânico	Ansiedade, pânico, sintomas paranoídes, estados psicóticos, acidentes por interpretações distorcidas da realidade
Esteróides anabólicos	Esteróides são derivados sintéticos da hormona masculina testosterona	Sintéticos	Injectada, oral, dérmica	Sim	Não	Aumento do volume do tecido muscular, do rendimento físico, da capacidade de recuperação, da agressividade	Hipertensão arterial	Queda do cabelo, infertilidade disfunções sexuais, problemas do crescimento, hipertensão arterial, problemas cardiovasculares, doenças hepáticas, tumores malignos
Ecstasy (MD/ Pastilhas)	Droga sintética com efeitos estimulantes e psicadélicos do Sistema Nervoso Central ; encontra-se no mercado sob a forma de cápsulas ou comprimidos de diferentes cores; MDMA é o seu componente activo	Sintética	Oral	Sim	Não	Facilidade de comunicação, aumento da energia, elevação do humor, tensão muscular, perda de apetite, náuseas, aceleração do ritmo cardíaco e tensão arterial, ansiedade, hipertermia	Intoxicação, mais provável se consumida com outras drogas	Depressão, ansiedade, cansaço e exaustão, perturbações do sono, estados paranoídes e psicóticos, arritmias e extrasístoles cardíacas, insuficiência renal aguda, hipertensão arterial, intoxicações hepáticas, redução da resistência às infecções virais

Nome	O que é?	Origem	Modos de administração mais frequentes	Dependência		Efeitos (dependem da pessoa, do ambiente, da qualidade e quantidade da substância consumida)		
				Psíquica	Física	Uso Habitual	Sobredosagem (overdose)	A longo prazo
Heroina	Droga depressora do Sistema Nervoso Central ; analgésico muito poderoso opiáceo que aparece sob a forma de pó castanho ou branco	Ópio	Injectada, fumada, inalada	Grande	Grande	Alívio da dor e da ansiedade	Depressão do sistema respiratório, edema pulmonar, baixa de temperatura, morte	Letargia, obstipação, disfunções sexuais, amenorreia, doenças físicas por vezes graves, risco de morte
LSD (ácidos, <i>trips</i>)	Droga psicadélica que afecta as percepções	Sintética	Oral	Baixa	Não	Alteração das percepções, especialmente visuais, alucinações, pânico, <i>flashbacks</i> , confundem as mensagens enviadas ao cérebro pelos sentidos	Ansiedade, pânico, alucinações, tremores, psicose	Pânico, alucinações, psicose
Solventes voláteis	Droga com efeitos psicoestimulantes, euforizantes ou enebriantes ; substâncias voláteis, soltam vapores em contacto com o ar; cola, aerossóis, líquido corrector, verniz das unhas; são venenosos	Sintética	Inalados	Grande	Não	Relaxamento, euforia, sensação de flutuação	Ataxia, asfixia, morte	Danos cerebrais, hepáticos e da medula óssea, risco de morte

TABACO

British Medical Association. Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre. *Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. London, 2004.

Currie C., Roberts C., Morgan A., Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Rasmussen B., *Young people's Health in context. Health Behaviour in Scholl-aged Children (HBSC)*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 2004.

DiFranza JR., Rigotti NA., McNeill AD., Ockene JK *et al.*, *Measuring symptoms of nicotine dependence in adolescents*. *Tob Control*, 2000; 9: 313-319.

Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I., *Mortality in relation to smoking: 50' years observations on male British doctors*. *BMJ*, 2004 Jun: 328:1519-1528.

Doll R., Hill B A., *Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report*, *BMJ*, 1950, 2:739-748.

Feijão F., Lavado E. *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental/2003 (ECTAD/2003)*. «Os adolescentes e o tabaco. Portugal 2003», Instituto da Droga e Toxicoddependência, Ministério da Saúde.

Filomena Mónica. *O tabaco e o Poder, 100 anos da Companhia dos Tabacos de Portugal (COTAPO)*. COTAPO, Quetzal editores, Lisboa, 1992.

Institut Suisse de Prevention de L' Alcoolisme et autres Toxicomanies. *Tabac. Pour en parler aux ados. Ce que les parents devraient savoir*. Sfa/ISPA. Lausanne, 2004.

Matos M., e Equipa do Projecto Aventura Social de Saúde. *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa, Edições FMH. 2003.

Organización Panamericana de la Salud. Unidade de Tabaco, Alcohol Y drogas, Unidade Técnica de Salud del Adolescente, División de Promoción y Protección de La Salud. *Tabaco. Lo que todos debemos saber, Guia actualizada para educadores*. Washington D.C., 2002.

Pan American Health Organization. *Tobacco-free Youth. A «life skills» primer*. Scientific and Technical Publications n.º 579, World Health Organization, Washington D.C., 2000.

Pestana E. (Coord), *et al.*, *Tabagismo. Do diagnóstico ao tratamento*. Lidel – edições técnicas Lda, Lisboa, 2006.

Prahabat J. & Chaloupka, F.J. *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. New York, World Bank, 1999.

U.S. Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Public Health Services. Centers for Disease Control and Prevention. 1994.

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. 1988.

Vitória P., Raposo C., Peixoto F., Clemente M., Romeiro A. *Querer é poder I*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tagagismo, Ministério da Saúde, Lisboa. 2000.

Vitória P., Raposo C., Peixoto F., Clemente M., Romeiro A. *Querer é poder II*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tagagismo, Ministério da Saúde, Lisboa. 2001.

Winder EL., Graham EA. *Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma*. JAMA, 1950, 143: 329-336.

World Health Organization. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva, WHO, 2004.

ÁLCOOL

Aires Gameiro, O.H. *Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal*. Editorial Hospitalidade, 1998.

Anderson P. *La Politique de l'OMS en Alcoologie*. Revue Alcoologie, Tome 21 (3), Septembre, 1999, pp. 397-401.

Breda J., *Bebidas Alcoólicas e Jovens Escolares, um Estudo sobre Consumos, Conhecimentos e Atitudes*. Boletim do CRAC n.º 0, Janeiro, 1997, pp. 6-8.

Calvário M. E. *et al.*, *Estudo dos Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Estudantes da Universidade da Beira Interior*. Boletim do CRAC, n.º 1, Abril, 1997, pp. 7-10.

CINDI – PORTUGAL – *Inquérito Setúbal/87 – Quadros de Apuramento, Vol. I*, Lisboa 1992

Corrad G. *et al.*, *Exploring the Dose-response Relationship between Alcohol Consumption and the Risk of Several Alcohol-related Conditions: a Meta-analysis*. *Addiction*, Vol. 94, n.º 10, October, 1999, pp. 1551-1573.

Feijão F., Lavado E. *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga, em alunos do ensino público Portugal Continental/2003 (ECTAD/2003)*. «Os adolescentes e o álcool. Portugal 2003», Instituto da Droga e Toxicodpendência, Ministério da Saúde.

Griffith Edwards, *et al.*, *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford Medical Publications. 1995.

Lameiras M. R., «História e Cultura do Beber», Boletim do CRAC, Coimbra, 1999.

Morais C., «Consumo de Bebidas Alcoólicas e Jovens. Contributo para o Estudo do Padrão de Consumo e Determinantes na População do Norte de Portugal», Boletim do CRAC, n.º 5, Setembro, 1998, pp. 3-7.

Pinto A., Mercês de Mello, M. L., «Alguns Aspectos Epidemiológicos da Doença Alcoólica», *Revista da Fundação Bissaya-Barreto*, Dezembro, 1989, Vol. 4, n.º 8, pp 37-46.

Pinto A., Mercês de Mello, M. L., «Alcoolismo em Portugal, Balanço em Fim de Século», *Revista da SPA*, Setembro/Dezembro, 1993, Vol. II, n.º 3 (6), pp. 75-82.

WORLD DRINK TRENDS 2005. NTC Publications Ltd.

DROGAS

Alonso D. (Org.). (S.d). *Actuar Es Posible: La Prevención De Las Drogodependencias En La Comunidad Escolar*. Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Alvarez J., Bello, P., Faasen, I., Feijão, F., Karachouliou, K., Kontogeorgiou, K., Lagerqvist, L., Mickelsson, K., Siamou, I, Simon, R., & Vaissade, L. (2003). *Emerging Drug Phenomena: A European manual on the Early Information Function for Emerging Drug Phenomena*. Paris: OFDT.

Autry J. et Sanchez-Way, R (2001). *Principles of substance abuse*. SAMHSA/CSAP. DHHS Publication.

- Feijão F. e Lavado E. (2003). «Assimetrias geográficas e jovens consumidores de droga». Portugal 2001. *Toxicodependências*, 9: 73-84.
- Feijão F. e Lavado E. (2004). «Evolução do consumo de drogas na adolescência: ruptura ou continuidade?» *Toxicodependências*, 10: 31-48.
- Feijão F. e Lavado E. (2006a). *Os adolescentes e o álcool*. Lisboa: IDT.
- Feijão F. e Lavado E. (2006b). *Os adolescentes e a droga*. Lisboa: IDT.
- Hibell B., Anderson B., Bjarnasson T.; Kokkevi A., Morgan M. & Narusk A. (1997). *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and other Drug Use among Students in 26 European Countries*. Stockholm: CAN/PG.
- Hibell B., Anderson B., Ahlström S., Balakireva, O., Bjarnasson T, Kokkevi A., & Morgan M. (1997). *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and other Drug Use among Students in 30 European Countries*. Stockholm: CAN/PG.
- Hibell B., Anderson B., Bjarnasson T., Kokkevi A. & Morgan M. (2004). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: CAN/PG.
- Matos M., Gonçalves A., Reis C., Simões C., Santos S., Diniz J., Lebre P., Dias S., Carvalhosa S. e Gaspar T. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Matos M., Gonçalves A., Simões, Tomé G., Gaspar T., & Camacho I., (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses, hoje e em 8 anos*. Relatório preliminar do estudo HBSC 2006. disponível em www.idt.pt.
- NIDA (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A research-based Guide for parents, educators and community leaders*. US Department of health and human services. NIH Publication
- NIDA (1997). *Drug Abuse Prevention: What works*. NIH Publication. Rockville.
- Rodrigues L. M., Antunes C. e Mendes Z. (1996). *Estudos em Meio Escolar. 3.º Ciclo Diurno. Portugal Continental. 1995. Relatório Preliminar*. Lisboa: GPCCD.
- Rodrigues L. M., Antunes C. & Mendes Z. (1997). *Inquérito a Alunos do Ensino Secundário. Portugal. 1995*. Lisboa: GPCCD.
- WHO. (2000). *Guide to drug abuse Epidemiology*. In www.who.int.

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Bennet Paul e Murphy Simon. *Psicologia e promoção da saúde*. Climepsi Editores, 1999

Glanz Karen; Lewis, Francês e Rimer Barbara. *Health Behavior and Health Education – theory, research, and practice*. Jossey-Bass Publishers, 1996.

Matos M. e Equipa do Projecto Aventura Social de Saúde. *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa, Edições FMH. 1998.

Navarro Fernanda. «Educar para a saúde ou para a vida?» Conceitos e fundamentos para novas práticas, in *Educação para a Saúde*. Edição Departamento de Metodologias da Educação Universidade do Minho, 1999.

Neves Anabela (coordenação) e Equipa Técnica Multidisciplinar da CCPES. *O que é a saúde na escola*. Edição CCPES, 2001.

Young Ian (coordenador de projecto). *Promover a Saúde da Juventude Europeia*. Lisboa, Edição CCPES, co-financiada pela Comissão das Comunidades Europeias, 1999.

ENDEREÇOS ÚTEIS:

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

<http://www.dgjidc.min-edu.pt>

Direcção-Geral da Saúde

www.dgsaude.pt

Instituto da Droga e da Toxicodependência

www.idt.pt

Centers for Disease Control and Prevention (USA)

<http://www.cdc.gov/tobacco/>

Tobacco Free Initiative – OMS

<http://tobacco.who.int/>

Centro de Recursos na área do Tabaco – British Medical Association

<http://www.tobacco-control.org>

Página da Rede de Escolas Promotoras de Saúde

<http://www.euro.who.int/ENHPS>

ISPA – Instituto Suíço para a Prevenção do Alcoolismo e outras Toxicodependências

<http://www.sfa-ispac.ch/index.php?IDthemepub=1&langue=F&IDpubvis=1>

Associação Suíça para a Prevenção do Tabagismo

www.af-suisse.ch

OMS – Europa

<http://www.who.dk/>

OMS – Sede

<http://www.who.int>

História do Tabaco

www.tobacco.org/History/History.html

www.arqnet.pt/dicionario/tabaco.html

Legislação sobre prevenção do tabagismo

www.dgs.pt

Linha Vida

www.tu-alinhas.pt

Mediateca IDT

mediateca@idt.min-saude.pt

<http://www.toxicodependencias.pt>

<http://www.portaldasaude.pt>

<http://www.sida.pt>

<http://www.psicologia.com.pt>

<http://www.dependencias.pt>

<http://www.eiclicaqui.com>

<http://www.emcdda.europa.eu/>

<http://www.fad.es>

<http://www.drogues.gouv.fr>

<http://www.socidrogalcohol.org>

<http://www.health.org>

<http://www.edex.es>

<http://www.lasdrogas.net>

<http://elisad.zait.uni-bremen.de>

National Institut on Drug Abuse (NIDA)

[http:// www.nida.nih.gov/](http://www.nida.nih.gov/)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

<http://www.samhsa.gov/>

American Society of Addiction Medicine

[http:// www.asam.org](http://www.asam.org)

www.unodc.org

http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm

Agradecimento

Gostaríamos de expressar o nosso agradecimento à equipa do Núcleo de Educação para a Saúde, da DGIDC, que contribuiu para a revisão de texto deste referencial.





dgidc
Direcção-Geral de Inovação
e de Desenvolvimento Curricular

Direcção-Geral
da Saúde



Ministério da Saúde

I.D.T.
Instituto da Droga e da Toxicodependência