

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-graduação em
Engenharia de Produção

**EDUCAÇÃO PREVENTIVA
AO USO INDEVIDO DE DROGAS
NO TRABALHO**

Jorge Luiz Barbosa da Silva

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção
da Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em
Engenharia de Produção.

Florianópolis
2001

Jorge Luiz Barbosa da Silva

**EDUCAÇÃO PREVENTIVA
AO USO INDEVIDO DE DROGAS
NO TRABALHO**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do título de
**Mestre em Engenharia de Produção no Programa de Pós- Graduação em
Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina**

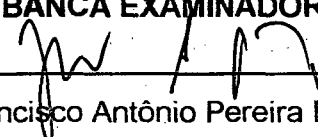
Florianópolis, 24 de Setembro de 2001



Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.

Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, PhD.

Orientador

Prof. José Baús, Dr

Prof Wilson Kraemer de Paula, Dr

Prof^a. Maria Tais de Melo, Doutoranda

*A Fátima, pelo apoio incondicional.
Às filhas, Giselle, Gabrielle e Mariana,
pelo carinho e compreensão.*

Agradecimentos:

Universidade Federal de Santa Catarina:

À Coordenação do Curso de Pós-graduação
em Engenharia de Produção.

Ao orientador Prof Francisco Antônio Pereira Fialho,
pelo acompanhamento pontual e competente.

À Profa Zuleica Maria Patrício e ao Prof José Baús,
Incansáveis incentivadores e amigos.

Aos professores do Curso de Pós-graduação.

Aos membros da banca, pela participação.

À Thais e Eliane Garcez,

pela amizade e companheirismo

durante todo o curso de mestrado.

E a todos os amigos, colegas e professores que,
direta e indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa:

Pe Luiz Prim, Prof . Wilson Kraemer, Dr. Ari Sell,

Dr. Lúcio José Botelho, Dr. Reinaldo Takarashi;

e a todos os outros amigos que,

embora não os tenha listado aqui,

sabem bem o quanto foram importantes

na realização desta pesquisa e como

são especiais para mim.

*“Uma descoberta, seja feita
por um menino na escola ou por um cientista trabalhando
na fronteira do conhecimento, é em sua essência uma questão
de reorganizar ou transformar evidências, de tal forma que
se possa ir além delas, assim, reorganizadas,
rumo a novas percepções”.*

Jerone Bruner

SUMÁRIO

Lista de Figuras	4
Lista de Tabelas	5
Lista de Quadros.....	6
Lista de Abreviações e Reduções.....	7
Resumo.....	8
Abstract.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	16
1.2 O PROBLEMA DA PESQUISA.....	16
1.3 OBJETIVO GERAL.....	18
1.3.1 Objetivos específicos.....	18
1.4 JUSTIFICATIVA.....	19
1.5 PRESSUPOSTOS.....	21
1.6 LIMITAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA.....	22
1.7 MOTIVAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO: CAMPO DO CONHECIMENTO.....	29
2.1.1 Uma visão da complexidade.....	29
2.1.2 Construtivismo e Construcionismo social.....	36
2.1.3 Visão de mundo e de educação neste novo paradigma.....	40
2.1.4 A complexidade e as necessidades do ser humano.....	41
2.1.5 Encaminhamentos para a aplicação do referencial.....	42
2.2 REFERENCIAL TEÓRICO: CAMPO DE APLICAÇÃO.....	43
2.2.1 Aprender a aprender.....	46
* 3 REVENDO E CONTEXTUANDO O USO DE DROGAS.....	50
3.1 O USO DE DROGAS: UM MEGA-PROBLEMA ATUAL.....	50
3.1.1 Visão histórica.....	53
3.1.2 A situação no Brasil.....	55
3.2 PESQUISAS SOBRE O FENOMENO DO USO DE DROGAS.....	56
3.2.1 O contexto do uso de drogas.....	58
3.2.2 O uso de drogas no trabalho: um problema ergonômico.....	59
3.3 PROCESSO DE AJUSTAMENTO ORGANIZACIONAL.....	64
3.4 SAINDO DO MUNDO DE TRABALHO.....	72
3.5 O USO DE DROGAS E ATIVIDADES MILITARES.....	75
3.6 DROGAS: FORMAS DE ENFRENTAMENTO.....	80
3.7 CONTROLE DE DROGAS: PREOCUPAÇÃO MUNDIAL.....	82
3.8 POLÍTICAS GLOBAIS.....	83
3.8.1 Redução da demanda.....	83

3.9 PREVENÇÃO: QUESTÃO-CHAVE.....	84
3.9.1 Níveis de prevenção.....	90
3.9.2 Alguns bons programas de prevenção.....	92
3.10 FATORES LIMITANTES DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO.....	94
4 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO.....	98
4.1 AS CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA.....	99
4.2 CARACTERÍSTICAS DO UNIVERSO E DA AMOSTRA.....	105
4.2.1 Especificação do universo.....	105
4.2.2 Especificação da amostra.....	105
4.3 PLANO DE TRABALHO PROPRIAMENTE DITO.....	109
4.3.1 Levantamentos seriados como critério diagnóstico.....	109
4.3.2 Apendizagem significativas(=Oficinas).....	110
4.3.3Planejamento da aprendizagem significativa.....	110
4.3.4 Equipe facilitadores.....	112
4.3.5 Cronograma.....	113
4.4 MATERIAIS E METÓDOS.....	116
4.4.1 Prática.....	116
4.4.2 Definição de atividades.....	116
4.4.3 Pesquisa participante.....	117
4.4.5 Aprendizagem cooperativa.....	117
4.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO.....	118
4.6. SITUAÇÃO DESEJADA APÓS APLICAÇÃO DOS PROGRAMAS.....	123
*4.7 PERSPECTIVAS NO FINAL DO PROCESSO.....	125
4.7.1 Conhecimento sobre Drogas.....	125
4.7.2 Em relação à "Atitudes" pessoais e coletivas.....	126
4.7.3 Em relação ao comportamento o esperado era.....	126
4.7.4 Em relação às ações efetivas(Práticas).....	127
4.8 DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO.....	127
4.8.1 Estabelecendo vínculos.....	127
4.8.2 Consolidando relações.....	130
4.8.3 Técnicas e dinâmicas.....	133
4.8.4 Descrição de Técnicas Usadas.....	134
4.8.5 Revendo, resgatando e re-significando.....	138
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	139
5.1 O DIAGNÓSTICO.....	140
5.1.1 Nível de conhecimento.....	140
5.1.2 Atitudes.....	141
5.1.3 Comportamentos.....	141
5.1.4 Ações efetivas.....	142
5.2 CONHECIMENTO, ATITUDES, COMPORTAMENTOS E AÇÕES EFETIVAS...144	
5.3 COMENTÁRIO: O PROGRAMA PROPRIAMENTE DITO(AS OFICINAS).....	152
5.3.1 Nas oficinas de sensibilização(1º Encontro Abril/200).....	152
5.3.2 Nas oficinas de saúde.....	153
5.3.3 Categorias especiais ali apresentadas.....	156
5.3.4 Advindos das histórias de vida.....	156
5.3.5 Nas oficinas da cidadania.....	158
5.3.6 Algumas observações.....	158

6 CONCLUSÕES.....	166
6.1 SOBRE O TRABALHO EM SI.....	166
6.2 NO TOCANTE AO PROGRAMA DE PREVENÇÃO.....	168
6.3 SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS.....	169
6.4 OBSERVAÇÕES.....	170
6.5 RECOMENDAÇÕES.....	170

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173
7.1 OBRAS CONSULTADAS.....	173
7.2 OBRAS CITADAS.....	174

ANEXOS

ANEXO 1- Avaliação Cognitiva.....	184
ANEXO 2 – Avaliação de Comportamento.....	185
ANEXO 3 –Aspectos atuais sobre dependência química.....	187
ANEXO 4 – Abordagem preventiva.....	190
ANEXO 5 – Ficha de Observação.....	191

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1- Deus e a Ciência	10
Figura 2 - Nova sintonia Universal.....	25
Figura 3 - Nova visão de mundo.....	28
Figura 4 - Nada está isolado.....	44
Figura 5 - Novas formas de Aprender.....	47
Figura 6 - O Potencial criativo do Ser Humano.....	49
Figura 7 - Conseqüências diretas e indiretas do uso abusivo de drogas.....	52
Figura 8 - Trabalho X Tráfico de drogas	61
Figura 9 - Setores envolvidos na implantação de Programas de Prevenção	64
Figura 10 - Resultados positivos dos screening antidrogas	65
Figura 11 - Processo Avaliativo para Programas de Prevenção e Tratamento	66
Figura 12 - Número Absoluto de Usuários de Drogas no Mundo	67
Figura 13 - Abordagem e Intervenção no Consumo de Álcool nas Organizações.....	68
Figura 14 - Consumo de Álcool nas Organizações.....	70
Figura 15 - A Autonomia como Meta do Programa de Prevenção.....	80
Figura 16 - Sistema Nacional Antidrogas.....	94
Figura 17 - Prática e Teoria na Sabedoria Chinesa.....	101
Figura 18 - Roteiro Geral do Programa de Prevenção	115
Figura 19- Itens do Questionário KAPB	118
Figura 20 - Itens e Requisições.....	121
Figura 21 - Avaliação do Impacto.....	122
Figura 22 - Locais e Formas de Avaliação.....	124
Figura 23 - Construcionismo Social: Resgatando o Histórico, Ético e o Estético.....	135
Figura 24 – Encaixe Total: Teoria e Prática.....	142
Figura 25 – Avaliação Total do Programa.....	164

Fonte das Figuras: Digital Stock Corporation: Professional Colletction Portfolio – CD Library – 750 Second Street, Encinitas. CA 92024 www.digitalstock.com. 800.545.4514

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de usuários de drogas no mundo.....	53
Tabela 2 - Drogas Lícitas X Drogas ilícitas	56
Tabela 3 - Pesquisa sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes (CEBRID).....	72
Tabela 4 - Drogas mais Consumidas entre Estudantes	73
Tabela 5 - Trabalhadores do Hospital de Guarnição de Florianópolis (H Gu FI).....	107
Tabela 6 - Municípios Tributários na Grande Florianópolis.....	107
Tabela 7 -1º Levantamento KAPB (3ª semana Mar/2000).....	143
Tabela 8 - Dados do 2º Levantamento KAPB(2ª semana Jun/2000).....	146
Tabela 9 - Dados do 1º Impacto (2º Levantamento – 1º Levantamento)	147
Tabela 10 - Dados do 3º Levantamento (Fev/2000).....	149
Tabela 11 - Dados do 2º Impacto(3º Levto–2º Levto) a pesquisa	149
Tabela 12 - Dados do Impacto Total(3º Levto – 1º Levto)	151

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Conseqüência do uso de Drogas no Trabalho.....	54
Quadro 2 - Razões dos Programas de Prevenção nas Organizações Militares.....	77
Quadro 3 - Níveis de Intervenção Preventiva.....	78
Quadro 4- Princípios Gerais para Educação Preventiva (MEC).....	79
Quadro 5 – Formas de Enfrentamento do Avanço do Consumo de Drogas.....	80
Quadro 6 - Redução da Oferta.....	83
Quadro 7- Propostas de Prevenção	88
Quadro 8 - Programas de Prevenção.....	93
Quadro 9 - Bases que Estruturam o Programa de Educação Preventiva	102
Quadro 10 - Características Filosóficas do Programa de Educação Preventiva.....	105
Quadro 11- Critérios para de Seleção de Futuros Soldados.....	108
Quadro 12 - Equipe de Facilitadores do Programa de Prevenção.....	113
Quadro 13 - Temas propostos pelos sujeitos com fins à Educação Preventiva.....	114
Quadro 14 - Filmes usados para consolidação do Programa.....	118

LISTA DE REDUÇÕES E SIGLAS

1. *Abreviaturas:*

sd = soldado

sds = soldados

prog = programa

Fpolis = Florianópolis

EV= efetivo variável (=soldados recém – incorporados) = recrutas

NB= núcleo básico (=soldado do núcleo básico) = soldado experiente

2. *Síglas:*

PEP – Programa de Educação Preventiva

PEPUIDT – Programa de Educação Preventiva ao uso indevido de Drogas no Trabalho

CS – Construcionismo Social

CC – Ciência da Complexidade

QV – Qualidade de Vida

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

MD – Ministério da Defesa

EB – Exército Brasileiro

H.GuFI - Hospital de Guarnição de Florianópolis

COMEN – Conselho Municipal de Entorpecentes

CONEN – Conselho Estadual de Entorpecentes

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

FONAD – Fórum Nacional Antidrogas

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

PROERD – Programa Educacional de Resistência a Violência e as Drogas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

NEPAD – Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Drogas

UNIVESP – Universidade Federal de São Paulo

UERJ – Universidade do estado do Rio de Janeiro

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFBA – Universidade Federal da Bahia

EPM – Escola Paulista de Medicina

RESUMO

O uso indevido de drogas nas Organizações apresenta-se como fator gerador de inquietação e desconfiança em todas as relações e níveis organizacionais. Pesquisas nacionais e internacionais indicam um vertiginoso incremento no consumo de drogas nesta última década em todos os espaços sociais e, conseqüentemente, na maioria das Organizações. Esforços no sentido de redução da oferta de drogas, apesar de intensos, não têm conseguido evitar esta escalada. Por outro lado, ações isoladas que visem à redução da demanda muito pouco têm contribuído para uma real minimização do consumo de drogas. A integração de ações visando a redução (da oferta, da demanda e de danos), além de uma "modernização" no aparato policial e no "Poder Judiciário", tem sido a maneira mais eficaz com que alguns países e agências internacionais têm enfrentado o problema com relativo sucesso. As Organizações, por sua vez, têm promovido inúmeras ações, objetivando não só a prevenção ao consumo de drogas (redução da demanda), como também um adequado encaminhamento de "trabalhadores, já usuários/dependentes de drogas". Estes fatos motivaram a elaboração desta pesquisa que, em linhas gerais, pretende, a partir de uma Organização Militar de Saúde, apresentar a construção de um Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho. Para tanto, utilizou-se de uma amostra constituída de 38 trabalhadores jovens, e os acompanhou durante um período de 12 meses, período no qual realizam o Serviço Militar Constitucional. Através de um processo sócio-interacionista a partir do construcionismo social, de Gergen e Bateson e na aprendizagem integrativa sugerida pela ciência da complexidade, e tomando como base os trabalhos do epistemologista francês Edgar Morin, atividades em forma de oficinas foram desenvolvidas visando, a partir do resgate histórico, da convivência interativa, da valorização do ético e a sintonia com o estético, a ampliação da autonomia e do protagonismo para uma melhor qualidade de vida no trabalho e para esses trabalhadores. Através do método de simulação e resolução integrativa, nos quais o uso de drogas ou a violência estavam presentes, técnicas de resolução de conflitos, mediação e negociação pró – ativa dentre outras, foram praticadas com vistas à geração da aprendizagem solidária e da resolução participativa. Previa-se que após este aprendizado, os sujeitos da pesquisa poderiam tornar-se verdadeiramente pró – ativos, portanto, mais hábeis na resolução de problemas. Esperava-se a incorporação de estilos saudáveis de viver, preservando mais adequadamente, a própria vida e a saúde. Também, esperava-se o aprimoramento do senso – crítico, da autonomia, a aquisição de habilidades e competências individuais e coletivas na tomada de decisões e, dessa forma tomarem-se melhores pessoas e melhores cidadãos. A eficácia do Programa foi sistematicamente avaliada quer via questionários estruturados (avaliação pontual), avaliando conhecimento, atitudes, comportamentos e ações efetivas para o não uso de drogas e tomadas de decisão. Estes itens foram avaliados em três ocasiões específicas (na admissão, no 3º e no 12º mês). Outras técnicas de avaliação sistemáticas (forma circular), foram intensamente utilizadas nos encontros -Oficinas. Os resultados superaram valores preditivos de 25% iniciais e permitiu concluir que este programa preventivo, pode ser uma boa ferramenta ergonômica capaz de prevenir o uso de drogas no trabalho e melhorar encaminhamentos, nos casos de trabalhadores já envolvidos com o uso/abuso de drogas, minimizando com isso, os inúmeros desgastes organizacionais.

Palavras-chave: Educação Preventiva, Drogas e Trabalho, Construcionismo Social, Autonomia, Construção da Cidadania, Protagonismo e Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The improper use of drugs in organizations is a factor that raises troublesome questions and mistrust in all kinds of relation at all organizational levels. As of late researches have revealed a speedy increase in the use of drugs in the last decade in all social environments, including organizations. In spite of their relative success, all endeavors to slow down this trend have not brought about the desired results. Also, individual action to decrease the demand for drugs have so far met with only minimal results. The integration of different kinds of activities, an approach that has been tried by some countries and social groups lately, has brought about significantly better results. Different organizations, on their part, have made use of different techniques aiming not only the prevention but also a proper and humane handling of cases where workers were found to be drug users. These research has as its main goal the elaboration of an educational program that has as its scope the prevention of the use of drugs in military institutions. Having this purpose in mind the research was carried out with 38 young workers as subjects, covering the entire period of their constitutional military service. A series of workshops was held with the co-participative management of both researchers and subjects aiming to provide the participants the ability to manage drug-use situations. This experience had a socio-interactive theoretical basis built on the principles of Social Constructionism of Gergen and Batenson, and, using the complexity referential of the works of Morin. Through the simulation of situations of drug use or violence, management conflict techniques, mediation, and pro-active negotiation where dealt with the objective of a pro-active learning, that is, learning healthy lifestyles, increasing the individual as well as the social competence, and enabling the subject to become more self-supporting. The validity of the program was evaluated in three phases. Three forms were filled in, one at the admission, another during the military service, and another at discharge. The questionnaires consisted of four items, one dealing with knowledge, another with attitudes, another with behavior, and finally with effective actions to be undertaken whenever the danger of initiation in the use of drugs was present. The evaluation also consisted of the systematic analysis of the 13 workshops. The results turned out to be higher than the expected 25%, which lead us to conclude that the program is a valuable ergonomic tool that can eventually reduce cases of drug abuse and consequential organizational problems.

Key-words: Preventive education, On-the-job drug abuse, systematic action, Self-support, Social Constructionism, Quality of Life.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PREVENTIVA
AO USO INDEVIDO DE DROGAS
NO TRABALHO

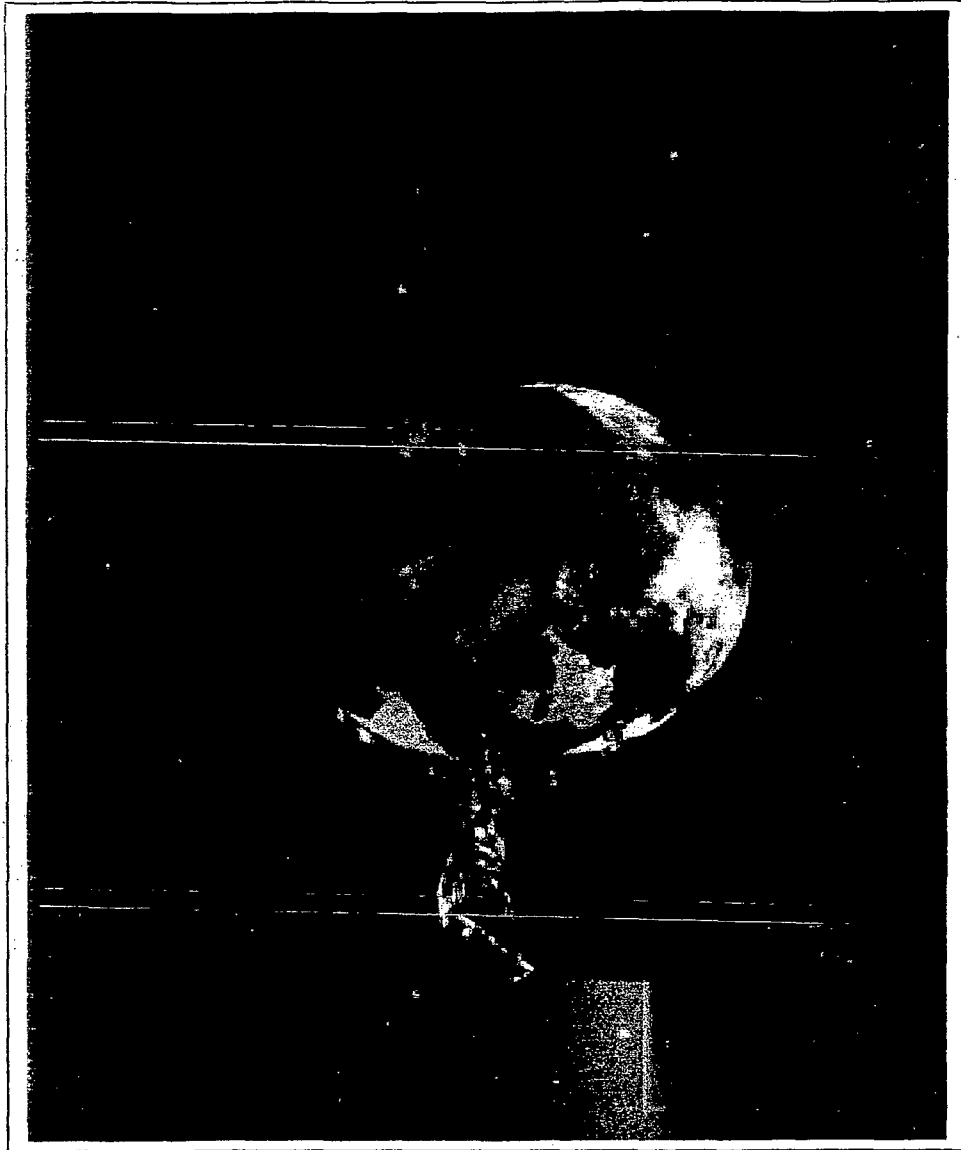


Figura 1 - DEUSES & CIÊNCIA: "Ao longo da história da ciência todo cientista tem em seus ombros o próprio peso do mundo pois, por ser cientista passa a servir, pelo menos, a dois deuses: o 1º é o da Ética do Conhecimento - este exige que tudo deva ser sacrificado à sede de conhecer; o 2º é o da Ética Cívica e Humana, que exige que tudo deva centrar na vida humana, o seu maior patrimônio." (Morin ,1999,p.25) .

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho representa uma síntese de um processo de aprendizagem e, portanto, da construção acadêmica, desenvolvida de maneira mais sistematizada, a partir do Curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção, e de maneira mais específica nas disciplinas da Área da Ergonomia. Necessário também dizer das contribuições de outras disciplinas, tais como “Drogas e Comportamento” e “Psicologia Social”, oferecidas no Curso de Pós-graduação do Departamento de Psicologia, e da disciplina “Farmacologia Geral” do Curso de Pós-graduação do Departamento de Farmacologia, para uma melhor compreensão do fenômeno pesquisado, que é o uso de drogas nas Organizações.

Como estudo qualitativo, tem como propósito a descrição do processo de aprendizagem preventiva para o agir e interagir participante, resultando na apropriação de saberes que ampliam e dinamizam competências individuais e sociais a partir dos relatos vivenciados pelos próprios pesquisados - jovens trabalhadores (soldados), designados para a prestação do Serviço Militar Inicial em uma Organização Militar de Saúde (Hospital de Guarnição de Florianópolis), na capital do Estado de Santa Catarina.

Muitas são as abordagens sobre dependência ao uso de drogas. A utilizada nesta pesquisa está baseada na Ciência da Complexidade que, avalia este fato, o uso de drogas, como um processo complexo e intensamente interligado a outros, formando uma trama que envolve todos os segmentos da rede social, econômica, histórico-cultural, educacional, saúde, segurança pública, trabalho e renda e todas as outras mais evidentes ou não, porém essenciais na vida do Ser Humano. Nesta abordagem percebe-se que a trama que envolve o Ser Humano como um todo

(...) “encerra em si várias redes, significados, idéias e energias, com dinâmicas próprias, abrangendo um número extremamente grande de agentes ou partes, plural em sua diversidade, com uma estrutura formal rígida (rede legitimada) e uma estrutura informal (rede sombra) muito dinâmica que não se contrapõe por conflitos, mas por negociações e ocupação de espaços. Apresenta também, essa rede informal, um intenso fluxo de informações, o que contribui para uma minimização de tensões, o processo cooperativo e o aprendizado informal. A rede sombra nem sempre é de fácil e imediata observação, mensuração, avaliação ou entendimento, porém de grande eficiência por sua incrível auto-organização, capacidade criativa e minimizadora de tensão”. (STACEY, 1999, p.10).

Os autores consultados para fundamentar a pesquisa permitiam um olhar sobre o fenômeno da dependência às drogas, de forma ampla, integrativa e mais abrangente. Há nesta Ciência da complexidade dinâmicas próprias e intensas, que permite que sejam priorizadas as inter-relações dos sujeitos (agentes) entre si e destes com o objeto (a droga) em oposição a outras que priorizam o objeto (a droga) em detrimento aos sujeitos. A partir deste enfoque, o fenômeno da dependência ao uso de drogas, poderia ser revisto e atualizado. Um bom exemplo desse novo entendimento pode ser percebido nos comentários do pesquisador sênior da Organização Panamericana de Saúde e escritor renomado, Dr Eduardo Kalina.

"O fenômeno do uso de drogas se dá por uma série de fatores ou constituintes, intensamente associados, quase sempre contemplando paradoxos, estabelecendo-se a partir de sistemas de relações complexas que passam desde os aspectos absolutamente mensuráveis até aqueles absolutamente não mensuráveis e imprevisíveis" (KALINA, 1999, p.12)

Dessa forma, esta pesquisa suportou-se nos elementos pertinentes a esse novo jeito de se fazer Ciência, jeito que permite reinterpretar o mundo, o ser humano em toda sua complexidade e unicidade além do contexto social. É uma ciência que se propõe ampliar os horizontes, estabelecer relações, integrar, considerar partes e o todo, ciência preocupada em olhar a objetividade e a subjetividade de cada ação humana; ciência capaz de absorver a pluralidade de tudo que está associado ao ser humano, suas relações e sua história. É uma ciência cujas bases paradigmáticas propõem inclusão, integração, interconexão, inter-relações e suas inúmeras redes, portanto, ao aplicar os elementos dessa Ciência como estrutura suporte para a pesquisa, desejou-se re-significar e re-interpretar a dependência ao uso de drogas, construindo e reconstruindo conceitos a partir de

(...) "acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações e acasos não só entre sujeito – droga e ambiente, mas de toda uma complexa e diversificada rede contextual, onde essas coisas se dão. Isso permitiu que se entendesse ao mesmo tempo a importância dessas redes, ao constituírem nosso mundo fenomenal, como também, permitiu o entendimento de como, ao permearem outras redes, as chamadas redes suporte, elas conseguem ir se expandindo num processo potencializado de interação entre si, culminando assim em redes sociais de maior complexidade, contendo inúmeras outras dinâmicas e outras energias" (STACEY, 1999, p.25).

A partir dessa visão, um grupo de jovens trabalhadores – rapazes de 18 anos recém-incorporados às atividades de uma Organização Militar, foi acompanhado cotidiana e sistematicamente em atividades rotineiras e outras desenvolvidas especificamente para eles, com fins à educação preventiva ao uso indevido de drogas, enquanto no período da prestação do Serviço Militar Constitucional.

Estas ações específicas eram constituídas por uma série de atividades que incluíam desde técnicas integrativas e inclusivas até a preparação para o mercado do trabalho. O programa se consolidava num processo de construção sócio- interacionista para uma aprendizagem significativa que possibilitava uma amplificação em termos de competência pessoal, profissional e social e portanto, uma maior autonomia.

A ênfase do programa centrava-se neste ser humano trabalhador, que foi gradativamente sendo trazido e revelado como um ser plural, extremamente complexo e criativo, dotado de múltiplas capacidades, senhor do seu próprio “destino” e protagonista de sua história construída nas relações do cotidiano. O desenvolvimento integral visto como algo possível e tangível, era estimulado de tal maneira que, a partir da apropriação dos diversos saberes, poderiam experimentar transformações concretas em suas vidas.

A saúde apresentada como um patrimônio e um bem inalienável, sustentou amplas discussões. Estilos saudáveis de viver, preservação da saúde a busca de bem – estar, de realização e desenvolvimento pessoal, profissional e social foram os “panos de fundo” para debates, reflexões e conscientização do grupo.

O trabalho foi introduzido como uma das inúmeras formas de se sentir incluído, de se tornar também cidadão - sem distorções, explorações ou manipulações. O aprendizado, o estudo como a fase de apropriação de saberes: tecnológicos, sociais e instrumentais capazes de habilita-los a transformações necessárias em suas vidas para aproxima-los o máximo possível da tão desejada autonomia e cidadania plena.

O uso de drogas introduzido, avaliado e interpretado como algo capaz de no mínimo, desfocar o Projeto de Vida Pessoal e/ou da capacidade de estar contribuindo para uma cultura de Paz, Justiça Social, Solidariedade e Desenvolvimento Nacional.

Os olhares sobre a dependência às drogas, foram reinterpretados à luz do novo paradigma emergente base dessa nova Ciência da Complexidade. Sobre a mudança de olhar, o epistemologista francês Edgar Morin, apresenta as linhas gerais nas quais se suportam este paradigma emergente e integrativo em contraposição ao paradigma cartesiano dicotômico:

“antes apresentava -se ordenado numa lógica cartesiana de certezas e de controle, passa a ter agora, traços inquietantes da confusão, do inextricável, da desordem, da contradição, da ambigüidade e de incertezas, que conduz a uma visão mais integrativa, de maior atenção às múltiplas possibilidades, às interações objetivas e subjetivas, às composições, à aprendizagem a cada passo e à auto-regulação” (MORIN, 1997, p.21)

Abordar o fenômeno da dependência ao uso de drogas, a partir do referencial da ciência da complexidade, é olhar o fenômeno nas suas inter-relações, nas suas ambigüidades, nos seus paradoxos e nas suas interconexões. Esta abordagem poderia estar contribuindo não só para um melhor entendimento sobre o fenômeno da dependência ao uso de drogas nas sociedades e no trabalho, mas também para o entendimento das necessidades do Ser Humano e em especial para o Ser Humano Trabalhador.

Ao trazer este olhar interpretativo desejou-se aproximar teoria da prática, desejou-se ampliar e dinamizar procedimentos que pudessem valorizar e resgatar esse Ser Humano na sua integralidade, na sua complexidade, nas suas múltiplas relações: com o mundo, com as outras pessoas, com o trabalho e com todas as outras formas de relacionar. Esta maneira de ver o Ser Humano pareceu-nos ser particularmente interessante para a Ergonomia, como ciência preocupada com a saúde e o bem-estar de trabalhadores. Particularmente, ao trabalhar com um grupo de trabalhadores militares, poderíamos estar trazendo contribuições para a própria Administração do Ministério da Defesa, em virtude da constante preocupação de administradores militares, no tocante ao assunto uso de drogas.

Acontecimentos diuturnos relacionados ao uso de drogas, praticamente em todas as Unidades Militares distribuídas no imenso território brasileiro, precisam de adequados encaminhamentos por parte destes administradores.

Em suma, a pretensão desse estudo era a identificação, sob o ponto de vista tanto dos indivíduos quanto da organização, das reais necessidades e condicionantes importantes e indispensáveis para a transformação do ambiente de trabalho (Organização Militar) em ambiente de aprendizagem individual, coletiva e organizacional, onde a promoção à vida, a aprendizagem e apropriação de técnicas que pudessem ampliar habilidades que melhorassem competências individuais e sociais no enfrentamento de situações conflitantes, fossem uma perspectiva realizável e exequível.

Administradores militares estão muito inclinados a propiciar ambientes de trabalho pautados pelo profissionalismo e pela ética. Ambientes onde predomine a participação e a solidariedade, o respeito e a amizade, a construção coletiva, a valorização de cada um dos seus integrantes e do conjunto deles. Ambientes enfim, mais participativos, amigáveis e criativos onde, a aprendizagem coletiva seja também uma das justificativas do processo de Construção da Cidadania.

Estes aspectos são desejados em última análise pela própria Organização Militar, no sentido de estar contribuindo social e politicamente com o desenvolvimento de seus integrantes, de suas famílias, das inúmeras e tão distintas comunidades onde estas Organizações Militares estão inseridos e, por extensão para o país. Essa parece ter sido a forma pela qual as Organizações Militares têm procurado contribuir para a minimização de tensões sociais no país. São outros tempos. Esta Instituição, Forças Armadas, instrumentos legítimos da Sociedade Brasileira, resgata sua vocação histórica para o pleno desenvolvimento social.

Cada vez mais e de forma mais intensa, administradores militares têm oportunizado aos integrantes dessa instituição, reflexões sobre as distorções e profundas desigualdades sociais e econômicas no país, construída histórica -social e culturalmente, comprometendo individualmente cada um dos seus membros, quer na condição de sujeitos históricos, quer na condição de cidadãos, numa revisão e re-ordenação desse contexto, garantindo a Lei e a Ordem e colaborando para que o país possa desenvolver-se plenamente. Estes administradores militares, têm procurado empenhar-se progressivamente, na formação profissional do militar – cidadão que, a par de suas atividades militares, não perca de vista os interesses maiores da Nação a quem, legitimamente serve. Cada vez mais Quartéis e Centros de Formação tem sido verdadeiras “Escolas de Cidadania”.

A meta proposta para este Programa de Educação Preventiva – que não se limitava apenas a prevenção ao uso/abuso de drogas no trabalho e na vida, era na verdade, capacitar trabalhadores das organizações militares – a adquirirem uma maior habilidade em lidar com situações conflituosas, principalmente aquelas associadas a dinheiro, relações afetivas e aversivas, uso de drogas (lícitas ou não), sexo, família, valores, capacidade de lidar com pressão negativa do grupo, tomada de decisão, resolução de problemas ou situações que gerassem elevado nível de stress. Dessa forma, poderíamos estar contribuindo para um amplo desenvolvimento (psicossocial,

ético, cultural...), no sentido de conduzi-los à autonomia e auto-realização pessoal e profissional.

1.1 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Este trabalho está inserido na área de concentração em Ergonomia do Programa de Pós - Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina e está dividido em seis capítulos. No primeiro capítulo são apresentados os elementos básicos que justificam a pesquisa realizada, suporte desta dissertação, já no segundo, fundamenta-se a pesquisa a partir dos referenciais teóricos explicitados no campo do conhecimento e no campo da aplicação. Segue-se o terceiro capítulo, onde estão incluídos alguns elementos caracterizadores do fenômeno do uso de drogas e a revisão da literatura sobre estudos em prevenção. Incluem-se, nesse capítulo, estudos dos Programas de Prevenção e as orientações para o desenvolvimento de trabalhos de educação preventiva, bem como uma possibilidade de nova abordagem para um programa específico, o Projeto Esperança, que vem sendo usado como proposta preventiva ao uso de drogas nas Organizações Militares em todo o Brasil.

O quarto capítulo descreve a fundamentação metodológica utilizada, apresentando a amostragem, o instrumento de coleta de dados, as variáveis e a relevância de alguns dados. No quinto capítulo, são apresentados os resultados obtidos na pesquisa, fazendo-se a relação com o referencial teórico e com todas as etapas da pesquisa. E então, no sexto capítulo, apresentam-se às conclusões e às recomendações para trabalhos futuros. Em seguida, apresentam-se as fontes bibliográficas, citadas e consultadas e, por fim, destacam-se os apêndices e os questionários utilizados para a coleta dos dados usados na pesquisa.

1.2 O PROBLEMA DA PESQUISA

No espaço do trabalho, o uso, abuso e o tráfico de drogas apresentam-se particularmente perigosos. Dependendo das atividades desenvolvidas, do tipo de trabalho ou tarefa executada, este uso ou abuso pode, inclusive, comprometer a integridade física, emocional e profissional do trabalhador, em função de seus inúmeros desdobramentos, quer nos aspectos individuais, quer nos aspectos coletivos, funcionais e também organizacionais.

Assim, é extremamente importante que todos tenham uma visão crítica sobre o uso de drogas em serviço, isto é, quando na execução de tarefas, atividades ou serviços independente de posturas pessoais, mais ou menos liberais.

Particularmente no contexto do trabalho, onde as energias precisam ser canalizadas para a criação e execução de tarefas, o uso de drogas pode diminuir a atenção, provocar alteração de humor e da concentração, alterar a interpretação e a percepção de sinais, registros e dados, a coordenação motora, interferir na compreensão e na noção de perigos eminentes, pode promover a negligência com normas de segurança individual e/ou coletiva e uma série muito grande de outras alterações que poderão ocorrer. Dependendo da droga, das "condições do indivíduo", da quantidade usada e das motivações para o uso, poderiam ocorrer prejuízos significativos tanto a trabalhadores quanto a equipamentos, máquinas e instalações.

Portanto, esforços no sentido de minimizar a introdução de drogas no espaço do trabalho, devem ser exercitados por todos da Organização. Esta é uma preocupação que deve perpassar não só pelos administradores, mas também pelos trabalhadores, transitando em todos os níveis e circuitos da Organização e desta com outras Organizações que constituem as redes - suporte (fornecedores, clientes e comunidade).

Um Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUI DT), mesmo construído por muitas mãos, através de interações com todos os agentes, e levando em consideração a ampla diversidade de fatores e envolvimento, não deve, ainda assim, estar desvinculado de outros programas importantes para um bom clima organizacional, em outras palavras, programa desta natureza, precisa estar ajustado às necessidades dos trabalhadores e das organizações.

Programas mais amplos existentes nas Organizações, constituem-se em redes e são denominados de "Políticas da Organização" ou "Políticas da Empresa" eles identificam a própria Organização. Tais programas, na rede organizacional, podem receber nomes como: programas de educação e capacitação continuada, programas de atualização e valorização dos trabalhadores, planos de cargos e salários, programas de benefícios da organização, planos de saúde e tantos outros.

A finalidade, portanto desse Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUI DT), foi o gerenciamento de um processo orientador não só para o não uso/abuso de drogas no trabalho e/ou na vida, mas além disso, e de maneira também objetiva, sintonizar-se com outros programas já existente, quer através das atividades promovidas pela Gerência de Recursos Humanos, quer nas atividades

gerenciadas pelo segmento da Medicina e Segurança do Trabalho na Organização enfim, fazer parte da rede promotora de “Qualidade de Vida no Trabalho” – o que pode ser verificado através de sinais como: melhoria das relações interpessoais em todos os níveis e segmentos da organização, melhoria no processo de comunicação interno e externo da organização, satisfação, adequação e integração de cada um e todos os colaboradores, fornecedores e clientes daquela organização.

Assim, o Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho, se constituiem como parte da mensa rede organizacional, por isso, ao se propor um Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho deseja-se buscar resposta para os seguintes questionamentos:

- *Como a aplicação de um programa educativo com fins ao não uso de drogas no trabalho, pode concretamente contribuir com e para a Política da Organização, no sentido de promover um melhor ambiente de trabalho onde trabalhadores e administradores possam estar interagindo criativa, cooperativa e solidariamente na construção de relações mais saudáveis, que leve em conta o sujeito em toda a sua plenitude e os objetivos e metas da própria organização?*
- *Cômo essas práticas preventivas podem influenciar as redes internas (as já existentes no próprio ambiente de trabalho) e as externas (aquelas constituídas por clientes, fornecedores e a própria comunidade) no sentido de que as metas do programa e da organização sejam alcançadas?*

1.3. OBJETIVO GERAL

Levantar dados, na pesquisa proposta, que contribuam para o melhor entendimento do fenômeno do uso e abuso de drogas, bem como da aplicação de Programas de Educação Preventiva ao uso indevido de Drogas no Trabalho, tendo como proposta a “busca individual de maior autonomia e competência, quer no trabalho, quer na família, quer na sociedade, visando à realização pessoal e profissional e uma melhor qualidade de vida” .

1.3.1 Objetivos Específicos:

Identificar, a partir da realidade, crenças e valores de um grupo de jovens trabalhadores designados para cumprirem o Serviço Militar Constitucional no HGuFI, o

entendimento sobre o complexo fenômeno da dependência de drogas e como esse entendimento influencia na tomada de decisões e na auto – regulação espontânea;

Identificar o grau de ansiedade e a criatividade possível dentro da Organização Militar, durante a aplicação do programa de educação preventiva;

Registrar possíveis contribuições na produção de conhecimento sobre o uso de drogas no trabalho e nas Organizações, advindas da pesquisa, quando da aplicação deste Programa de Educação Preventiva ao uso Indevido de Drogas no Trabalho.

1.4 JUSTIFICATIVA

O consumo e a dependência de drogas têm sido, ao longo dessas duas últimas décadas, motivadores para pesquisas tanto na área médica (Farmacologia, Psiquiatria, Clínica Médica, Pneumologia, Imunologia, Epidemiologia e outras), como em áreas não médicas (Educação, Psicologia, Sociologia, Serviço Social, Área Jurídica dentre outras), por ser um bom exemplo de tema multidisciplinar. No decorrer dessa última década, este fenômeno (dependência de drogas) tem atraído inúmeros cientistas e profissionais de todas as áreas do conhecimento humano, o que tem propiciado um melhor entendimento sobre o fenômeno. A partir dessas multi - abordagens, o fenômeno da dependência de drogas revela-se como bastante complexo e, portanto, necessária uma intervenção de diferentes profissionais das mais diversas áreas para uma efetiva busca de soluções.

Ao implantar um Programa de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUI DT), deve-se ter em mente, não quanto o programa reforça e amplia a Política da Organização no sentido melhorar o clima organizacional mas, e principalmente, quanto ele pode beneficiar a trabalhadores daquela Organização.

Portanto, as características e as peculiaridades, tanto organizacionais quanto dos trabalhadores são absolutamente fundamentais para um resultado positivo.

Para uma Organização Militar, por exemplo, em que os trabalhadores são indivíduos armados e preparados para atividades de combate, deve-se ter em mente, na elaboração do programa de prevenção, o clima organizacional e sua política e ainda considerar as associações de riscos potenciais e reais. Em uma Organização Militar, somam-se fatores peculiares, que passam desde o armamento pesado, munição de alto poder destrutivo, treinamento militar para combates armados, técnicas de destruição em

larga escala até um clima organizacional de respostas imediatas a ameaças pelo emprego da força.

Por isso, justifica-se plenamente a aplicação de um programa de tal envergadura, neste ambiente organizacional.

Outra justificativa para a pesquisa reside na possibilidade de se ter um melhor entendimento sobre a Organização e do “clima organizacional”, como também estar podendo gerar registros de possíveis mudanças, quando da aplicação de um Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUI DT). Nesse sentido, a pesquisa não só estaria colaborando para uma análise sobre a Organização Militar de Saúde, mas poderia inclusive, gerar dados para uma melhor compreensão sobre o fenômeno da dependência do uso de drogas no trabalho.

Da forma como foi concebido, este programa pode tornar-se mais uma ferramenta e contribuir para a Ergonomia, como ciência mediadora das interfaces entre Trabalhadores e o Trabalho, visando sua aplicação na administração de pessoas e de processos, minimizando danos provocados pelo uso de drogas nas relações no mundo do Trabalho.

A Ergonomia, apresenta-se como um conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem trabalhador, necessária para a concepção de ferramentas, máquinas e quaisquer outros dispositivos que possam ser utilizados para gerar o máximo de conforto, segurança e eficácia na execução de tarefas. Esta pesquisa pode contribuir para que ambientes de trabalho, tornem-se mais seguros, e onde trabalhadores possam estabelecer relacionamentos mais solidários e confiáveis visando uma maior integração entre si e a comunidade a que servem.

No Brasil, todas as Unidades Militares do Exército foram contempladas com o Projeto Esperança. Este programa foi concebido e desenvolvido pelo Centro de Estudos do Pessoal do Exército Brasileiro em 1988 e efetivado em 1989. A partir daquele ano, todas as Unidades Militares do Exército receberam orientação e material para que pudessem aplicá-lo efetivamente. Até 1995 havia um grande empenho por parte dos Comandantes para a sua aplicação, tanto para o “pessoal antigo” (profissionais de carreira) quanto para os “novatos” que, a cada ano engrossava a Força Terrestre. A partir de 1996, a carga horária destinada à execução do Projeto Esperança foi reduzida para 20h de atividades e sua aplicação se restringiu ao Curso de Formação Básica de Combatentes, nos três primeiros meses, logo após o ingresso dos novos soldados recrutas.

Uma outra finalidade da pesquisa seria a de avaliar tanto a eficiência do Projeto Esperança como programa preventivo ainda vigente, bem como dessa nova proposta de Educação Preventiva, como instrumentos redutores de novos casos de uso de drogas entre militares. Constaria dessa avaliação estudos sobre o quanto e como estes Programas promoveriam, nesse tipo de trabalhador, mudanças qualitativas de atitudes frente a cuidados com a própria saúde, a integridade física, mental, social e espiritual. Poderia estar indicando quais seriam as técnicas que mais eficientemente contribuiriam para a promoção de estilos saudáveis de vida, do aumento de competências individuais, profissionais e sociais de modo a que ocorresse uma rejeição ao uso de drogas, como indicativos explícitos

1.5 PRESSUPOSTOS:

Ao aplicar um Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUI DT), como atividade sistematizada e de forma absolutamente interativa, ocorreria uma minimização de novos casos de uso de drogas na Organização, e/ou mais precocemente e de maneira menos traumática trabalhadores já envolvidos com uso/abuso sentir-se-iam encorajados a procurar ajuda e por isso, poderiam ser ajudados e ter melhores encaminhamentos para diversas terapias, o que lhes possibilitaria uma mais rápida reabilitação.

De forma direta, melhorias visíveis no ambiente de trabalho expresso em aumento do nível de confiança, melhoria nas relações interpessoais, minimização de ansiedades e busca de soluções mais participativas. Isto geraria “ambientes” com maior “Qualidade de Vida no Trabalho”, ampliação e democratização da “Qualidade de Vida” para estes trabalhadores,” e por extensão para seus familiares e para a Comunidade.

É possível que ocorresse também ampliação dos espaços para a criatividade, para o encontro desses trabalhadores com níveis maiores de satisfação e prazer, uma mais clara participação nos esforços da Organização para superação de suas dificuldades (“vestir a camisa”), bem como de uma melhor e mais humanizada interação entre os vários sujeitos (trabalhadores daquela Organização) e suas redes diretas (clientes e fornecedores). De acordo com Chanlat (1996), “oportunizando a contemplação de outras dimensões humanas esquecidas pelas organizações” (p.14).

A verificação da validade ou não da aplicação deste PEPUI DT dar-se-ia através da observação de mudanças de atitudes e comportamentos em relação ao uso de drogas através: do fortalecimento e da ampliação da auto-preservação; do aumento da

através: do fortalecimento e da ampliação da auto-preservação; do aumento da resistência a violências e frustrações; da elevação do sentimento de auto-estima; no desenvolvimento em competências pessoais, profissionais e sociais gerenciadoras de maior autonomia, confiança e satisfação pessoal e profissional .

Uma das possibilidades para a verificação de tais mudanças, seria a observação de como os participantes do programa se através de "simulações" de situações - problema onde o uso de drogas e a violência (física ou não), fossem instrumentos utilizados para resolver "pendengas". Também em situações de ainda, a negligência com a saúde, com o bem-estar e com o desenvolvimento pessoal/profissional fossem evidenciados. As formas criativas e organizadas de lidar com situações difíceis, onde a agressividade, a negligência, a omissão e o descaso pudessem ser substituídas por formas pró-ativas e assertivas, com visíveis reflexos na apropriação de maior competência e maior autonomia, seria em nossa avaliação, um dos sinais de validação do Programa.

1.6 LIMITAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA

A pesquisa concentrou-se na construção sócio - interacionista de um Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas em uma Organização Militar de Saúde como proposta para programas prevenção ao uso de drogas no trabalho (em organizações). Esse é um fator limitante, pois não trata a pesquisa do estudo das Organizações, ou do estudo da Ciência da Complexidade ou ainda o estudo da Ergonomia. Tanto o estudo das Organizações quanto o estudo da Ciência da Complexidade ou o da Ergonomia, como ciências bem definidas e fundamentadas, apresentam conteúdos específicos, vasta literatura e um número significativo de autores e publicações de refinado padrão científico.

Não é objetivo deste estudo enveredar-se nos conteúdos destas ciências, embora com certa frequência utilizou-se conceitos e metodologias próprios da Ergonomia, da Ciência da Complexidade e do estudo das Organizações.

Assim, os limites para esta pesquisa exploratória residem no seguinte:

- Aplicar e avaliar Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho tendo como meta a melhoria da qualidade de vida no trabalho e na vida, o aumento de competência para escolhas mais sintonizadas com estilos de vida saudável e maior autonomia e assertividade por parte dos participantes do programa ;

- Orientar este Programa de Educação Preventiva pelo paradigma emergente da Complexidade, objetivando tanto uma aprendizagem sobre o fenômeno da dependência de drogas quanto da possível aplicação na Ergonomia visando uma melhoria nas relações no mundo do trabalho;
- Selecionar ferramentas e técnicas sintonizadas com a Ciência da Complexidade e o Construcionismo Social e aplicá-las no Programa de Educação Preventiva;
- Definir o local da aplicação da pesquisa como o Hospital de Guarnição de Florianópolis - Organização Militar do Exército prestadora de Serviços de Saúde, em Florianópolis, Santa Catarina;
- Promover o acompanhamento de um grupo de 38 trabalhadores jovens (soldados recrutas recém-incorporados às atividades militares), como amostra pesquisada, desde sua chegada ao convívio militar (63º Batalhão de Infantaria), em março de 2000, até a sua baixa (despedida) do Serviço Militar Constitucional em fevereiro de 2001.
- Utilizar como um dos instrumentos diagnóstico e também de acompanhamento linear, um questionário para avaliação do conhecimento, das atitudes, comportamentos e ações efetivas frente ao uso de drogas e estabelecer um cronograma de avaliação para o início, o meio e o fim do processo.
- Adequar outras formas de avaliação circulares nas quais os dados obtidos sirvam permanentemente para aperfeiçoamento sistemático do processo e correção de rumos.

Assim, resumidamente temos como limites para esta pesquisa: a aplicação, o acompanhamento e a sistemática avaliação de um Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (aqui escolhida uma Organização Militar de Saúde do Ministério da Defesa, Exército Brasileiro sediado na cidade de Florianópolis), tendo como amostra 38 soldados recrutas (jovens trabalhadores) designados para a prestação da 2ª Fase do Serviço Militar Constitucional, de junho/2000 a fevereiro/2001.

1.7 MOTIVAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O aumento significativo do número de ocorrências envolvendo militares de diversos níveis hierárquicos com o uso, abuso, dependência e/ou com o tráfico de drogas, inclusive nas Organizações Militares em todo o Brasil, a despeito de inúmeras ações planejadas, desenvolvidas e executadas na totalidade destas Organizações Militares, com fins específicos a prevenção, tratamento e reabilitação desses militares,

motivou-me para a realização de um trabalho investigativo que pudesse ser avaliados da eficiência dessas ações executadas nas Organizações Militares.

Conduzir investigações nos programas preventivos já existentes (Projeto Esperança, Projeto de Educação Sexual) e, quando da aplicação desse programa proposto, contrastar métodos e resultados. Avaliar a eficácia de cada um deles como instrumentos institucionais capazes de mobilizarem o público interno no sentido do não uso de drogas e simultaneamente, avaliar o comportamento desses programas como dispositivos capazes de inspirarem confiança dos trabalhadores já envolvidos com drogas daquela organização, no sentido de buscarem ajuda para um melhor e mais eficiente encaminhamento com fins a terapias, tratamentos e reabilitação.

Estudar possíveis mudanças no ambiente organizacional, que permitissem a par da missão e das rotinas impostas pela Organização, visando melhorias significativas na qualidade de vida no trabalho bem como na qualidade de vida dos trabalhadores.

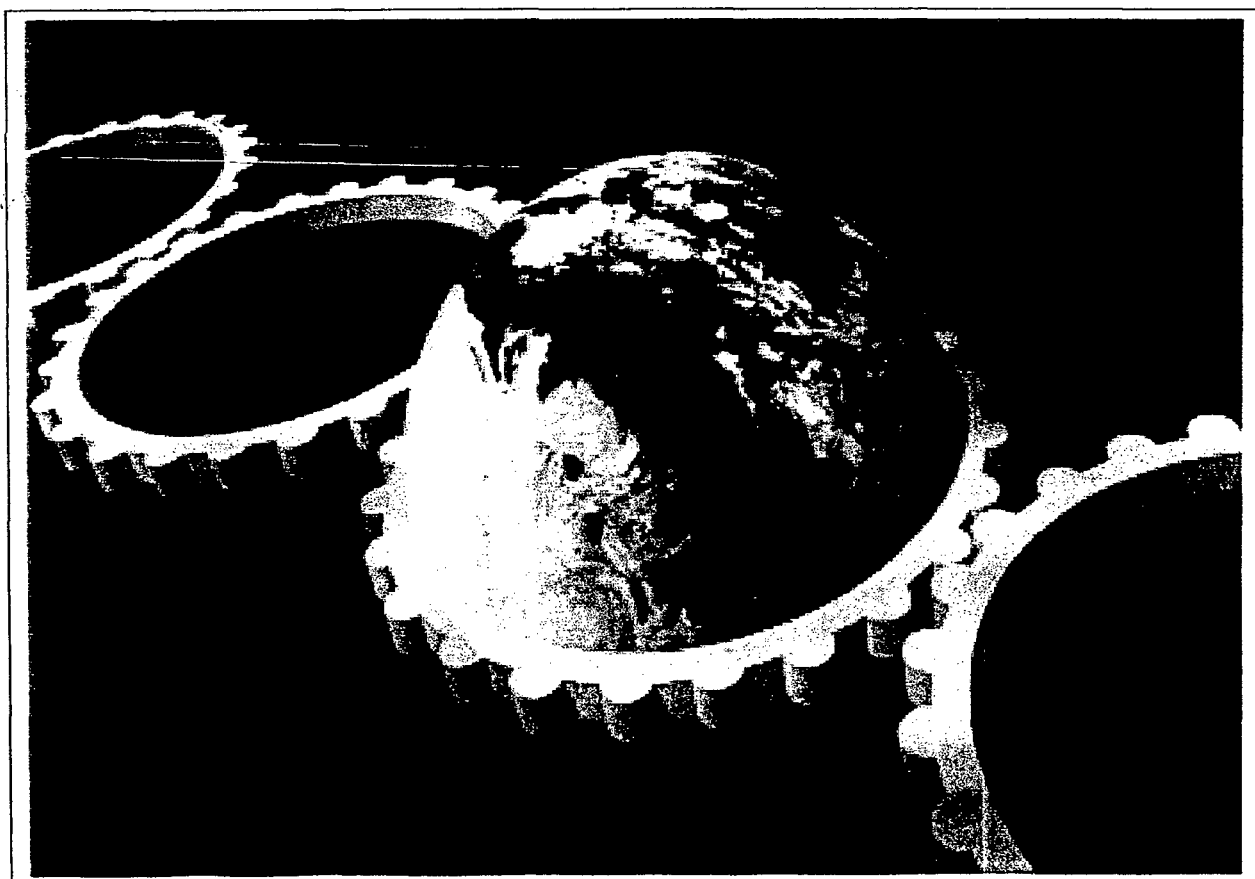
Anualmente, por dispositivo constitucional, jovens masculinos de 18 anos em todo o Brasil apresentam-se nas Juntas de Serviço Militar, são selecionados e cerca de 1 milhão vão servir em alguma Organização Militar do Exército, Marinha e Aeronáutica. São pessoas das mais variadas classes sociais, nível escolar, credo religioso enfim uma multivariada amostra. É possível trabalhar nesta tão diferenciada população programas de prevenção? Que aspectos devam ser prioritários, levando – se em consideração o ambiente, a região as características pessoais, coletivas, locais e regionais? Isso constitui também uma motivação para a pesquisa: que possibilidades integrativas podem aparecer a partir da aplicação de um programa como este? Que aspectos objetivos e subjetivos devem e podem ser levadas em consideração?

Que contribuições advindas do referencial da Complexidade, podem ajudar a reinterpretar essa multi- variedade de situações? Que fatores objetivos e subjetivos apresentam nessas redes tão interconectadas com sujeitos, situações e necessidades que contextualiza, incorpora e aglutina tudo em tudo? Como esses referenciais nos ajudariam a melhor perceber essa realidade e como poderíamos estar contribuindo para a melhoria das relações organizacionais em busca de qualidade de vida no trabalho para esses trabalhadores no trabalho e em suas vidas pessoais?

A possibilidade de ampliar o entendimento sobre o fenômeno da dependência ao uso indevido de drogas no trabalho e na vida, bem como o aperfeiçoamento de práticas preventivas que pudessem ser trabalhadas cotidianamente nas organizações, impulsionaram-me para buscar nos circuitos acadêmicos, possibilidades de sistematizar

estes conhecimentos vivenciados ao longo dos anos. Por uma felicidade muito grande, aproximei-me dos professores José Baus e Francisco Fialho. Esses especialistas brindaram-me com suas cuituras, seus saberes, práticas, suas sabedorias e amizades – o que me honram muito. Pelo acolhimento a mim, a minhas idéias, pela sábia orientação e incentivo para a pesquisa dada por ambos, acreditei que seria possível ampliar os olhares sobre dependência ao uso de drogas e assim sendo, seria também possível ampliar as ações preventivas. Eles sem dúvida, foram os grandes motivadores para esta pesquisa. A crença de que seria possível um melhor entendimento sobre as inúmeras “motivações” para o uso de drogas, na vida e no trabalho, bem como do aprendizado e aperfeiçoamento de técnicas preventivas que, de forma objetiva, melhore a competência individual e coletiva para o enfrentamento de conflitos e problemas cotidianos, bem como para o refinamento do senso-crítico e da assertividade com fins a uma ampliação da autonomia, da possibilidade de auto-realização plena e do desejo de Ser feliz, cristalizam as perspectivas para a aplicação deste programa preventivo.

Figura 2: Uma nova Sintonia Universal – Segundo o paradigma emergente da Complexidade, onde o meramente mecânico dá lugar ao integrado, podemos acreditar que um programa de prevenção centrado nas inter-relações pode e deve relacionar tudo e a todos, reciprocamente.



2. NO NOVO TEMPO, UM NOVO OLHAR.

Vive-se em uma época de profundas inquietações, onde as reais necessidades do homem e das organizações alteram-se devido à explosão permanente dos processos de mudança e à constante inovação tecnológica.

Esta constatação confronta com outra tremendamente bombástica: a humanidade encontra-se, atualmente, num estágio de desenvolvimento tecnológico simplesmente incrível, como nunca experimentou em época alguma de seu processo evolutivo, entretanto, paradoxalmente, nunca esteve tão próxima da degradação incondicional e da autodestruição como vive agora. Esta grande oposição é visível em todos os espaços, em todos os campos do conhecimento científico e tecnológico e está presente em todos os processos, quer de maneira intensa e objetiva, quer sutil e subjetivamente. Através da Morin, podemos constatar a ambivalência, marca desse tempo.

“A cada novo passo na resolução de problemas às vezes seculares, novos e terríveis desafios põem em xeque tudo aquilo que foi conquistado. Pode-se afirmar que vivem-se contradições e ambivalências incríveis, nesse tempo, as contradições e a impermanência são a tônica de cada novo avanço” (MORIN, 1999, p.22).

Em sua obra *“Ciência com Consciência”*, Morin apresenta uma abordagem pautada no conhecimento científico, que nesses três últimos séculos, vem conduzindo a humanidade na grande aventura das descobertas, seja do universo e da vida, seja das sociedades ou do próprio homem. Comenta o epistemologista Morin, sobre o grande desenvolvimento tecnológico promovido pela ciência.

“Essa forma de conhecimento trouxe-nos, de maneira espetacular, nesse século, a um fabuloso progresso em todos os campos do saber. Hoje, pode-se medir, pesar, analisar o Sol, avaliar o número de partículas que constituem nosso universo, decifrar a linguagem genética que informa e programa toda a organização viva. Esse conhecimento permite extrema precisão em todos os domínios, indo desde o entendimento que possibilita a domesticação da energia nuclear até o estabelecimento de princípios da engenharia genética. Portanto, esta ciência é elucidativa, isto é, resolve enigmas, dissipa mistérios, sendo também enriquecedora, pois permite satisfazer necessidades sociais; por isso, é conquistadora e triunfante” (MORIN, 1999, p. 12).

Contudo, nos alerta o próprio Morin, que é necessário que se olhe para esta Ciência e que se perceba que, ao lado do fabuloso desenvolvimento científico e tecnológico, esta mesma Ciência tem conduzido toda a Humanidade à degradação e a autodestruição.

(...) “essa mesma ciência elucidativa e triunfante apresenta-nos cada vez mais problemas de gravidade tão intensa quanto espetacular, produz cada vez mais subprodutos perigosos e indecifráveis; essa mesma ciência libertadora traz possibilidades terríveis de subjugação”. (MORIN, 1999, p. 12),

Baseando-se nestas possibilidades e contradições, pretendeu-se descrever, de maneira sistematizada, o processo de educação preventiva ao uso indevido de drogas no trabalho e, por extensão, na família e na vida comunitária, a partir de olhares mais amplos, da ciência da complexidade e do aprendizado do construcionismo social.

Esse olhar da complexidade pode ser aplicado em contraposição a uma leitura de homem, sociedade, mundo e educação fragmentados presentes no paradigma mecanicista. Sua aplicação está no entendimento de que todas as coisas estão relacionadas entre si e devem ser consideradas de forma integral e não fragmentada. Coletiva e interativamente é uma maneira melhor de aprender, porque levam-se em conta todas as interações, toda a diversidade, as oposições, as ambigüidades, os paradoxos, as interconexões entre as várias estruturas e redes as formais (aquelas relacionadas à própria organização: regime de trabalho, acordos trabalhistas, contratos, regras e normas de procedimentos, organograma, fluxograma...) e as informais (relacionamentos, fluxo de comunicação, amizades...).

Aprender sob esse novo modo de ver o mundo nos permite avaliar a existência de redes visíveis, formais, com hierarquias verticais e controladoras e, ao mesmo tempo, perceber a influência das redes sombras, nas quais não há legitimação do poder, mas ele é exercido pela liderança, pela negociação, pela empatia e pela comunicação direta.

O aprendizado do construcionismo social objetiva um aprendizado associado ao contexto, incluindo as variações históricas e culturais e efetivamente todas as relações sociais: poder, educação, ordenação econômica, saúde e bem-estar social.

Todavia, é necessário responder algumas *perguntas*:

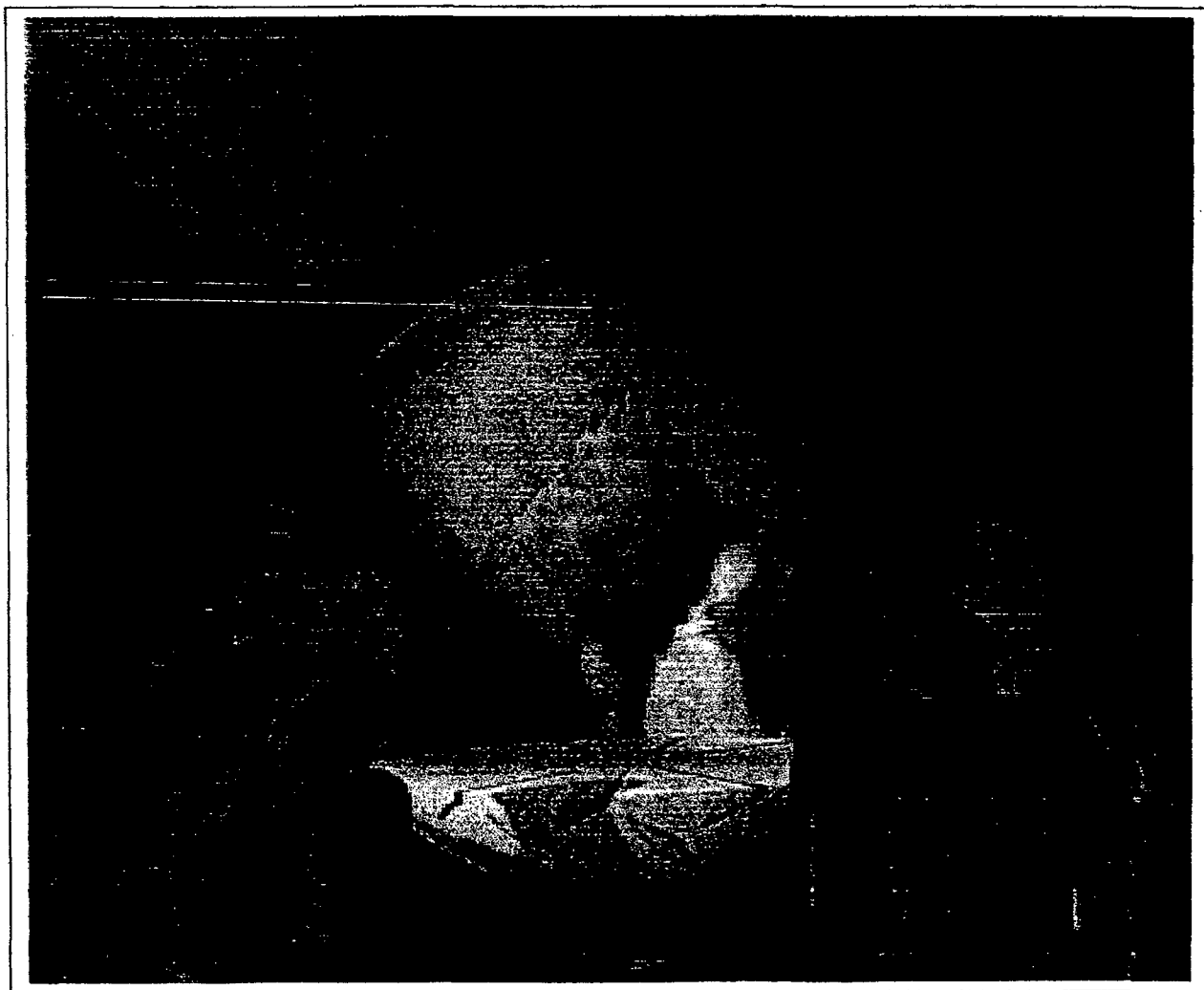
- 1 Como o aprendizado interacionista poderia nos ajudar a compreender melhor o fenômeno da dependência ao uso de drogas, e onde esta melhor compreensão

estaria validando a educação preventiva, como forma promotora a estilos saudáveis de aprendizagem, de convivência no trabalho e na vida do cotidiano?

- 2 De que maneira o olhar da complexidade nos ajudaria a promover, dentro das organizações, um clima de menor ansiedade e de maior solidariedade, onde as pessoas pudessem ser estimuladas a se apropriarem de saberes importantes para maior autonomia, ampliação de suas competências individuais e sociais e promoção de estilos saudáveis de trabalhar e conviver?

Para responder a estas e tantas outras perguntas, leituras foram necessárias tanto para melhorar o entendimento sobre o fenômeno da dependência ao uso indevido de drogas no trabalho quanto dos referenciais escolhidos.

Figura 3 - Nova visão de Mundo: A ciência ocupa a singular posição de escuta poética da natureza. É possível olhar cada fenômeno com um novo olhar, mais completo, mais integrado. O fenômeno da dependência química passa por essa nova visão essa nova leitura. É uma nova aliança, é uma busca de um "saber reconciliado" que poderia lançar as bases de uma nova visão de Mundo onde todos podem e devem integrar-se" (Ilya Prigogine)



2.1 UM NOVO OLHAR, UMA NOVA PRÁTICA E UMA NOVA ÉTICA.

REFERENCIAL TEÓRICO: CAMPO DO CONHECIMENTO.

A intenção de pontuar linhas gerais dos referenciais no campo do conhecimento bem como da aplicação é de fixar algumas idéias centrais que se apresentaram na pesquisa realizada.

Assim, uma visão sobre a complexidade tem o propósito de expor e melhor associar o tema da pesquisa com as bases epistemológicas da Ciência da Complexidade. Apontar linhas básicas de entendimento sobre o construtivismo e o construcionismo social é, na verdade, subsidiar o entendimento de como foi construída a aprendizagem preventiva. Expor as bases desse referencial é na realidade, apresentar métodos pelos quais se pode buscar um estilo de vida saudável, em que aprender a cuidar significa respeitar limites e ampliar possibilidades numa visão ética, estética e ecológica. A isso chamamos de Qualidade de Vida.

Para um possível questionamento sobre a(s) razão(ões) por que apresentaram-se estes referenciais, pode-se dizer que:

1. Apesar de a Organização pesquisada (Organização Militar prestadora de serviços de saúde) estar regida por esquemas dominantes rígidos identificados por níveis hierárquicos bem definidos e verticalizados, múltiplos níveis de controle, fluxo de informações estrangulado em muitos pontos, interferências no grau de liberdade e estabelecimento de nítidos parâmetros limitadores, esta mesma Organização convive e, de certa forma, "tolera" uma rede informal, onde os níveis de tensões são canalizados para a criatividade, para a melhoria das relações entre os diversos agentes da Organização, bem como na auto-regulação do grupo, o que ocorre como reordenação das energias;

2. O processo de Educação Preventiva para os agentes da Organização se dá exatamente na ocupação integral de todos os espaços da rede informal e em muitos espaços da rede formal, de tal modo que ocorra uma minimização de tensões entre as redes e que o processo de aprender a aprender resulta no aumento do nível de consciência e que, freqüentemente, promove uma maior autonomia e uma ampliação nos níveis de competência individual e social.

2.1.1. Uma visão da complexidade:

Na busca da fundamentação do referencial teórico sobre complexidade, destacam-se vários autores como Stacey, Morin, Prigogine e tantos outros, porém, a leitura de

Morin sobre a *Epistemologia da complexidade* nos trouxe uma objetiva contribuição, pois o autor apresenta uma “epistemologia” integrativa, atenta a todas as relações, provocativa e desafiadora, e paradoxalmente, tão presente no nosso cotidiano, no nosso fazer e em nossas ações. O sentido novo é que se deve perceber as inter-relações de todas as coisas. Isso nos estimula a pensar que nada está dissociado, isolado no tempo ou no espaço, na cultura ou no contexto, tudo está interconectado a tudo.

As relações de todos os fenômenos naturais, por mais desconexas que possam parecer, apresentam intensa relação; são relações do tudo com o tudo; na afirmação – síntese de Pascal, de que “*tudo está em tudo e reciprocamente*”, o que nos convida a ampliar nossa visão. Salienta que há complexidade onde quer que se “produzam ações”, onde se estabeleçam relações, onde os fenômenos acontecem. Na prática, há sempre um emaranhado de ações, de interações e de retroações de cada coisa e delas entre si.

Há fenômenos que não se podem determinar e que, empiricamente, agregam-se incertezas no pensamento, são os fenômenos aleatórios, que se apresentam como exemplos do modelo complexo. Neles há um pólo empírico e um outro polo lógico, expressando, desta forma, dificuldades lógicas e dificuldades empíricas.

Por outro lado, cada indivíduo numa sociedade, nos afirma Morin:

“é uma parte de um todo, que é a própria sociedade, mas esta intervém, desde o nascimento do indivíduo (particularmente: acho que é bem antes), através da linguagem, normas, proibições, cultura, seu saber, o todo está na parte. Quando afirma que o todo está na parte não quer dizer que a parte seja um reflexo puro e simples do todo. Cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, mas, de algum modo, contém o todo” (MORIN, 1997, p. 39).

Várias são as agências sociais responsáveis pela Educação (a família como primeira escola, a própria escola e toda sua formalidade, a vida comunitária, igrejas e todos os espaços de convivência social), porém percebe-se que a Escola é a agência por excelência para a aprendizagem. Na Escola, todo o processo de aprendizagem se apresenta invariavelmente pelo método desintegrativo. Aprende-se a pensar separando. Aprendemos a separar matérias, isolar objetos de seu ambiente, isolar partes do todo. Nosso pensamento é disjuntivo e reducionista: buscamos a explicação de um todo através da constituição de suas partes. Sempre estamos dispostos a eliminar a complexidade, as inter-relações, as ambigüidades, os paradoxos. Este é um obstáculo epistemológico profundo, segundo Morin, pois

(...) * promove uma fixação na forma de pensar, impondo à mente desde a infância, perdurando pelos vários níveis escolares, que se incrusta no

modelo de especializações e especialistas; e o mundo dos *experts* e dos especialistas que manejam cada vez mais nossas sociedades" (MORIN, 1999, p.14).

Por conta destas visões cada vez mais dissociativas, desintegramos cada vez mais o ser humano, o cosmos e tudo que há nele.

"Em Descartes, em Newton, o mundo é perfeito, nele reina a ordem, a previsibilidade, o controle e o mecanicismo. Mesmo quando Laplace afastou Deus do mundo, conservou para o mundo a perfeição apresentada como uma máquina determinística perfeita, capaz de controlar e prever todos os eventos, todas as variáveis. A desordem não podia ser mais que uma ilusão. Porém, neste mesmo Universo mecânico, eterno e ordenado, deparou-se a ciência clássica com dispersões das galáxias e dessa radiação fóssil re-elabora-se a criação do Universo, não *por uma mão ou vontade divina*, mas por uma flutuação energética, que combina a ordem com a desordem. Nosso Universo é, portanto, fruto de uma dialógica de ordem e desordem, capaz de produzir não só todas as organizações existentes no Universo, porém e mais importante capaz de por isso mantê-lo!" (MORIN, 1999, 15).

Todos os elementos dialógicos interconectam-se uns aos outros, há uma tendência para a auto-regulação exatamente, por não estarem isolados, mas em rede. Dizia-se antes que, semelhantemente, uma sociedade é uma entidade onde todas as interferências – qualitativas ou quantitativas, interagem e retroagem sobre o indivíduo dando-lhe uma linguagem, cultura e educação, sendo, por conseguinte, o todo mais que a soma das partes, porque a organização de um todo impõe restrições e inibições às partes que o completam.

As Organizações impõem suas leis, regras, tabus e proibições aos indivíduos que não podem fazer tudo que quiserem, porém têm uma certa liberdade de fazerem muitas coisas. Em outras palavras:

(...) "*traz a ordem e a desordem quando restringe e liberta, amplia e diminui, possibilita e inviabiliza, propõe aglutinações e dispersões, propõe redes formais visíveis e admite redes informais "invisíveis", quando propõe solidariedade no meio da conflitividade, quando estimula jogos das interconexões, quando oferece certeza e nas incertezas*" (MORIN, 1997, p 65).

As Organizações podem e devem cada vez mais preparar-se para as incertezas, numa transição lenta e contínua de um paradigma de previsibilidade para um de não previsibilidade, de uma forma de administrar por previsões e controle de variáveis para

uma outra forma baseada na intuição e no descontrole de muitas variáveis, enfim, é um *modo novo de aprender*.

Estamos em pleno processo de renovação da lógica interna que nos permite ter critérios de validação nos diversos processos e campos do conhecimento (paradigmas) e, de maneira mais evidente, do conhecimento científico e cultural. Conforme McCulloch e Bateson e Pakman (1991), todo indivíduo, sociedade ou família tem, a partir destes paradigmas, uma epistemologia (***visão de homem, visão de mundo, visão de sociedade***), ou seja, uma outra versão da realidade.

Visão de mundo aqui pode ser entendida como a compreensão geral do universo e da posição nele ocupada pelo homem, que se expressa por um conjunto mais ou menos integrado de representações e que deve contemplar, em última instância, a vontade e os atos de seu portador. Em outras palavras, "visão de mundo" diz respeito ao paradigma vigente em uma sociedade, em determinado período histórico" (AIRES, 2000, p.6).

Para o filósofo e historiador da ciência Thomas Kuhn,

(...) "paradigma seria o conjunto de métodos, problemas e padrões aceitos e utilizados por uma comunidade científica em determinado período. Ou ainda, em seu sentido fundamental, um paradigma é um conjunto de idéias que caracterizam uma determinada forma de ver o mundo em uma determinada época" (KUHN, 1992, p. 23).

William Doll nos afirma que:

(...) "estariamos vivendo no limiar de uma mudança paradigmática, entre o paradigma Moderno e um Pós- moderno. Dessa forma, assim como o que delimitou os paradigmas pré-moderno e moderno foi a constatação de uma série de modificações no modo de agir e pensar principalmente na sociedade ocidental, desencadeadas pelas revoluções científica e industrial, também nesse momento, em que se supõe estarmos vivenciando uma mudança paradigmática, começa a ser perceptível uma série de modificações desencadeadas por acontecimentos recentes nos campos científico, social e cultural e que estão alterando o paradigma em curso e, conseqüentemente, a visão de mundo contemporâneo." (DOLL, 1997, p.16).

Doll faz referência à hegemonia do pensamento centrado no modelo científico disseminado em todas as áreas da humanidade: do social ao econômico, e que

predominou, mais tarde, no meio educacional e imprimiu rigidez e seqüenciamento linear aos currículos escolares.

(...) "a ciência, não apenas reflete o teor da época como também espelha as fundações sobre as quais o paradigma moderno foi construído, um paradigma que estruturou o pensamento intelectual, social e educacional norte-americano durante as primeiras sete ou oito décadas deste século". (DOLL, 1997, p.17)

Essa forma de ver o mundo, sob o olhar do paradigma moderno, está se modificando intensamente. Alguns autores como Santos (1989), Doll (1997), Lyotard (1998), Harvey (1998), entre outros, dedicam-se ao estudo da transição paradigmática modernidade/pós-modernidade. Embora não se possa demarcar todas as características dessa possível entrada na pós-modernidade, algumas das mais visíveis já podem ser identificadas. Harvey (1998) traz um resumo dessas características:

"A fragmentação, a indeterminação e a intensa desconfiança de todos os discursos universais ou "totalizantes" são o marco do pensamento pós-moderno. A redescoberta do pragmatismo na filosofia (p.ex. Rorty, 1979), a mudança de idéias sobre a filosofia da ciência promovida por Kuhn (1962) e Feyerabend (1975), a ênfase foucaultiana na descontinuidade e na diferença na história (...), novos desenvolvimentos da matemática – acentuando a indeterminação (a teoria da catástrofe e do caos, a geometria dos fractais) (...). O que há de comum nesses exemplos é a rejeição das "metanarrativas" (HARVEY, 1998, p.19)

Outro filósofo que vem estudando esta transição paradigmática é Capra, autor dos *bestsellers* "O ponto de Mutação" (1982) e "Teia da Vida" (1996). Sem denominar este novo paradigma de "pós-moderno", Capra traz como tônica de suas obras uma discussão a respeito de um novo paradigma emergente na ciência do século XX.

"Tal paradigma, segundo este autor, apresenta como principal característica a aguda oposição ao "pensamento cartesiano" que predomina na ciência há trezentos anos. Capra posiciona-se a favor desse novo paradigma, ou seja, a favor de um pensamento sistêmico na busca da compreensão da natureza, em oposição ao pensamento cartesiano, no qual os cientistas durante séculos acreditavam que o entendimento dos organismos vivos era alcançado estudando as partes, como as "peças das engrenagens de uma perfeita máquina – o relógio de Newton" (CAPRA, 1996, p. 14)

No seu livro "O Ponto de Mutação" (1982), Capra apresenta de forma distinta dois paradigmas: o que se refere ao Moderno, ao qual intitula

(...) "a máquina do mundo newtoniana", e um segundo, que iniciaria a ruptura com o primeiro, denominado a "Nova Física". As formas de compreender o mundo a partir da visão newtoniana, usando uma metáfora denominada "O Relógio de Newton", a qual compara os organismos vivos às máquinas, e para chegar à verdade e à compreensão do todo, partia-se das partes e, por outro lado, a "Física Quântica", que rompe com a visão de mundo concebido pelo processo cartesiano. As partículas dos átomos não eram sólidas e maciças como se imaginava, ao contrário, não chegavam nem a ser matéria plenamente, uma vez que ora se comportam como "partícula" ora como "onda", e que sequer pode-se precisar o lugar absoluto no espaço onde estas entidades se encontram, podendo apenas calcular sua posição mais aproximada. Este é o princípio da incerteza de Heisenberg. Esta descoberta "sacode" as bases do mundo científico (CAPRA, 1982, p.76).

Na atualidade, estão sendo colocados em xeque inúmeros princípios fundamentais que regiam a ciência tradicional, principalmente oriundos da física mecânica, que servia até então, como paradigma para a produção de conhecimento científico (MORIN, 1990/1997; Prigogine & Stengers, 1979/1985; Zohar, 1990).

As categorias newtonianas de espaço, tempo, matéria e causalidade, em torno das quais se estruturou a percepção de realidade, já não gozam mais do status de categorias universais e válidas para todos os âmbitos. Não só elas estão sob suspeita, mas o modelo de ciência como um todo, o qual apontava para o ideal de racionalidade, objetividade e neutralidade do conhecimento, e cujo método baseava-se na decomposição dos fenômenos em relações simples de causalidade, na elaboração de leis gerais, na verificação empírica e na replicabilidade dos resultados.

Os modelos de causalidade linear deram lugar a modelos de causalidade circular, ou de feedback (retroalimentação), a partir de conjuntos científicos em áreas afins – como a cibernética, a teoria geral dos sistemas, a teoria da comunicação e a biologia, que constituíram o campo do pensamento sistêmico (Esteves de Vasconcelos, 1995; Rapizo, 1996).

Ao propor um novo modelo de ciência, baseado no pensamento complexo, o epistemologista Edgar Morin (1990/1997) enfatiza que

(...) "as ciências tradicionais estão alicerçadas num paradigma da simplificação. Para controlar e dominar a realidade, o pensamento simplificador ou bem separa o que está ligado (disjunção) ou bem unifica o que é diverso (redução). Enquanto o pensamento simplificador desintegra a complexidade do real, o pensamento complexo integra o mais possível os modos simplificadores de pensar,

mas recusa as conseqüências mutilantes, reducionistas, unidimensionais e cegadoras daquilo que de fato seria real na realidade" (p.22)

Nessa mesma direção, Esteves de Vasconcelos (1995), baseando-se em Morin, Prigogine e Stengers, descreve três grandes eixos de mudanças que caracterizam as novas tendências da ciência contemporânea em relação à ciência tradicional. Esses eixos são:

- 1. da simplicidade à complexidade:** a simplicidade das representações macroscópicas na ciência tradicional não pode ser aplicada ao estudo do comportamento de sistemas muito grandes (por exemplo, o Universo) ou muito pequenos (os átomos);
- 2. da estabilidade à instabilidade do mundo:** a ciência tradicional não apenas acreditou na simplicidade do mundo, como também na estabilidade. Os novos paradigmas reconhecem a instabilidade dos sistemas observados e, por conseqüência, passam a operar com noções tais como: indeterminação, desordem, irreversibilidade, imprevisibilidade, acaso, ordem a partir de flutuações e auto-organização;
- 3. da objetividade à "objetividade entre parênteses" ou intersubjetividade :** a ciência tradicional pretendia ver o mundo como um objeto, descrevê-lo de forma a eliminar toda a interferência do observador . Entretanto, desde a teoria da relatividade de Einstein, já não se pode pensar em descrever fenômenos, mesmo os físicos, independentemente de quem os observa. A realidade, dentro de uma nova epistemologia desenvolvida a partir desta constatação, é como uma co-construção de diversos aportes científicos.

A expressão "objetividade entre parênteses", cunhada por Humberto Maturana, busca dar conta da impossibilidade de se realizar qualquer descrição sem que se leve em conta os processos cognitivos daquele que observa e descreve, e de que toda descrição nos diz mais do observador do que do observado. Nem por isso esses processos são concebidos de uma forma desconectada dos contextos mais amplos. Ao contrário, como salientam Maturana e Varela (1987/1995),

(...) "não há uma descontinuidade entre o social e o humano e suas raízes biológicas. O fenômeno do conhecer é um todo integrado, e todos os seus aspectos estão fundamentados sobre a mesma base" (p.69)

As relações entre a ciência tradicional e a ciência contemporânea não são de exclusão, mas de superação dialética, de tal forma que a segunda ultrapassa e incorpora a primeira. Na ciência contemporânea emergente a noção de sistema aparece como conceito fundamental na investigação científica, uma vez que os fenômenos já não são isolados de seus contextos, passando a ciência a examinar unidades cada vez maiores (Esteves de Vasconcelos, 1995).

2.1.2. Construtivismo e Construcionismo social:

Destas transformações paradigmáticas, encontramos no *construtivismo* um campo de reflexão epistemológica e de geração de novas práticas científicas que se retroalimentam positivamente. O *construtivismo*, ou *construtivismo radical* (Von Glaserfeld, 1981/1994), é um dos pilares centrais do debate epistemológico que caracteriza a psicologia contemporânea, ao lado do *construcionismo social*. Embora haja semelhanças, o primeiro tende a promover uma imagem do sistema nervoso como uma máquina fechada, mantendo o pressuposto de que se pode falar em processos cognitivos individuais, o *construcionismo social* propõe, no entanto, uma perspectiva segundo a qual a realidade é uma construção social, só podendo ser entendida a partir da diversidade histórica e cultural dos discursos sociais.

O construtivismo é um campo interdisciplinar de reflexão epistemológica, em cujo desenvolvimento as terapias familiares tiveram um importante papel, e confunde-se em grande parte com o que se convencionou denominar de “cibernética de segunda ordem”. Uma breve descrição do *construtivismo* deve passar necessariamente por sua origem, nos estudos de Norbet Wiener sobre cibernética e sua aplicação aos sistemas humanos, e na teoria geral dos sistemas de Von Bertalanfly (Boscoio, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987/1993; Esteves de Vasconcelos, 1995; Hoffman, 1981; Keeney, 1983; Pakman, 1991; Rapizo, 1996; Sluzki, 1997).

A cibernética é uma disciplina que surge na década de cinquenta e que tem por tema central a regulação e o controle dos sistemas. Uma noção central para a cibernética é a de *circularidade*, com a qual se busca dar conta do funcionamento de sistemas auto-reguladores, que realizam correções de trajetória ou funcionamento através de retroalimentação dos dados com os quais operam. São exemplos de máquinas cibernéticas o ar condicionado, que regula a temperatura através de informações captadas pelo termostato, e os mísseis dirigíveis, que possuem sistemas de radar responsáveis pelas correções de rota.

Em suma, a cibernética foi inicialmente um modelo explicativo para a comunicação nos sistemas artificiais (Esteves de Vasconcelos, 1995, Rapizo, 1996).

A aplicação da cibernética aos campos social e biológico, como sistemas auto-reguladores, foi ampliada por um grupo interdisciplinar de estudos sobre doença mental, constituído em Palo Alto (Califórnia), que assimilou a essa teoria os conceitos provenientes da teoria da comunicação humana (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967/1988). Desses primeiros desenvolvimentos teóricos e de suas conseqüências práticas, surgiram conceitos já clássicos para o que veio se denominar de "*terapia familiar sistêmica*", tais como os de *sistema familiar*, *homeostasia*, *causalidade circular e retroalimentação*.

O desenvolvimento teórico ancorou-se firmemente no pensamento epistemológico de Gregory Bateson (1979/1986), que, ao analisar os processos de produção de saber com os quais opera a ciência, propõe várias revisões sobre as convicções generalizadas a este respeito. Uma síntese de suas idéias, que corre o risco de parecer grosseira, pode ser expressa em três axiomas:

1. *a ciência nunca prova nada*, ela apenas aperfeiçoa as hipóteses e, às vezes, as refuta;

2. *o mapa não é o território e o nome não é a coisa designada*. É preciso estabelecer uma clara clivagem entre os constructos teóricos como metáforas, descrições aproximativas e provisórias da realidade, e a realidade "objetiva", existente fora da percepção humana; e portanto,

3. *não existe experiência objetiva*, de tal forma que todo conhecimento tem que ter relação com o contexto. Nenhum sistema pode ser observado e descrito sem que a própria observação (a presença do observador ou a mediação de seu aparato cognitivo) seja tomada em consideração como um elemento central dos processos descritivos.

Maturana e Varela(1987/1995), por sua vez, pesquisaram as bases biológicas do conhecimento humano, caracterizando os seres humanos como sistemas "autopoiéticos", ou auto-produtores.

"O que distingue a organização dos seres vivos da organização de outros sistemas, afirmam eles, é o fato de que tem como finalidade produzirem-se a si mesmos, não existindo separação entre produto e produtor; o ser e o fazer de uma unidade autopoiética são inseparáveis, e esse constitui seu modo específico de organização"(p. 89).

Em relação ao construcionismo social, o psicólogo americano Kenneth Gergen(1985/1994) define que, mais do que um movimento, o construcionismo social é uma “consciência compartilhada”, uma perspectiva epistemológica que reúne contribuições de diferentes campos das chamadas ciências humanas e sociais, cujo denominador comum é a noção de que todo conhecimento é uma construção social, mediada pelos processos lingüísticos e carregada de valores morais e ideológicos próprios a cada situação cultural e histórica específica. Esse conjunto de críticas ao fundacionalismo empírico reúne contribuições de um amplo leque de vertentes teóricas, as quais têm recebido denominações como “pós-empíricas”, pós-estruturalistas”, “não – fundacionalistas” e “pós-modernas”.

Entre estas estão: o “pensamento de Wittgenstein”, a sociologia do conhecimento de Berger e Luckmann, a história da ciência de Kuhl, o desconstrucionismo francês de Foucault e Derrida, o movimento feminista e de outras minorias sociais (Gergen, 1994); além do próprio campo da terapia familiar (Anderson & Goolishian, 1988, 1992; Cechin, 1996; Hoffman, 1990, 1992; Sluzki, 1992; White & Epston, 1990).

O construcionismo social tem no artigo de Gergen (1985), “The social constructionist movement in modern psychology”, uma espécie de manifesto programático. Eis o que afirma o autor no resumo de seu trabalho:

“O construcionismo social considera o discurso sobre o mundo não como uma reflexão ou mapa do mundo, mas como um artefato de intercâmbio social. O construcionismo se constitui num desafio significativo à compreensão convencional, como uma orientação tanto em relação ao conhecimento quanto ao carácter dos constructos psicológicos. Embora as raízes do construcionismo possam ser procuradas nos debates de longa data entre as escolas de pensamento empirista e racionalista, o construcionismo busca ultrapassar o dualismo com o qual ambas as teorias estão comprometidas e localizar o conhecimento no interior dos processos de intercâmbio social. Ainda que o papel da explicação psicológica se torne problemático, um construcionismo plenamente desenvolvido pode prover um meio para compreender a ciência e convida ao desenvolvimento de um critério alternativo para a avaliação da investigação psicológica” (p.266).

As principais premissas teóricas do sócio-construcionismo, a partir da concepção de Gergen(1985), são resumidas abaixo:

1. o conhecimento positivo-empirista é colocado sob suspeita, juntamente com o pressuposto de que a realidade “existente na natureza” é passível de ser aprendida de forma direta e descontextuada;

2. os termos com os quais compreendemos o mundo são artefatos sociais, de tal forma que existem importantes variações históricas e culturais dos conceitos utilizados nessa compreensão: estudos sobre o suicídio, esquizofrenia, transtornos psicológicos, infância, violência doméstica e menopausa (para citar alguns) revelam que o critério para identificar tais “condutas”, “eventos” ou “entidades” está altamente circunscrito pela cultura, a história ou o contexto social, ou que não existe em si mesmo;
3. as formas como são descritos os fenômenos sociais são em si mesmas formas de ação social. Por exemplo, a linguagem é uma forma de ação social e isso é uma dimensão pragmática da comunicação. As histórias, as formas como narramos os fatos, os atributos com os quais nos auto-descrevemos e aos outros produzem imediatamente consequências nas relações sociais.

Para o construcionismo social, não existem propriamente “representações mentais” da realidade, melhor seria falarmos das diversas versões, construções ou noções.

“São essas versões, forjadas nos processos de trocas sociais mediados pela linguagem, que constroem o mundo tal qual o vivenciamos, numa via de mão dupla entre os constructos internos e os campos de trocas sociais. O construcionismo social quer romper com o dualismo metafísico intrínseco às epistemologias modernas e ainda presente nas formas atuais de psicologia cognitivista que partem das dissociações cartesianas entre o sujeito e o objeto do conhecimento e entre mente e matéria”. (GERGEN, 1989, p.72).

Anteriores às afirmações de Gergen (1989), contudo muito semelhantes a elas, Freire (1975) apresenta uma visão de aplicação dessa abordagem sócio-construcionista em sua obra “Pedagogia do Oprimido.” A pedagogia do oprimido é aquela que tem de ser forjada com ele e não para ele como homem ou povo, na luta incessante de recuperação de sua humanidade. É uma pedagogia que, da opressão e de suas causas, o objeto de sua reflexão, resultando, daí, o engajamento do homem na luta (construção) por sua libertação (autonomia)”

Em síntese, poder-se -ia dizer que a Pedagogia do Oprimido de Freire encarna-se também nas bases do Construcionismo de Gergen e Batenson em função de que a Pedagogia do Oprimido de Freire reflete e remete o sujeito como indivíduo, no sentido de:

- poder assumir sua visão ideal de homem, migrando de uma situação de aderente ao opressor em direção a uma maior liberdade por adquirir maior consciência de si, dos opressores e do contexto social;
- poder sair do fatalismo da introjeção do(s) opressor(es) enquanto toma consciência de seus pensamentos e suas ações;
- poder superar a atitude da autodesvalia, da atração e da imitação do(s) opressor(es) para uma maior autonomia;
- poder superar o medo da liberdade, por acreditar na submissão em crenças mágicas do(s) opressor(es), e assumir a construção de sua autonomia como direito seu.

2.1.3. Visão de mundo e de educação neste novo paradigma

Todos estes fatores que emergem no momento atual fomentam uma “*nova visão de mundo*”, que correspondem às formas básicas e dominantes do *modo de se compreender: o mundo*, a sociedade ou mesmo essa civilização. Isso pode ser feito por meio da percepção, do pensamento, da crença, da avaliação e da maneira de agir de acordo com uma visão particular de mundo, numa descrição mais sintonizada com o que seja a nossa realidade. Esta pode ser uma forma bem sucedida *de ver, de se ver, de nos vermos ou vermos o mundo* e que, culturalmente, se transmite às novas gerações.

Assim, a visão de mundo de uma época reflete-se, conseqüentemente, também no meio educacional, pois, em todo o processo de desenvolvimento humano, nossos atos tendem a seguir um entendimento ou concepção de mundo e não seria diferente na educação. Por essa razão, os educadores, e também neste particular caso, os responsáveis pela aplicação do Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUI DT), precisam atentos às “exigências” implicativas do novo paradigma, já que é da responsabilidade deles, contribuir na formação de indivíduos aptos a esses novos contextos.

Neste novo cenário, fica visível a valorização cada vez mais para o intelecto e a auto-organização, ou seja, a capacidade de pensar, de ser crítico, de trabalhar em grupo, buscando resolver problemas, apesar da diversidade na composição e no objetivo dos mesmos; também será valorizada a capacidade relacional ou visão sistêmica, isto é, que o indivíduo tenha visão integral a respeito dos diferentes problemas da humanidade e do mundo que o cerca e que se veja como um indivíduo incluído, que se perceba fazendo parte dessa “**sociedade do conhecimento**”, que saiba utilizar as novas tecnologias da informação e da comunicação, pois estas têm hoje, o mesmo objetivo que já teve uma

alavanca no passado, só que agora são entendidas como prolongamentos do intelecto e não dos músculos.

A partir dessas exigências que começam a imprimir as características de uma nova visão de mundo, a educação deve constituir-se em instrumento que permita conduzir “aprendentes” a interpretar as incertezas de nosso tempo, pois, como diz Morin, “as ciências permitiram que adquiríssemos muitas certezas, mas igualmente revelaram, ao longo do século XX, inúmeras zonas de incertezas” (Morin, 2000, p.16)

Com o objetivo de dar um ponto de partida para reflexões que pudessem orientar a educação do próximo milênio, com base neste novo contexto histórico e nesta nova visão de mundo, a Organizações das Nações Unidas (ONU) lança, em 2000, o “Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI” no livro intitulado: “Educação – Um tesouro a descobrir”. A tônica deste relatório é, fundamentalmente, indicar os quatro pilares necessários para a educação do século XXI, onde o indivíduo deve aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e aprender a ser. Também na mesma temática e com o mesmo objetivo, o pesquisador Edgar Morin (2000) lança o livro “Os sete saberes necessários à Educação do Futuro”, publicado pela Agência Internacional para a Educação da Organização das Nações Unidas (UNESCO, que discorre sobre os seguintes pontos fundamentais para uma educação libertadora e promotora de desenvolvimento: as “*cegueiras do conhecimento*”; “*os princípios do conhecimento pertinente*”; “*ensinar a condição humana*”; “*ensinar a identidade terrena*”; “*enfrentar as incertezas*”; “*ensinar a compreensão*” e “*a ética do gênero humano*”.

A partir dos livros citados, foi levantada a fundamentação teórica que deu subsídios para a elaboração do Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho concebido para Organizações de Trabalhadores Militares. Assim, seria possível aproximar a teoria que fundamenta o programa da prática pedagógica, quando da aplicação do PEPUIDT, em um cenário intensamente hierarquizado e com nas exigências próprias, articulado à essa nova visão de mundo.

2.1.4.A complexidade e as necessidades do Ser humano:

O atendimento às necessidades do ser humano é fator essencial à vida e ao bem-viver. Estas necessidades possuem caráter dinâmico, pois no processo de viver incluem-se dimensões físicas e biológicas (o próprio corpo), dimensões ambientais (natureza transformada ou não), dimensões sócio – culturais (a sociedade, a cultura e o período

histórico), e outras dimensões (transcendentais, espirituais e afetivas). Dentre essas necessidades, estão a felicidade e o prazer em diversas instâncias, desde as mais primitivas às mais refinadas: o cuidado com o corpo, com a saúde, com o ambiente, que se integram para a qualidade de vida de cada cidadão, sujeito de suas ações e protagonista de suas experiências, mas também da vida de outros seres humanos e do próprio Planeta.

“O sentido das necessidades está condicionado à visão de mundo e à visão de homem, às crenças, valores, suas práticas, seus desejos, expectativas e metas, como ser singular e plural – social, em cada momento da vida e ao longo de toda sua história, a partir de seus referências e paradigmas e de todos os recursos postos a sua disposição” (PATRÍCIO, 1990, p. 23).

Cada um e todos têm responsabilidades consigo mesmo, com os outros e com o Planeta. Saber gerenciar responsabilidades é também saber gerenciar a vida, e isto tem tudo a ver com o grau de consciência e de envolvimento. A partir desse crescente processo de conscientização, vai motivando-se para viver saudável, para ser, para criar, para fazer, determinar, valorizar, aprender a ser cidadão, a compreender-se parte, para viver coletiva e cooperativamente, para inclusão, para amar e compartilhar, para ser feliz e ter prazer, para buscar as razões de sua própria existência.

Cada Ser humano pode aprender o processo de viver saudável e isto significa aprender a interagir dinamicamente, significa buscar relações dentro e fora de si mesmo, significa ampliar sua interação consigo mesmo e com o outro, é olhar à sua totalidade – unicidade, a sua especificidade, entender a multiplicidade, a intensa diversidade de pessoas, interesses e significados, é entender a singularidade e perceber-se complexo, único, coletivo, plural, multipotencial, é importar-se com o todo e cada parte.

A saúde, nesse olhar da complexidade absorve o olhar holístico e multidimensional, relaciona-se integralmente à qualidade de vida, ou seja, às diversas possibilidades para ser feliz e realizado, vivenciando todo o processo de viver nos aspectos individual e coletivo de forma prazerosa e pertinente.

2.1.5 Encaminhamentos para a aplicação do referencial:

Como o fenômeno da dependência ao uso de drogas apresenta um número enorme de variáveis, inter-relacionadas de modo a constituir redes de significados, absolutamente heterogêneas e inseparavelmente associadas, além de uma série de

outros elementos verificáveis como próprios deste paradigma, suscitou ser possível e aconselhável a aplicação da fundamentação desta ciência para guiar a pesquisa.

Esse referencial teórico foi cogitado como recurso para ampliar práticas de atenção à saúde, nos aspectos de prevenir e cuidar do corpo e da essência do ser humano nos diversos ambientes (na família, no trabalho e na comunidade). Além disso, ao aplicar práticas do referencial da complexidade e refletir sobre as conseqüências do uso de drogas e/ou comportamentos compulsivos, pode-se enriquecer o entendimento sobre o fenômeno da dependência de drogas e avançar um pouco mais na direção da busca de soluções.

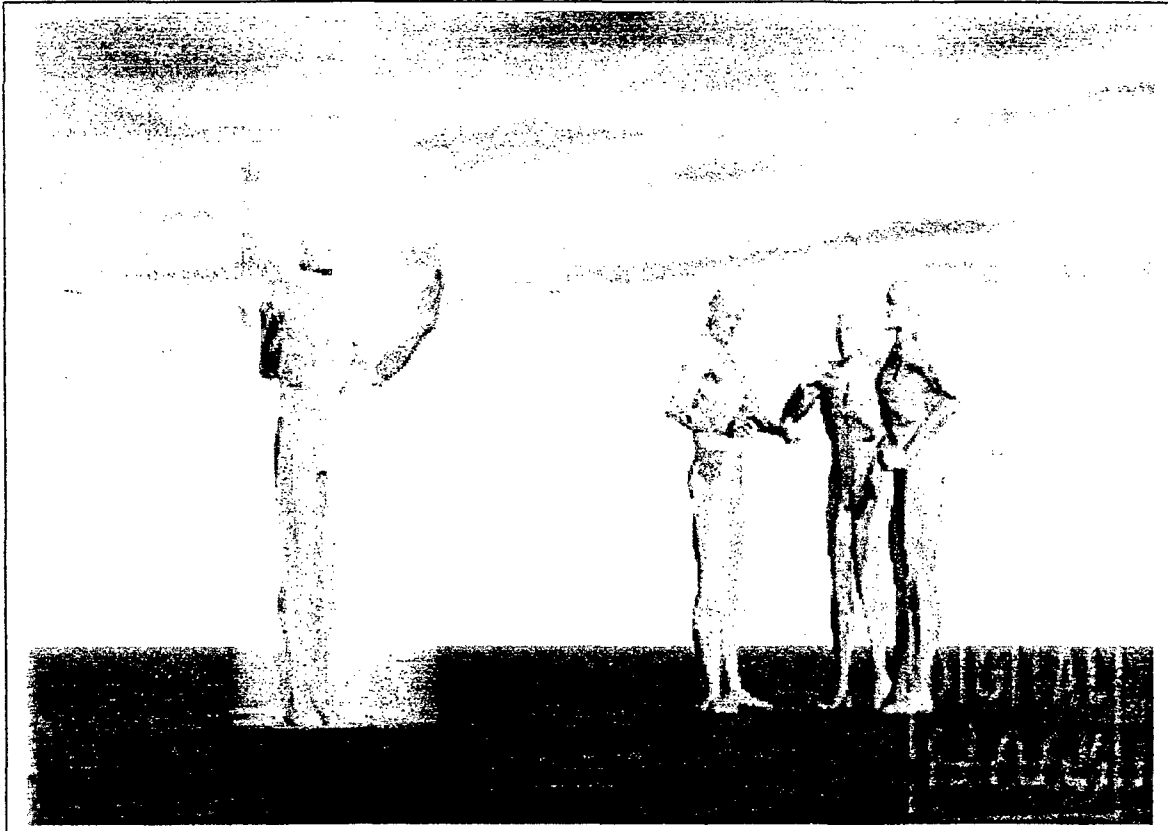
2. 2. A EDUCAÇÃO PREVENTIVA COMO CAMPO DE APLICAÇÃO DOS REFERENCIAIS TEÓRICOS

Este programa preventivo foi suficientemente articulado de modo que não ficasse "emperrado em burocracias", "prejudicado pelo despreparo da equipe facilitadora", ou caísse no "descrédito de chefes" ou pior; que gerasse entre os participantes, confiança e interação. Trabalhar a educação preventiva ao uso indevido de drogas nas organizações é um desafio no sentido de aproximar os extremos, de possibilitar ambientes mais saudáveis nos aspectos da ampliação da criatividade, da inclusão, do respeito entre seus participantes, da facilitação em normas práticas de auto-regulação, do entendimento de diversidades e possibilidades de negociação.

Ambientes organizacionais apresentam tensões que podem ser trabalhadas de tal forma que estes próprios ambientes possam, apesar de conter ansiedades, também gerenciar espaços para a criatividade e a melhoria das relações.

Um programa de educação preventiva ao uso indevido de drogas pode ser uma grande estratégia de administração, pois não se deseja apenas a redução do número de trabalhadores envolvidos com drogas e/ou a minimização de problemas associados ao uso ou abuso de drogas. Na realidade, o que se deseja é a melhoria do clima organizacional como um todo, isto é, a melhoria das relações interpessoais, dos trabalhos cooperativos, do aumento da assertividade na mediação de conflitos e na busca de soluções para problemas da convivência. E esta intenção está associada a outras que fazem parte da "Política Organizacional"

Figura 4- Nada esta isolado: Um programa preventivo com essa envergadura não pode olhar o ser humano de forma isolada. Seu contexto, suas relações e suas redes são extremamente importantes porque, cada ser humano e todos eles, estão imersos em um mundo de interconexões.



Portanto, ao vislumbrar um programa de prevenção, deseja-se de fato retirar as amarras da visão cartesiana que separam, segregam e isolam. Neste novo paradigma devemos olhar o homem nas suas relações e no seu todo. Não é possível mais isolar, fragmentar ou desintegrar o Ser humano do seu contexto como não se pode contê-lo em cápsulas que o isolam do mundo. Ao olharmos de forma integral, de fato saímos de uma ótica cartesiana fragmentadora para uma integrativa, e isso é reinterpretar o Ser Humano.

Existem ganhos diretos e indiretos na implantação de Programas de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUIDT) e isso se dá pelo fato de que, como o fenômeno da dependência ao uso de drogas é complexo e se associa a inúmeros outros problemas, ao implantar um programa de educação preventiva, outros problemas absolutamente importantes para aquela Organização e relacionados entre si

serão abordados. A resolução destes problemas é parte integrante do Programa de Prevenção devido a que, como comenta Pascal, **“Tudo está relacionado a tudo e reciprocamente”**.

Neste sentido, a implantação do Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho vai se expandir para o não uso de drogas na vida familiar e na comunidade, que se associa com a idéia de qualidade de vida, com aspectos de atualização permanente de conhecimentos, práticas e métodos profissionais e incorpora reflexões sobre projeto de vida pessoal, autonomia, assertividade, auto – estima, mediação de conflitos e cidadania. Na verdade, todo e qualquer programa de educação preventiva deve começar e constantemente auto-avaliar-se para que se torne um Programa de Educação Permanente. Quanto mais dinâmico, plural, democrático, participativo, interacionista e construtivista for, maior a aprendizagem organizacional, e isso passa a ser um tremendo marketing.

O local onde se deu a pesquisa foi o Hospital de Guarnição de Florianópolis, Organização Militar de Saúde, mantida pelo Ministério da Defesa e conduzida por militares do Exército Brasileiro com o propósito de prestar Serviços de Saúde a militares das três forças singulares e seus dependentes, inativos e pensionistas de militares no Estado de Santa Catarina.

A cidade de Florianópolis, por gozar de elevado padrão de qualidade de vida, tem sido uma referência na atração não só de turistas, mas de uma parcela significativa de pessoas que, freqüentemente fixam residência na capital catarinense. A população de 255 mil habitantes incorporou mais 110 mil pessoas nesses últimos dez anos, totalizando hoje 341.781 pessoas (IBGE Censo 2000).

Militares da ativa, inativos, pensionistas e familiares têm escolhido a Grande Florianópolis como local de fixação de moradia. Isso tem aumentado a demanda por serviços de saúde no Hospital de Guarnição. Hoje, passa de 15 mil pessoas, o universo de militares e dependentes que sistematicamente são atendidos no Hospital de Guarnição. Esse fato tem gerado, para o Hospital, uma demanda de serviços de saúde cada vez mais intensa, diversificada e complexa. Isto faz com que o Hospital esteja sempre aprendendo a lidar com exigências cada vez maiores e recursos que, nem sempre, acompanham a velocidade da demanda. A aposentadoria de trabalhadores civis e militares ou suas transferências, geram um aumento em torno de 11% ao ano, dos serviços de saúde. São inúmeros os problemas advindos desse aumento. O Relatório Anual/1999 do Hospital de Guarnição de Florianópolis (H GuFI), revelou 9% de aumento

nos atendimentos médicos, 18% nos atendimentos odontológicos, 10% para os atendimentos farmacêuticos e 7% nos atendimentos de enfermagem, comparando os dados absolutos do ano anterior. Nos últimos cinco anos o aumento nos atendimentos hospitalares tem sido próximo aos 15% anuais.

Nesse contexto, um número significativo de soldados tem sido designado anualmente para prestação de Serviço Militar, o que, em termos práticos, significa auxiliar nas atividades meio e fim, isto é, dar suporte aos atendimentos em saúde realizados no Hospital. Sempre houve no Hospital de Guarnição de Florianópolis (H GuFI), um clima favorável para explorar aspectos não contemplados nos programas de prevenção iniciados sob forma de orientação geral, na 1ª fase do Serviço Militar Constitucional (normalmente entre março a maio).

Isso tem encorajado o desenvolvimento de técnicas alternativas e atividades complementares ao programa de educação preventiva, o que tem promovido uma maior abrangência e uma maior adesão por parte dos próprios participantes. Ocorre também um suporte interno grande, face ao apoio das chefias, de funcionários de todos os níveis hierárquicos e de outros que já se submeteram ao programa e atualmente fazem validação dos temas. Também há um suporte externo advindo tanto das boas relações do Hospital com outros Centros de Tratamento de dependentes de drogas quanto dos Grupos de Ajuda –Mútua, sempre muito dispostos a colaborar.

Embora o número de técnicos envolvidos seja relativamente pequeno, o grau de comprometimento era intenso, o que compensava essa desvantagem. Procurou-se manter registros de todas as atividades desenvolvidas tanto no sentido de poder promover um acompanhamento mais sistematizado quanto para promover as constantes e necessárias avaliações, servindo de fonte de estudo e re-direcionamento do programa.

O Hospital também passa por um processo de mudança. Está constantemente criando grupos de trabalho para estudar e incorporar melhorias nas dinâmicas relacionais com seus clientes, internos e externos. Ocorrem avanços incríveis nas relações da comunicação e da tomada de decisão coletiva, como nunca se viveu antes. Mais do que um Programa de Qualidade Total, assim designado por força da expressão, tem sido, na verdade, um Programa de Aprendizagem Organizacional.

2.2.1. Aprender a aprender.

Vivemos em um mundo de constantes e intensas mudanças. O homem deste tempo é chamado continuamente a buscar novas soluções e alternativas para solucionar questões presentes em seu dia - a - dia pessoal, profissional e comunitário.

Criar é dar existência, é gerar, é formar. Quando a aprendizagem acontece, há uma modificação na estruturação interna dos indivíduos e se efetiva a condição do novo presente no fazer de fato, que pode ou não ter sido constituinte deste aprender. Aprendemos quando adquirimos conhecimento. Situações de aprendizagem desafiadoras geram no indivíduo a necessidade interna básica de, romper com seus próprios limites quando no movimento em busca do novo. Por vezes, esta experiência vem acompanhada de sensações, sentimentos e emoções como alegria, prazer, ou dor, incômodo e conflito. As dinâmicas da psique atuam permanentemente na elaboração e aprendizagem decorrentes destas situações.

Figura 5- Nova forma de Aprender : Devemos pois aprender com a desordem , com as incertezas com a adversidade, pois só chamamos de realidade aquilo que percebemos. Perceber é aprender. (Morin)



Aprender pressupõe mudanças. A aprendizagem ocorre em um sistema de fases inter- relacionadas que impõem um processo complexo. Muitas vezes não é possível observá-la enquanto se processa, mas apenas quando ela já se concretizou, por isso dizemos que a aprendizagem é um processo oculto que ocorre dentro do indivíduo.

Aprender, então, é uma abstração. O homem abstrai a partir do seu próprio fazer para incorporar novos conceitos e poder retratá-los... Aprender é uma síntese que acontece em sua mente de forma ordenada ou não. É uma síntese mental.

Em nossa maneira de atuarmos e de nos relacionarmos, estão presentes padrões de comportamento que fomos desenvolvendo no decorrer de nossa vida. Muitas vezes, estes esquemas de ação se mostram ineficazes, ou simplesmente são utilizados sem que a consciência do melhor procedimento diante da situação enfrentada esteja presente. A não consciência acarreta um fazer automatizado, vazio até. A estrutura da ação se repete, sem que sua funcionalidade seja avaliada e redimensionada.

Ação e significação estão intimamente ligadas. Quando alguém significa, seja a ação, seja o objeto, ele está interpretando. Por isso estabelece internamente a relação entre a estrutura e as construções procedimentais, mesmo que muitas vezes o faça de forma simbólica e não racional.

A conduta cognitiva do ser humano diante de uma nova situação permite que seu procedimento antecipe esquemas de ação encadeados em busca do seu objetivo. O processo é interativo e adquire uma função assimilativa, pois ele integra o outro às suas estruturas. E é acomodativo, quando ele modifica as estruturas do sujeito incorporadas ao objetivo.

"Há constantemente a construção do conhecimento, no processo de aprendizagem. Novos esquemas são formados e novas situações de aprendizagem são vivenciadas. Ao se sentir desafiado, o ser humano para e refaz aquele caminho, reorganiza o esquema de ação que lhe permitiu a autonomia do andar. Os processos assimilativos e acomodativos se interagem, e a disponibilidade interna do aprendente, para ir além, em busca do novo, o mobiliza a tentar" (VISCA, 1999, p. 35).

O elemento criador, a consciência e a autonomia do indivíduo que, ao mesmo tempo em que vive constante e sistematicamente o processo de equilíbrio de seu aprender, o que faz de forma pessoal, mantém sempre disponível sua condição de aprendiz espontâneo e participante.

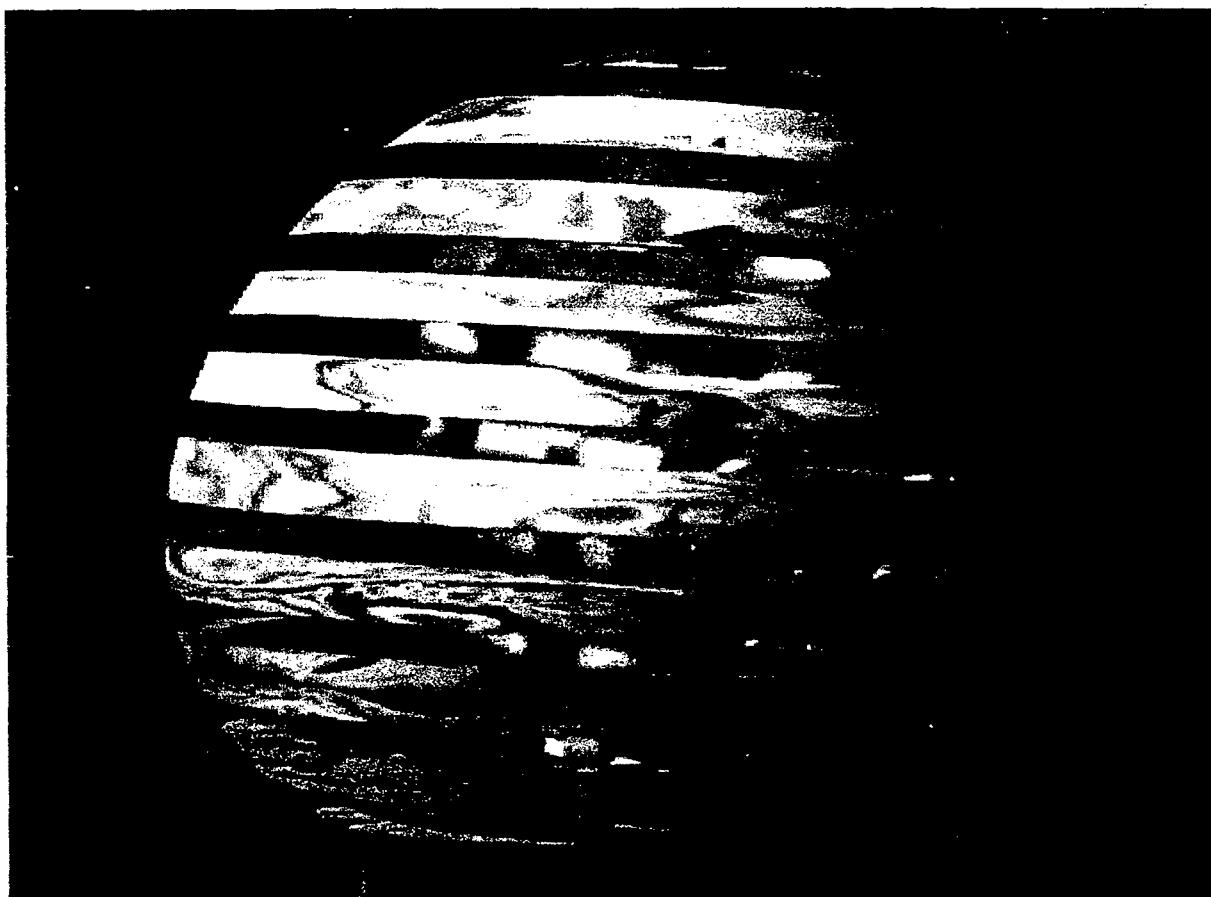
Quando a ação de equilíbrio é reconhecida pelo grupo social, atinge uma outra dimensão. Podemos significá-la até como elemento gerador no nível conceitual, pois a aprendizagem se firmou e formalizou. O ser humano, desta forma, conceitua seu conhecimento.

“A aprendizagem que permite o desenvolvimento da criatividade, paralelamente ao conhecimento em si, trabalha o ser humano de forma mais integrada, pois está preocupada com todas as relações que este possa realizar durante a ação de aprender. Ela permite que este processo seja um estímulo para novas transformações, recebendo o conhecimento e construindo gradativamente seu próprio repertório interno, mental e sensorial (VARELA, 1989, p 43).

Estes esquemas de procedimentos poderão ser ativados no nível da imagem, ou então na memória de um fazer para um resultado no momento em que o indivíduo é o aprendiz . Se ele realiza esta experiência de forma criativa e autônoma, pode desencadear outros processos de construção do conhecimento. Poderá evoluir e crescer em direção a si mesmo, buscando, sentindo, experimentando, realizando e acontecendo. O fazer, integrado ao sentir, gera a aprendizagem.

Em síntese, o elemento criador na aprendizagem pode ser visto como agente mobilizador da ação de romper o limite, o se surpreender diante do inesperado que desafia a ação, superar-se como processo oculto e consciente de autonomia na relação do interno com o externo.

Figura 6 - O potencial do Ser Humano: Desta maneira, o ser humano vive o processo de transformação de seu potencial de ser, criar, fazer, renovar e aprender (Allessandrini,)



3. REVENDO NA LITERATURA E NO CONTEXTO SOCIAL O USO DE DROGAS EM SUAS COMPLEXAS DIMENSÕES.

3.1. O USO DE DROGAS: UM MEGA - PROBLEMA ATUAL.

Nos dias de hoje, de maneira mais visível e sistemática, temos sido bombardeados, como cidadãos comuns, através de praticamente todos os meios de comunicação de massa disponíveis, através de reportagens, depoimentos, debates, e-mails e artigos sobre o tema uso e abuso de drogas. Não há lugar, classe social, ou grupos ou categorias funcionais que não tenham preocupação com o tema.

Dependendo do meio de comunicação, a informação pode ou não apresentar sustentação científica ou ser meramente especulativo. Como se trata de um fenômeno muito amplo, com inúmeros desdobramentos, também são apresentadas múltiplas opiniões e as posturas. Porém, por mais discordantes que sejam as tendências, todos concordam que se trata de um fenômeno de grande complexidade, constituindo-se, por isso, objeto de interesse em várias áreas.

Há um entendimento de que se vive um tremendo processo de drogadição mundial.

“Particularmente aqui no Brasil, pelas condições especiais em que se encontra a economia brasileira, e por conseguinte o mercado de trabalho, percebe-se que o uso, abuso e o tráfico de drogas têm sido extremamente nocivos. Essa nocividade pode ser mensurada no aumento vertiginoso de todas as formas de violência, percebidas por todos nós (MORAIS, 1978, p.113).

Como o Brasil apresenta indicadores sociais e índices de desenvolvimento humano muito díspares daqueles desejados para a oitava economia mundial, sendo por isso mesmo um dos países onde a injustiça social é visível, os reflexos de tudo aquilo que está associado ao “mundo das drogas” exibem, como resultado, reflexos catastróficos no contexto nacional. Somam-se, ainda, as intrincadas relações de poder e de influência, tanto nas redes legitimadas (redes formais) quanto naquelas entendidas como sombras (as redes informais), o que, incontestavelmente, amplia as possibilidades para a corrupção, para o mau uso dos recursos públicos e para a imobilização nacional.

Essas alterações não ocorrem só nas redes de relações formais, porém em todas as outras redes, em aspectos que vão desde o pessoal e ético até o econômico e jurídico.

O fenômeno do uso de drogas, pode ser nitidamente percebido por alguns sintomas, denominados por Kalina (1998) como, sintomas de doença social. Estes

incluem desde a corrupção e o tráfico de influência até a falta de uma política social comprometida com mudança do panorama brasileiro. Esse processo tem permitido o ocultamento da verdade, o entorpecimento do diálogo, a hipnotização das práticas de justiça social, a narcotização dos valores éticos e morais e o amordaçamento que conduz para uma idiotização adictiva.

"Elas aparecem nas redes sociais legitimadas, ou seja, naquelas entendidas como formais, representadas pelas arquiteturas administrativas das organizações; quanto nas redes sombras, ou seja, aquelas redes informais, representadas por todos os agentes facilitadores não formalizado mas entendido e percebido pela organização". (STACEY, 1999, p.18).

Nesse sentido,

"o avanço constante e descontrolado do tráfico de drogas, do consumo por parte da população e das inúmeras outras formas de interferências que elas exercem na dinâmica das relações complexas de cada comunidade nos permite pensar, refletir e imaginar possibilidades de soluções" (MELCOP, 1998, p. 11)

As drogas são, sem sombra de dúvidas, hoje, um mega-problema social, que se inserem na sociedade e, portanto, em todos os espaços de convivências das diversas redes sociais formais, como:

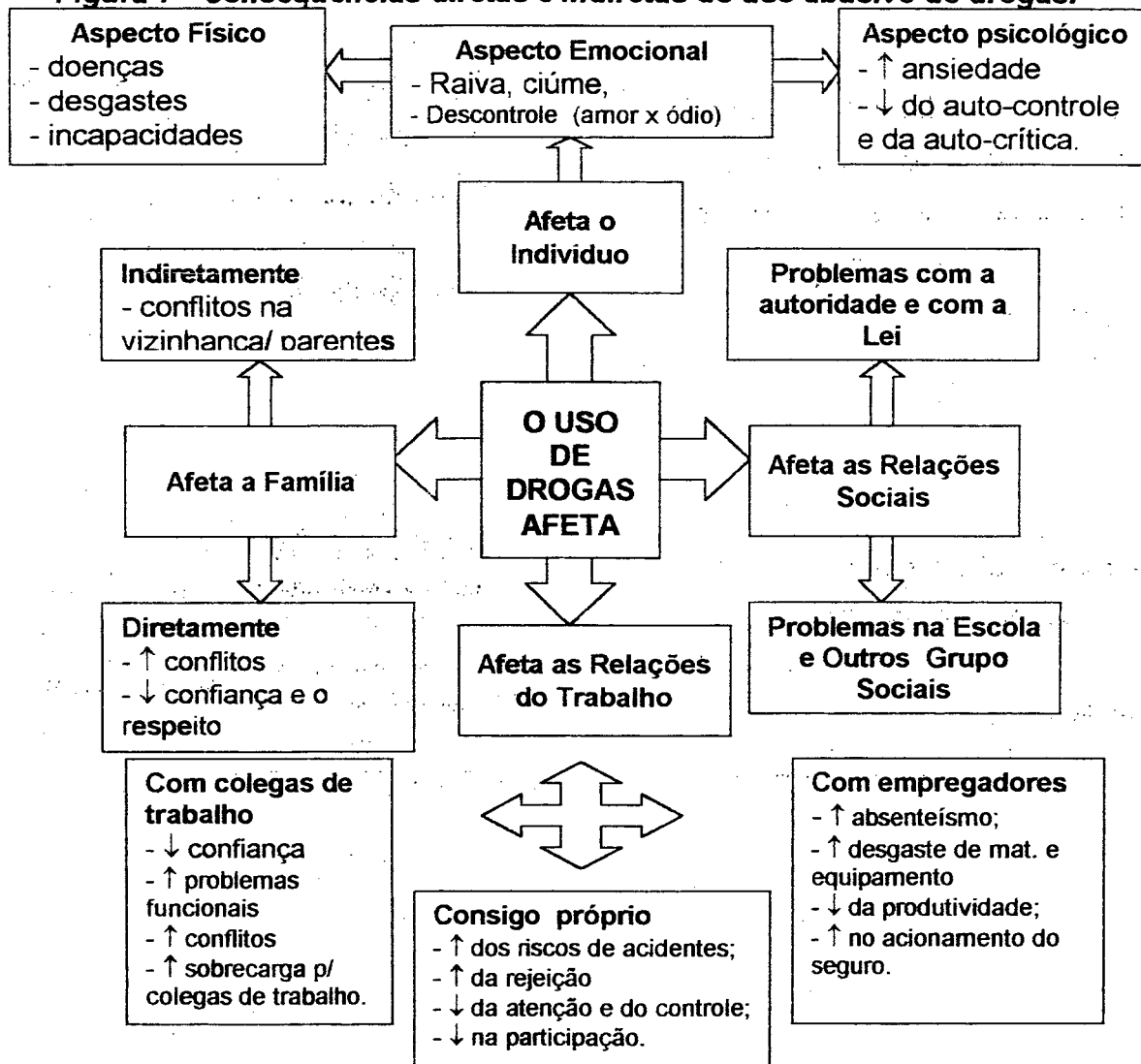
(...) "as famílias, todas elas; as escolas, de todos os níveis e em todo lugar, os quartéis, todos eles; as igrejas, de todas as denominações; todas as empresas e organizações do trabalho; todas as instituições e todas as pessoas; enfim, trazendo inúmeras implicativas e todos os reflexos advindos do consumo e tráfico de drogas, que, em síntese, são capazes de alterar significativamente a dinâmica de todas as nossas vidas" (MORAIS, 1996, p.34).

O fato é que, desde as mais primitivas civilizações até as mais avançadas e contemporâneas, a humanidade tem convivido com o uso de drogas, sem que isso constituísse motivo de alarme social. As substâncias psicoativas foram e ainda são consumidas em diversas épocas e culturas com finalidades terapêuticas, religiosas ou lúdicas. No entanto, vários indicadores nos mostram que esse consumo tem atingido formas e proporções preocupantes no decorrer deste século, especialmente nas últimas décadas.

Há conseqüências diretas e indiretas no uso de drogas. A figura abaixo apresenta uma síntese dos problemas relacionados ao uso/ abuso de drogas nos vários segmentos onde os problemas são intensamente vivenciados. Existem conseqüências diretas e indiretas do uso abusivo de drogas e todas elas são percebidas nas várias

interfaces do ser humano: da vida social: na família, no trabalho, no trânsito, na disseminação do vírus HIV entre usuários de todas as drogas e em especial os usuários de drogas injetáveis, seus(suas) parceiros(as) e crianças através de suas mães, no aumento da criminalidade e de todo tipo de violência. São justamente os “custos sociais” decorrentes do uso indevido de drogas, que tornam urgentes ações enérgicas e adequadas, do ponto de vista da saúde pública.

Figura 7 - Conseqüências diretas e indiretas do uso abusivo de drogas.



Sabemos que as políticas de controle de drogas, em inúmeros países, dentre os quais o Brasil, centraram-se na repressão ao plantio de culturas ricas em princípios psicoativos, à circulação e ao tráfico de drogas ilícitas e/ou seus precursores químicos. Isso perdurou por décadas. Quase nada ou muito pouco se fez no campo da prevenção através da educação integral, melhoria da qualidade de vida, investimento formação profissional, cultura, esporte, lazer, bem-estar social. De maneira peculiar, as drogas

lícitas, em particular o álcool, o tabaco e os medicamentos, não receberam por parte das autoridades médica - sanitárias nenhuma atenção, sendo inclusive alçadas, através da publicidade, à condição de promotoras de sucesso, poder, bom gosto, inteligência, desenvolvimento social e econômico.

3.1. 1 . Visão histórica

Ao longo da história da humanidade, o homem sempre conviveu com o uso de drogas, sem que isso fosse motivo de alarme social. As substâncias psicoativas foram, e ainda são, consumidas em diversas épocas e culturas, com finalidades terapêuticas, religiosas ou lúdicas. No entanto, vários indicadores nos mostram que esse consumo tem atingido formas e proporções gigantescas no decorrer deste século, especialmente nas últimas décadas(MELCOP, 1998, p.10).

A partir dos anos sessenta, o consumo de drogas transformou-se em uma preocupação mundial, em particular nos países industrializados. Hoje em dia, o tema drogas é um dos mais presentes nos meios - infelizmente nem sempre tratado com a devida sobriedade, nem com o embasamento científico desejado (BUCHER, 1992, p. 89).

Na tabela 1 são apresentados os números de usuários de drogas no mundo de acordo com pesquisas do Programa de Controle de Drogas das Nações Unidas (UNDCP).

Tabela 1 – Número de usuários de drogas no mundo

Dependentes de drogas no mundo	% da população mundial
300 Milhões (1995)	3,9% da pop mundial
425 Milhões (2000) (estimativa)	4,2% da pop mundial
620 Milhões (2005) (projeção)	4,5% da pop mundial

Fonte: UNDCP, 2000

Nenhum indivíduo tem o direito de se comportar destrutivamente, de forma que venha colocar a si próprio ou a outrem em perigos e riscos reais e potenciais. Este é exatamente o problema quando pessoas fazem uso indevido de drogas.(UNDCP/ONU, 2000).

O tráfico ilegal de drogas, que movimenta no mundo algo próximo de 850 bilhões de dólares por ano, é controlado em escala mundial por grupos igualmente envolvidos

com venda ilícita de armas e outras atividades criminosas, como a lavagem de dinheiro, a corrupção, o contrabando e o terrorismo (Relatório anual da ONU, UNDCP, 2000).

O uso indevido de drogas é o pano de fundo de milhares de casos de homicídios, assaltos e outros crimes que ocorrem diariamente tanto em países desenvolvidos como em nações em desenvolvimento, além de contribuir para o aumento dos acidentes fatais de trânsito (MELCOP, In: Fórum Nacional Antidrogas, 1998).

Como se não bastasse, o uso indevido de drogas obriga toda a comunidade a financiar, através dos impostos, os recursos necessários tanto no controle do tráfico ilícito quanto na repressão às organizações criminosas que dominam – aí incluídas as despesas com o aparelho jurídico- policial e o tratamento com a recuperação de usuários. Esse custo representa, apenas para os governos, um montante superior a 120 bilhões de dólares por ano, crescendo ano após ano a uma taxa de 3%/ano.

Quadro 1 – Conseqüências do uso de drogas - especialmente no trabalho.

Conseqüências	Diretas	Indiretas
1. para o próprio indivíduo	-problemas de ordem física, mental, afetiva; econômica, familiar e social	-indiferença, apatia ou desvalorização nas relações sociais, trabalhistas
2 para a família	-as famílias ficam privadas de uma convivência sadia e os familiares passam a viver processo auto- acusativo e auto-destrutivo em maior ou menor grau	- desgastes na vizinhança e nos espaços de convivência da vida comunitária: aumentam as tensões e diminuem os níveis de tolerância e confiança.
3, para o trabalho	- aumento dos riscos para acidentes, tensões nas relações e aumento de problemas de ordem trabalhista (faltas, atrasos...)	- enfraquecimento das relações dentro e fora do circuito do trabalho
4. para empregadores	-aumento das reclamações sobre o trabalhador, aumento dos riscos de destruição ou desgastes de máquinas e equipamentos, aumento das tensões nas relações entre trabalhadores e empregadores.	- diminuição de chances de novas colocações; empregadores: via de regra arcam com os custos decorrentes do absenteísmo, da queda da produtividade e da elevação dos gastos com saúde
5. para a sociedade	-a sociedade como um todo sofre conseqüências diretas do uso de drogas, quer pelo aumento da violência, aumento de tráfico e perda de mão- de- obra qualificada.	-ameaças indiretas: aumento de conflitos sociais nas cidades ou no campo; aumento de tensões sociais, insegurança, nível de violência, nas comunidades mais carentes, nas ruas e nos ambientes de trabalho

Cunha, 3º Fórum Nacional Antidrogas

Ademais, a produção de drogas apresenta graves conseqüências ambientais. Na Amazônia, tem provocado a destruição de florestas nativas para o plantio de culturas ilícitas. Na América Latina, onde se produzem 98% da cocaína consumida mundialmente,

os laboratórios de refino desta droga são, em algumas regiões, os principais agentes de poluição dos rios e das terras agriculturáveis (UNDCP, 2000).

Devemos somar a tudo isso outras interfaces das drogas na vida social, familiar e no mundo do trabalho, que é a disseminação do vírus HIV diretamente entre usuários de drogas injetáveis, seus(s) parceiros(as) e crianças, e de forma indireta, os inúmeros problemas ocasionados pelas drogas e refletidos como custos sociais (gravidez precoce, aumento da violência e do abuso sexual, abuso contra crianças e adolescentes, tráfico pornográfico, entre outros).

Portanto, o uso de drogas não afeta apenas os usuários, mas a todos: família, sociedade, empregadores, enfim, todos são largamente prejudicados.

3.1.2. A situação no Brasil

A situação no Brasil não é muito diferente, o avanço das drogas chegou em todos os espaços e em situações as mais inimaginadas. Aqui, falar de drogas passou de um modismo compartilhado por faixas da sociedade para começar a ser um objeto de estudo com a seriedade merecida e a preocupação exigida.

"Percebe-se que existem muitos esforços no sentido de dirimir preconceitos, equívocos e levandades enquanto que ao mesmo tempo se busca fundamentação teórico –científica para um entendimento mais claro e objetivo desse complexo fenômeno da dependência química" (BUCHER, 1992, p.89).

Ao olharmos para a realidade social brasileira, percebe-se que o país é vulnerável ao consumo de drogas por indicadores que chamam a atenção:

- rápido processo de urbanização com formação de bolsões de miséria e favelização das grandes cidades, motivados por elevado êxodo rural;
- baixo padrão sócio- econômico de boa parte da população (32% da população brasileira vive abaixo da linha da pobreza isto é, ganham, menos que R\$80,00/mês (IBGE 2000);
- o tráfico ilícito tornando-se, simultaneamente, um dos principais problemas e a principal fonte de renda para algumas famílias;
- o uso da força e da violência nas redes não legitimadas do poder (poder paralelo), onde traficantes detêm poder paralelo, coagindo e pressionando a população;
- aumento do poder bélico nas redes informais e confronto com as autoridades legitimadas (redes legitimadas não detêm o poder nem garantem a ordem social);

- não há promoção de soluções definitivas para os problemas relacionados a moradores de rua, meninos e meninas, que vivem um processo de exclusão social cada vez mais intenso.

3.2. PESQUISAS SOBRE O FENÔMENO DO USO DE DROGAS

Levantamento feito em 1997 pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) demonstrou que 530 crianças e adolescentes em situação de rua pesquisados, 88,1% já haviam experimentado drogas (excetuando-se álcool e tabaco) e 71,7% as consumiam com frequência (GALDORÓZ, 1997).

Pesquisas posteriores, realizadas nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Recife, Fortaleza e Brasília, chegaram a conclusões extremamente preocupantes com a escalada do consumo de drogas, quer nos aspectos qualitativos (substituição e/ou combinação de drogas mais "leves" por outras mais "pesadas"), quer nos aspectos quantitativos (aumento do consumo e/ou combinações de uso) (GALDURÓZ, 1999).

Tabela 2 - Drogas lícitas x Drogas ilícitas:

Drogas lícitas	Descrição
1. Tabaco	Existe no Brasil cerca de 38 milhões de fumantes contados a partir do consumo de 20 cigarros/dias. 12 Milhões destes fumantes já apresentam algum problema relacionado ao uso do cigarro. O Ministério da Saúde computa mais de 18 mil mortes/anuais relacionadas ao tabaco.
2. Álcool	Cerca de 37 milhões de brasileiros bebem e geram problemas ao usar álcool desses, 18 milhões apresentam nítidos problemas de saúde associados diretamente ao uso de álcool (alcoolistas pesados) Dados do Ministério da Saúde apontam mais de 15 mil mortes/ano diretamente relacionados ao álcool.
3. Medicamento	Somando-se: anfetaminas, barbitúricos, ansiolíticos e outras substâncias psicoativas, 29 milhões de brasileiros abusam cotidianamente de medicamentos, sendo que: 1,2% delas já estão dependentes e mais de 2,5 milhões de brasileiros dão entrada em algum serviço de emergência por intoxicação medicamentosa. São mais de 4 mil mortes por ano causadas por uso abusivo de medicamentos. Por ação direta da droga As drogas lícitas (tabaco, álcool e medicamentos) representam mais de 75% de todos os óbitos registrados no SUS.

(CONTINUA)

Drogas ilícitas	Descrição	(CONTINUAÇÃO)
1. Solventes	Solventes de tintas, thinners, colas, esmaltes, resinas e uma lista enorme de produtos químicos (lícitos) com emprego muito específico são usados/abusados ilicitamente por crianças, jovens e adultos. São mais de 28 milhões de brasileiros que fazem uso destes solventes, gerando cerca de 5 mil mortes/ano relacionadas diretamente com solventes.	
2. Maconha	Estima-se que entre 20 a 25 milhões de brasileiros fumem sistematicamente maconha (pelo menos um baseado/dia). As conseqüências diretas da maconha são percebidas a curtíssimo prazo, mesmo assim, uma postura de tolerância ao uso tem encorajado uma escalada vertiginosa em todos os espaços da vida nacional.	
3. Cocaína	Apesar de alardeada como se fosse a droga mais consumida no Brasil, cocaína, crack e outras variações e combinações dessa droga estão relacionados a 18 milhões de brasileiros, segundo estimativas do CEBRID.	

Fonte: Pesquisas epidemiológicas CEBRID

Para nós aqui no Estado de Santa Catarina, apesar dos indicadores sociais apresentarem-se de uma forma geral, mais favoráveis que para a grande maioria do país, há uma série de desafios relativos ao consumo de drogas, que torna as cidades catarinenses, principalmente as do litoral, muito parecida com as demais cidades brasileiras.

Há 3 cidades catarinenses que figuram entre as de maior coeficiente de prevalência para o vírus HIV. O índice é calculado com base em número de casos de doentes de AIDS por cem mil pessoas da população. Entre elas estão: Itajaí, Balneário Camboriú e Florianópolis. Sabe-se que uso de drogas e a soropositividade para o vírus HIV tem uma estreita relação. Esses dados epidemiológicos estão amplamente divulgados e inteiramente associados ao uso de drogas injetáveis (MS, Boletim epidemiológico, 14, jun/2000).

O uso/abuso e tráfico de drogas no Estado são extremamente preocupantes e têm mobilizado o Poder Público na busca de soluções. Os Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes são instituições normativas nas questões relativas as Políticas Públicas de Drogas.

A cidade de Florianópolis foi objeto de um projeto piloto, de uma ampla pesquisa nacional coordenada pelos Drs Ângelo Campana e Francisco da Costa Baptista Neto, apoiados pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pela Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD),

com objetivo de conduzir estudos da situação de consumo de substâncias psicoativas (SPA) no Brasil, bem como das atitudes e percepções da população sobre o problema.

Foi o 1º Levantamento Nacional sobre o Consumo e Substâncias Psicoativas (SPA) na população em geral. As estimativas de prevalência entre estudantes têm apontado como de maior magnitude o álcool, o tabaco e os inalantes, com indicadores que se situam entre 60 e 92% para o álcool, entre 8 e 38% para o tabaco e 11 e 26% para os inalantes.

Os dados coletados entre os 940 domicílios visitados (em função dos estudos estatísticos do plano amostral) foram processados e deram origem a um documento denominado "1º Levantamento Nacional sobre o Consumo de Substâncias Psicoativas na População: Projeto Piloto- Florianópolis, 1998", que nos aponta três dados extremamente preocupantes. São eles:

1. a idade média de início de uso, tanto de bebidas alcóolicas como de tabaco, é de 12 anos nos homens e de 13 anos nas mulheres;
2. a idade de início de consumo de maconha entre os homens foi de 12 anos e de 15 anos entre mulheres;
3. a idade média para o uso inicial de cocaína foi de 15 anos entre as mulheres e 17 entre os homens.

3.2.1. O contexto do uso de drogas

O renomado psiquiatra francês Claude Olievenstein, ao prefaciar o livro "Drogas e drogadição no Brasil", de Richard Bucher, nos afirma que:

"Ao aproximar as situações vivenciadas nos países industrializados e a maneira pela qual, particularmente como a atual situação de inclusão da droga no Brasil está se dando, inúmeros fatores devem ser desnudados e, exatamente por isso, se podem perceber as inúmeras similitudes e diferenças, pois a droga, lá ou cá, tem se apresentado como um fenômeno plural em que se entrelaçam dimensões afetivas, econômicas, políticas, pessoais, sociológicas, antropológicas, morais, culturais e religiosas" (BUCHER, 1994, p.28).

Há uma maior sensibilidade e adequação dos profissionais preocupados com o uso indevido de drogas.

"No entanto, o tema continua levantando embates principalmente por posturas pouco flexíveis de setores que, sob particulares focalizações morais, ideológicas e metodológicas, nos permitem pelo menos apontar, como necessárias, reflexões de maior profundidade, sem paixões nem composições tendenciosas" (BUCHER, 1992, p.32).

Sintonizados com os anseios do Fórum Social Mundial realizado entre os dias 25 a 30 de jan de 2001 em Porto Alegre, RS, onde mais de 8 mil participantes, entre eles líderes políticos, cientistas, empresários, pesquisadores, educadores, estudantes membros de Organizações Governamentais e não Governamentais, refletiram sobre o tema: "*Um outro mundo possível*" e, mais recentemente, na Conferência de Responsabilidades Sociais, ocorrida entre os dias 19 e 20 de abril de 2001, cuja base temática versava a respeito de: "*Promover os valores da vida com cidadania e responsabilidade social*", foi possível avaliar os custos sociais *decorrentes do uso de drogas*.

3.2.2. Uso de drogas no trabalho : um problema ergonômico.

Para estimar esses custos sociais relacionados ao uso de drogas, quer lícitas e/ou ilícitas, em termos de saúde pública, as pesquisas têm se pautado, principalmente, nos gastos com tratamentos médicos, na perda de produtividade de trabalhadores e na sua condição de consumidores abusivos de drogas. No que tange às relações de alteração ergonômica no trabalho, sabe-se que, sob o efeito de drogas quando no trabalho, o nível de exposição do trabalhador a perigos reais é intenso.

Ferimentos, multilações, incapacidades temporárias e definitivas, negligência com o uso de equipamentos de proteção individual, desobediência às normas técnicas de proteção, exposição indevida de outrem a perigos, promoção de discussões, brigas, conflitos e traumas, enfim, uma série de situações muito danosas é sistematicamente promovida quando o trabalhador está sob o efeito de drogas. Isto tem comprometido a saúde do trabalhador e potencializadas inúmeras perdas sociais com visíveis reflexos econômicos, que podem levá-lo à invalidez ou aos diversos tipos de mortes, inclusive a física, de forma prematura e traumática.

Todavia, outros itens poderiam estar contabilizados aqui, dentre aqueles relacionados aos processos crônicos – degenerativos, à exposição a agentes tóxicos – perturbadores da fisiologia neural, evidenciados nas psicoses, neuroses e transtornos obsessivos – compulsivos levando-os a incapacidades temporárias e/ ou definitivas, as co - morbidades à dependência química, e outras inúmeras patologias físicas e mentais, expressas tanto no mundo do trabalho quanto no mundo do cotidiano (familiar, social, cultural, afetivo, relacional, etc ...)

Dados do início dos anos 90, apresentam cifras anuais superiores a 100 bilhões de dólares aplicados especificamente em saúde e em segurança no trabalho relacionados ao uso de drogas, somente nos Estados Unidos, exatamente por trabalhadores em plena fase produtiva.

No Brasil, os custos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas são estimados em 7,9% do PIB por ano, ou seja, cerca de 30 bilhões de dólares. Esta cifra tão elevada apresentada pelo Ministério da Saúde no ano de 1995 (MS, Relatório Anual, 1996) tendeu a crescer a partir de 1996 chegando a 8,2% do PIB em 1999 o que representou naquele ano nada menos que 49 bilhões de dólares.

Destacamos o custo decorrente do tratamento de doenças ligadas ao uso de tabaco, que corresponde a 2,2% do PIB nacional (MS, Relatório Anual, 2000).

“O custo total anual para o Serviço Único de Saúde (SUS), das patologias catalogadas pelo próprio sistema como estreitamente relacionadas ao uso de tabaco, eleva-se para mais de 1 bilhão de dólares. Contudo, o tabaco não é usualmente incluído nas estatísticas sobre dependência química. A assistência especializada no tratamento das drogas ilícitas consumiu, em contrapartida, 0,3% do PIB, somente no ano de 1992 (Bucher, 1992). De 92 a 2000, houve um incremento e em Dez/2000 foram utilizados nada menos que 0,65% do PIB. (MS, Relatório Anual, 2000).

As internações decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, principalmente em trabalhadores, comportam importantes custos sociais. No triênio de 1995 a 1997, mais de 310 milhões de reais foram gastos em internações correntes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Ainda neste mesmo período, o alcoolismo ocupava o 4º lugar no grupo de doenças que mais incapacitam para o trabalho, considerando a prevalência global de doenças (MS, Boletim Anual, 2000).

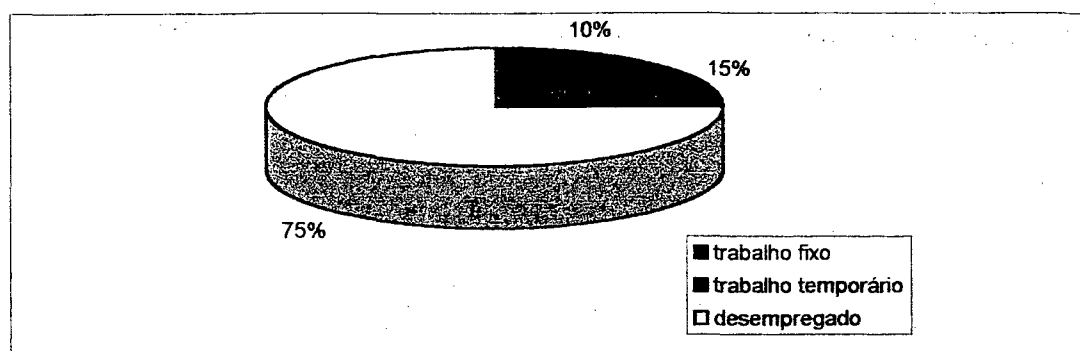
Finalmente, devemos considerar os transtornos mentais associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas. As Psicoses Alcoólicas e causadas por outras drogas, bem como as Síndromes de Dependência do álcool e outras drogas são o primeiro motivo de internações psiquiátricas. Os gastos totais relativos ao diagnóstico de dependência de drogas, passaram de US\$ 902.886,29 em 1993 para US\$ 2.919.933,94 em 1997. No total, os gastos diretos em internações que podem decorrer do uso de substâncias psicoativas, em hospitais gerais da rede SUS, chegaram a R\$ 601.540.115,33 em 1998 e estima-se hoje (2001), que o total de despesas cheguem próximo a R\$ 3,8 bilhões de reais, sendo que mais de 92% dos atingidos se encontram em plena fase produtiva.

Segundo dados coletados no Boletim trimestral do Ministério da Saúde BT/MS de Set de 2000, a dependência tabágica é responsável por: 85% dos casos de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); 30% dos casos de câncer; 26% dos casos de angina e enfarto agudo do miocárdio e 25% dos casos de doenças cérebro – vasculares entre trabalhadores de 30 a 50anos de idade.

É possível, então, olharmos na direção de relações não tão nítidas, entre trabalho e consumo de drogas; desemprego, tráfico e consumo de drogas, visível no cotidiano de nossas cidades, das metrópolis às cidades pequenas. Essas relações devem ser o ponto de partida a ser trabalhado, quando do empenho para a minimização da violência.

Essa relação já havia sido comprovada por vários estudos realizados tanto na Europa quanto na Ásia e Estados Unidos. Recentemente, o Jornal Folha de São Paulo (Folha de São Paulo, nº 5.434 de 26 Fev 2001), publicou pesquisa realizada pelo Departamento de Investigações sobre Narcotráfico (DENARC, SP) com 1981 traficantes, usuários e dependentes de drogas na capital de São Paulo, SP, revelando que, de cada 100 traficantes pesquisados, 75 estão desempregados, e de cada 100 usuários e dependentes, 76 estão igualmente desempregados. Em relação à escolaridade, do total de traficantes presos pelo DENARC no ano de 2000, 87% tinham o Ensino Fundamental, e idades entre 15 e 30 anos. Assim, o perfil que este estudo apresenta é o de uma população na faixa etária mais afetada pelo desemprego e que, em decorrência da baixa escolaridade, encontra-se impossibilitada para a inserção e a competição no mercado de trabalho. É o que apresenta a figura abaixo.

Figura 8 – Trabalho x tráfico de drogas: dados gerados a partir de 981 traficantes presos no DENARC no ano de 2000



Estudos internacionais e nacionais realizados com o objetivo de se melhor entender as relações entre o consumo de drogas psicotrópicas, trabalho, desemprego e a violência têm apresentado dados muito semelhantes e que apontam firmemente nessa direção. De acordo com pesquisas feitas pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e

Alcoolismo dos EUA, o uso excessivo de bebidas é um fator verificado em 68% dos homicídios culposos, 62% dos assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos no país, sendo que mais da metade dos infratores (67%) estavam desempregados (National Institute on Drug Abuse - NIDA, 2000, p.8).

O mesmo estudo chama a atenção sobre o uso de álcool em casos de violência doméstica: cerca de dois terços dos casos de espancamento de crianças ocorrem quando os pais agressores estão embriagados. O mesmo ocorre nas agressões entre marido e mulher. Perfil dos agressores: trabalhadores de nível escolar básico ou semi-escolarizados (39%) ou desempregados (31%) do total de registros.

No Brasil, pesquisadores do CEBRID analisaram, em 1996, mais de 19.000 laudos cadavéricos feitos entre 1986 e 1993 no IML Central da Grande São Paulo e constataram que, de cada 100 corpos que entraram no Instituto Médico Legal neste período, vítimas de morte natural, 95 tinham álcool no sangue, sendo que a maioria (71%) de pessoas em plena fase produtiva de suas vidas.

Relacionando-se drogas e trânsito, vamos perceber que, embora os acidentes estejam entre as principais causas de morte no Brasil, só recentemente têm sido objeto de estudo. Em 1997, pesquisas realizadas nas cidades de Recife, Brasília, Curitiba e Salvador mostraram a alta presença do uso de drogas, especialmente álcool, nas situações de violência no trânsito. A média para as quatro cidades foi de 61% de casos de alcoolemia positiva entre as pessoas envolvidas em acidentes.

A mesma pesquisa também verificou o uso de outras substâncias psicoativas pelas pessoas envolvidas em acidentes de trânsito, em diferentes proporções para cada cidade. No Recife, uma em cada 10 vítimas de acidentes havia feito uso de maconha (10%), o dobro do percentual detectado em Brasília (4,5%)

Com relação à cocaína, não houve detecção entre os acidentados de Recife, mas nas outras três cidades, os valores variaram entre 3,8% em Salvador, 3,4% em Brasília e 3% em Curitiba. Foi constatado ainda o uso de outras substâncias como os Benzodiazepínicos (3,4%), Barbitúricos (1,5%), Anfetamínicos (0,6%) e Opióides (0,3%).

Números ainda mais altos foram encontrados em outra pesquisa, desta vez realizada no período de carnaval, na cidade de Recife: 88,2% das vítimas fatais de acidentes de trânsito tinham consumido álcool. 81% dos exames positivos, tinham entre 20 e 42 anos de idade. (MELCOP, 1998).

O novo Código Nacional de Trânsito vai ao encontro desta preocupação e estabelece que dirigir sob influência do álcool (níveis de alcoolemia iguais ou acima de 0,6g/l) é crime. Estão previstas multas e prisão para aqueles que infringirem a norma.

Outra relação: drogas e trabalho, igualmente é preciso chamar a atenção para todos os problemas relativos ao uso de drogas e sua influência no trabalho, tanto no que diz respeito à segurança do próprio trabalhador nos seus aspectos físicos e sociais, quanto à saúde das empresas, isto é, sua imagem, produtividade e responsabilidade social.

Estudos recentemente realizados pela Federação das Indústrias do estado de São Paulo FIESP, 2000, e ainda em fase de tabulação, apontam para a confirmação de dados de outra pesquisa realizada pela mesma Federação e pelo mesmo grupo (WAISMANN, 1995), que apresenta cifras entre 10 a 15% dos trabalhadores pesquisados com problemas de dependência. Os números conduzem para o entendimento de que o abuso de drogas entre trabalhadores da indústria seja responsável por:

1. três vezes mais licenças médicas que outras quaisquer doenças;
2. aumento de 5 vezes mais as chances de acidentes de trabalho;
3. está relacionado com 30 a 35% de todos os acidentes de trabalho;
4. responsável por 50% de absenteísmo e licenças médicas;
5. leva à utilização de oito vezes mais diárias hospitalares;
6. leva a família a utilizar três vezes mais assistência médica e social;
7. aumento de 35 a 40% de perdas de produtividade;
8. aumento de quase 50% de rejeitos pelo controle de qualidade;
9. diminuição de 25 a 40% na vida útil de peças e equipamentos;
10. aumento de 16 a 22% em tempo de máquina parada e/ou em manutenção;
11. aumento de 25 a 45% no acionamento dos diversos tipos de Seguro.

Esses dados são confirmados por outras diversas pesquisas realizadas por grupos independentes e ligados principalmente a Centros de Pesquisas Universitários como a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade do estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), dentre os quais, citamos as pesquisas realizadas por DIAS et al (1997) e por CAMPANA (1998).

3.3. PROCESSOS DE AJUSTAMENTO ORGANIZACIONAL:

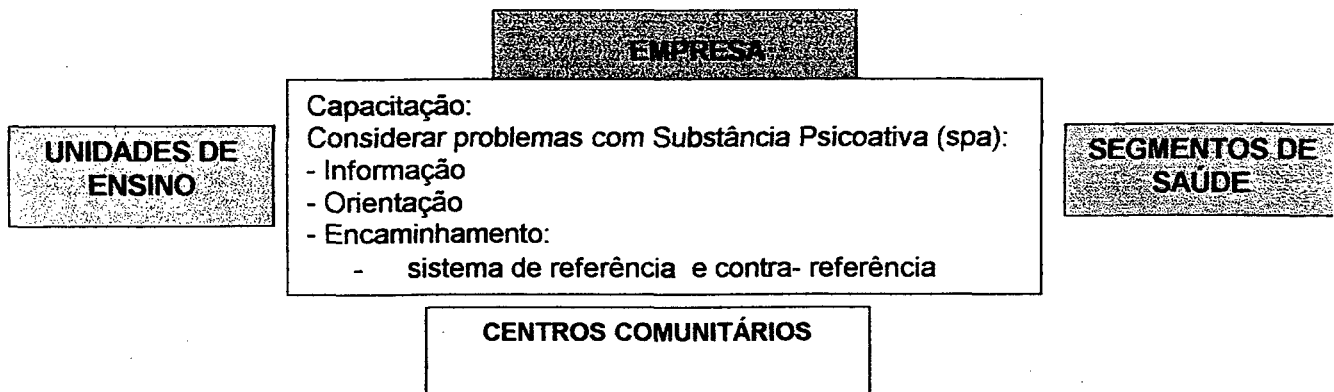
Organizações públicas e privadas e Multinacionais do eixo Rio - São Paulo, contabilizaram prejuízos relacionados ao uso /abuso de drogas e, a partir de 1980 passaram a investir pesadamente no controle de seus funcionários. As situações de acomodação ou visões paternalistas foram sendo substituídas por ações mais enérgicas no que diz respeito a discutir e promover atividades preventivas e encaminhamentos mais diretos para os casos de uso já confirmados. Nesse sentido o uso de drogas, principalmente em serviço passou a ser visto como problema ergonômico.

Uma série de estratégias relacionadas inicialmente à Medicina e Segurança do Trabalho foi multiplicando-se em diversas Organizações através de atividades e programas mais sistematizados na conscientização do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) através das Semanas Internas de Prevenção a Acidentes (SIPATs). Passaram a relacionar uso de drogas à acidentes de trabalho.

Aproveitando os ares globalizantes de contratos multimilionários, as empresas se submeteram a normas internacionais de controle na produção, comercialização e manutenção de produtos e serviços. Cláusulas sobre testagem de drogas entre os funcionários de todos os níveis, programas de apoio a tratamento e reabilitação, além de estímulo para programas de Prevenção, multiplicaram -se em inúmeras empresas do Brasil a partir de 1990. Nessa mesma época, Canadá, Estados Unidos, França e Inglaterra iniciaram uma política mais ofensiva contra o uso de drogas nas Organizações.

A figura abaixo apresenta relações entre os diversos setores em centenas de Organizações que, de forma sistematizada, implementaram programas de prevenção ao uso de drogas, tratamento e reabilitação de seus funcionários.

Figura 9 – Setores envolvidos na implantação de programa de prevenção e tratamento de usuários de drogas em diversas Organizações.



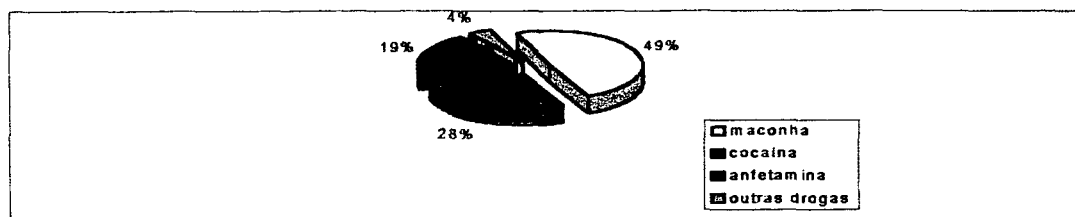
Há, em centenas de milhares de Organizações, no Brasil e no exterior, esforços no sentido de capacitação dos trabalhadores através da aproximação da Organização com às Unidades de Ensino, os Segmentos de Saúde e os Centros Comunitários onde a Organização está inserida.

Medidas de controle do uso de drogas através de testagem em funcionários, apesar de antipáticas, começaram a ser cada vez mais presentes. Laboratórios nacionais e internacionais adequaram-se para processar amostras que não param de crescer.

Em novembro de 2000, 400 empresas brasileiras realizavam sistematicamente exames de urina de seus funcionários só no Laboratório de Toxicologia do Hospital das Clínicas de São Paulo (EPM, HC, Relatório Anual, Janeiro 2001). Outros seis laboratórios no Brasil apresentam certificação internacional para a realização desses testes.

Os testes são realizados com regularidade cada vez maior, dentro do programa escolhido por cada Organização. O processo de escolha dos funcionários que serão testados é feito por programas informatizados especialmente desenhados para considerar as características específicas de cada Organização. Garantem os especialistas que todos concorrem ao sorteio com chances iguais de serem indicados para o teste, podendo, numa mesma testagem, estar convocados desde o Presidente da Organização até o funcionário de menor nível hierárquico. Dos 12.840 testes realizados pelo Laboratório de Toxicologia do Hospital das Clínicas de Junho de 1992 até Abril de 2001, 8% de todas as amostras voltaram com o carimbo de positivo, sendo que o álcool, não foi contabilizado nesses 8%. Das amostras positivas, 39% eram para maconha, 28% para cocaína, 19% para anfetaminas e 4% positivo para duas drogas. Níveis de álcool acima de 0,6g/L foram achados em 41% todas as amostras, o que constitui um dado para pesquisa a parte. A figura abaixo apresenta um total de 1028 exames positivos (8%) dos 12.840 exames testados no Laboratório de Toxicologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

Figura 10 – Resultados positivos X tipo de droga em screening de 12.840 testes, sendo 8% (1028) exames positivos.



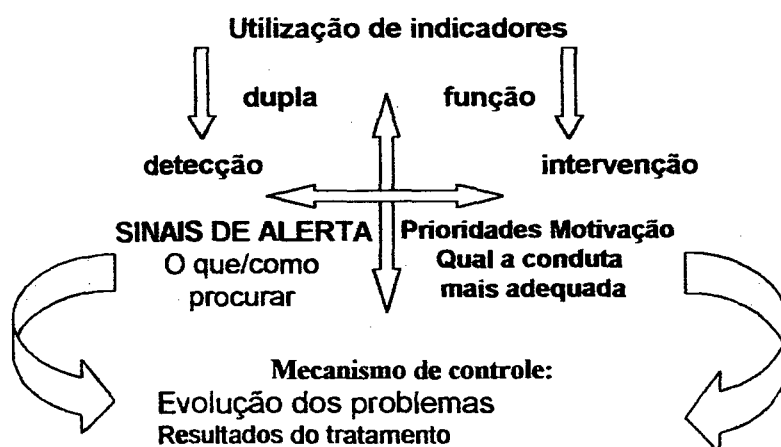
Os testes estão sendo aplicados com maior frequência, o que tem demonstrado a diminuição do índice de testes positivos. Isso parece um bom sinal. Pode significar que com medo de passar pelo constrangimento de serem chamados pelas equipes internas, os funcionários associam o uso de drogas com riscos de perda do emprego.

Nos Estados Unidos, na Europa, no México e na Venezuela, já não se trabalha em plataformas de prospecção ou extração nem refinarias sem um atestado comprovando não-dependência às drogas. Não se fundeia um navio em qualquer dos principais portos do mundo sem que a tripulação exiba seus certificados de "limpeza".

No ar, a preocupação com drogas é redobrada. No mundo aeronáutico, repete-se internacionalmente a regra básica de que álcool não deve ser consumido na véspera de voar. "Sem álcool antes do manche", reprisa-se em vários idiomas. Há um clima, digamos, de confiança desconfiada nas cabines. Os pilotos ficam atentos reciprocamente a qualquer "atitude anormal", relata Paulo Magalhães, diretor do Departamento médico da Fundação Rubem Berta, da Varig. Nos vôos intercontinentais, há sempre uma tripulação de reserva, comandante e co-piloto, para substituir a principal depois de oito horas de vôo.

Nos Estados Unidos, 915 comandantes e co-pilotos de grandes empresas aéreas, 278 pilotos de companhias regionais e 436 pilotos particulares voam hoje resgatados da dependência do álcool. Há um investimento tanto do trabalhador quanto da empresa no sentido de que se faça o tratamento para depois ocorrer a reabilitação no trabalho. A figura abaixo apresenta a utilização de indicadores no acompanhamento e avaliação de programas de tratamento de usuários de drogas nas Organizações. (Revista Isto E, n. 228 de 14 Out 2000).

Figura 11 – Processo de avaliação de Programas na Empresa.



Inúmeras empresas de alta tecnologia como a Klabin, Esso, Aços Tupi, Varig e Tcnow entre outras apresentam casos bem-sucedidos de tratamento ao uso de drogas entre seus empregados. O esquema acima apresenta o sistema de avaliação de programas de prevenção desenvolvidos por inúmeras Organizações.

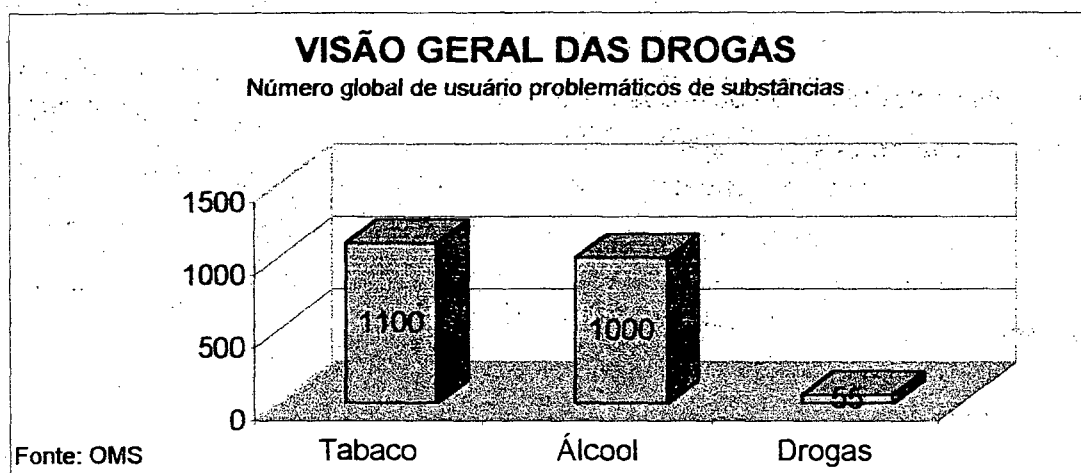
A dimensão do uso de drogas no trabalho é enorme e pode ser medida por meio de pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde: 1,5 bilhão de pessoas são dependentes de álcool em todo o planeta e 55 milhões são dependentes de outras drogas ilícitas (OMS, 2000).

O número de pessoas que no mundo todo sofrem do alcoolismo é maior do que qualquer outra doença de que já se teve notícias.

No Brasil, os dados disponíveis indicam uma cifra de 25 milhões de brasileiros que apresentam o alcoolismo como doença codificada pelo CID 10 e o DSM IV. Desses 15 milhões, com problemas muito sérios que exigem cuidados especiais e/ou internação.

A figura abaixo mostra o número total de pessoas no mundo que usam álcool e outros tipos de drogas, segundo a Organização Mundial da Saúde (2000).

Figura 12 – Números absolutos de usuários de drogas no mundo.



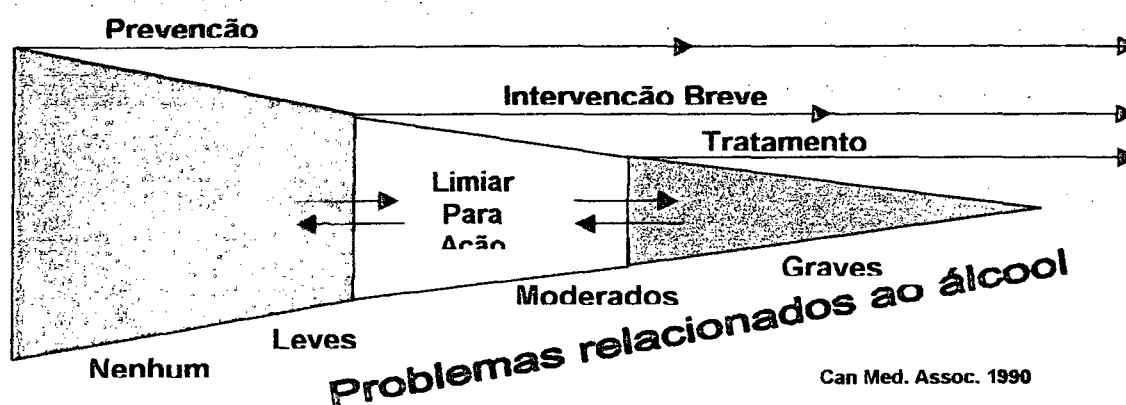
Como há uma tênue linha de separação entre reabilitação do dependente de drogas e eventuais recaídas, os funcionários que decidem tratar-se são submetidos a sistemáticas testagens. Alguns resultados são encorajadores: cerca de 35% dos que são internados para desintoxicação e tratamento psicológico específico conseguem manter-se longe de bebida e/ou das drogas.

Há, nas empresas brasileiras, os chamados grupos de apoio, nos quais funcionários que já passaram por problemas de dependência química prestam auxílio à aqueles que ainda busca sair do julgo das drogas. São experiências bem sucedidas que

têm contribuído enormemente para a melhoria do clima organizacional. Nos Estados Unidos, as relações no trabalho são frias e mesmo indiferentes. Em menor grau, a situação é a mesma na Europa. Aqui, as relações informais são mais importantes. Esse apoio é fundamental e tem-nos permitido utilizar uma série de estratégias para tratamento da questão. O índice de reabilitação entre os que freqüentam esses grupos chega a 80%”, atesta Burns, diretor técnico da Vila Serena, um dos muitos Centros de Reabilitação espalhados em São Paulo. (Revista Isto É, n

A figura abaixo apresenta os níveis de intervenção para o uso de álcool e outras drogas nas Organizações a partir dos programas propostos pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). A OIT julga que nas Organizações os indivíduos não associados ao uso de drogas estão na faixa verde, já os que fazem uso ocasional e ou ainda não desenvolveram dependência encontram-se na faixa amarela e os que estão na faixa vermelha são aqueles que desenvolveram dependência e/ou abusam de drogas e tem seus efeitos manifestados durante a jornada de trabalho. Aqui, a faixa verde apresenta como intervenção a prevenção educativa, já a amarela uma intervenção breve com manutenção em grupos de Ajuda-Mútua. Porém, na faixa vermelha, intervenção mais enérgica é necessária, inclusive, dependendo do caso, de internação e tratamento especializado – que em certas ocasiões são as únicas alternativas.

Figura 13 – Abordagens para o consumo de álcool nas Organizações.



Burns, afirma que: é necessário que haja um diagnóstico que, dependendo do caso, passa desde uma avaliação psicológica, física até exames mais complexos como aminograma e/ou exames por imagens”.

Afirma também o pesquisador que: “ mais de 70% dos trabalhadores identificados como usuários de drogas ou álcool, não necessitam ir para nenhum Centro de

Tratamento, porém cada caso merece ser observado por uma equipe multiprofissional, sendo que a decisão pela internação deve ser uma decisão da equipe médica. Propõem que mesmo aqueles que não necessitam de internação, podem e devem ser acompanhados por essa equipe multidisciplinar, tanto na desintoxicação quanto na adesão e acompanhamento do tratamento, mesmo que ambulatorial e/ou em grupos de Ajuda-mútua.

O fato é que, inúmeros grupos de Ajuda – mútua, dentre eles Alcoólicos – Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor - Exigente, Grupos alternativos e religiosos têm sido muito eficientes no lidar com essas pessoas que tiveram suas vidas transformadas pelo uso de drogas.

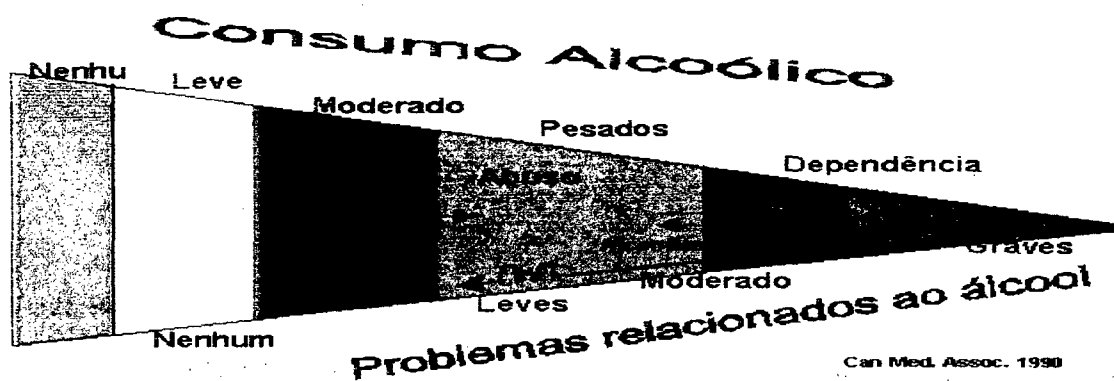
Hoje, mais de uma centena de empresas mantêm algum tipo de programa de detecção e ajuda a funcionários com problemas de abuso de substâncias químicas. É o caso do Pão de Açúcar, da Caterpillar, da Eletronorte, da Petrobrás, da Johnson & Johnson e da Avon, só para citar algumas.

O alcoolismo é uma doença grave, com raízes hereditárias, sociais e culturais. O abuso de outras drogas, apesar de não terem sido tão minuciosamente pesquisadas como o alcoolismo, seguem, basicamente as mesmas relações observadas no alcoolismo, afirmam os especialistas na área. O stress, a baixa auto-estima, a falta de metas e projeto de vida pessoal, formas não assertivas e ponderadas para a resolução de problemas e mais uma “centena” de outros fatores têm levado pessoas ao consumo de drogas. Em parte, isso explica o uso freqüente de substâncias químicas proibidas entre os trabalhadores de todos os setores, cargos e funções.

As polícias militares de quase todos os estados da federação desenvolvem programas para policiais e seus dependentes. Outros profissionais que andam armados como os militares, policiais e profissionais da área de segurança precisam ser permanentemente avaliados e trabalhados em Programas de Prevenção e tratados, quando usuários de drogas, pois, por suas especificidades, tem mais acesso a armas, o que representa um perigo potencial.

Todos os trabalhadores de empresas de transporte devem ser testados sistematicamente, pois há uma relação direta entre uso de drogas e acidentes. Segundo o médico do trabalho, Dr José Carlos Dias, da Esso brasileira, todos os 700 motoristas são testados criteriosamente quanto ao uso de drogas, incluindo aí o álcool, drogas medicamentosas ou drogas de abuso.

Figura 14- Consumo de álcool nas Organizações



A figura acima apresenta uma relação direta entre consumo de drogas e os respectivos problemas causados em função desse consumo. Apesar de usar o álcool como modelo, o esquema é muito semelhante para outras drogas.

Ana Cristina Mello e Souza, psicóloga e gerente do programa da Petrobrás Distribuidora, com 3200 funcionários, dá ênfase à idéia de que tanto o alcoolismo quanto a dependência às drogas são considerados doenças e não estigmas, e como tal devem ser tratados. Na Petrobrás, são os próprios companheiros de trabalho, quando não os familiares, que recomendam o nome de determinado funcionário para tratamento. Revela Ana Cristina: "Após um ano de pesquisas usando critérios médicos, chegamos a cinquenta casos identificados de alcoolismo e outras dependências numa de nossas unidades escolhidas para iniciar o programa. Todos foram encaminhados para reabilitação".

Mas, se ninguém pode testar à revelia para detectar gravidez ou Aids, como os funcionários reagem ao que, para muitos, pode ser visto como um atentado aos seus direitos? Segundo o jurista e Ex-Secretário Nacional Antidrogas Walter Maierovitch, os trabalhadores toleram porque não há outra alternativa. Com uma taxa de desemprego no nível em que esta, qual funcionário se recusaria a assinar uma autorização para ser testado?. Para ele, é um direito constitucional a preservação da intimidade do cidadão. E mais, afirma que "*ninguém é obrigado a produzir provas contra si próprio*".

Entretanto, nesse debate, os sindicatos têm-se manifestado favoráveis aos testes, como no caso da Associação dos Pilotos da Varig.

Os empregados precisam de algum tempo para se acostumar à idéia de submeter-se aos testes. Devem antes afastar o fantasma da perda do emprego e confiar no programa de reabilitação. Na Embraer, até o ano passado, foram realizadas 95 palestras

com o pessoal da fábrica, dos escritórios, colaboradores e familiares. Os testes iniciaram-se há um ano e somaram 4214 de fevereiro a dezembro/2000. O resultado positivo atingiu 42 funcionários, dos quais 38 iniciaram tratamento de reabilitação.

Nas estatais, o espírito paternalista vai aos poucos desaparecendo e já há mudanças sensíveis: o período de internamento nos casos de desintoxicação é mais curto e parte do tratamento é paga pelo próprio funcionário para amortizar os custos. Na Embratel, o custo total do tratamento chega a R\$ 3.500,00 – a metade do que um cliente particular pagaria numa clínica. O professor Ovandir Alves Silva, da Universidade de São Paulo (USP), recomenda a implantação de programas de controle de tal modo que, no primeiro ano, sejam testados 20% dos funcionários, independentemente da hierarquia. Se o resultado for abaixo de 1% de positivos, a pesquisa seguinte pode ser reduzida para 10% dos empregados. Caso contrário, os exames devem atingir a metade da empresa e, no caso das admissões, todos os candidatos devem ser submetidos aos testes.

O teste feito pela USP custa 80 reais. Ele sempre acusa quem fez o consumo recente de drogas – no caso da maconha, com até vinte dias de antecedência ao teste, e, no da cocaína, em torno de uma semana. Outras drogas, inclusive medicamentos controlados e drogas ilícitas também são detectadas. Além de precisos quanto aos resultados, os exames têm a vantagem de preservar a identidade do funcionário.

A toxicologista Eliane Spinelli, da USP, comenta que, “no comércio, já existem vários tipos de testes. Um deles é feito com um kit mais barato, porém seu resultado é discutível. Se é um teste rápido, para saber se um motorista pode ou não dirigir um caminhão, por exemplo, há a vantagem de apresentar resultado imediato. Mas, mesmo assim, é passível de erro de avaliação, sob certas circunstâncias. Qualquer medicamento ingerido pelo funcionário que está sendo testado pode mascarar o exame e torná-lo sem efeito, e por isso mesmo exigir uma testagem mais ampla para se descartar, se ocorreu o consumo só de medicamentos ou junto a este, também houve o uso de outras drogas não medicamentosas”. (USP, Boletim Toxicológico, Mar, 2001)

A Esso e a Shell, por essas razões, preferem enviar o material para ser examinado nos Estados Unidos. A Esso faz exame de urina para admissão a qualquer cargo. Mais de dez drogas são avaliadas em cada exame. O candidato aprovado sabe que toda a sua vida funcional será marcada por testes até a sua aposentadoria. O médico José Carlos Mello, que há cinco anos comanda o trabalho de reabilitação da Esso enfatiza: “O clima é de descontração, quando no dia do exame podem se encontrar no serviço médico o motorista, um contador, um vigilante, o tesoureiro e o presidente da empresa. A

escolha é aleatória e feita por um programa de computador automatizado. Após a seleção, pela manhã, o próprio computador envia e-mail e solicita a ida do destinatário ao serviço médico. Alguns vão discretamente, outros, com naturalidade e outros, ainda, com humor. O fundamental é que eles vão.” (Boletim da Esso, n. 04 de Abril de 2001).

A testagem de drogas tem sido amplamente discutida, e parece que muito ainda será discutido, porém, o que não se discute mais é o fato de que todas as Organizações precisam estar alertadas para o problema do uso de drogas por parte de trabalhadores, no trabalho e/ou em suas vidas, e da necessidade de Programas de Prevenção e Reabilitação eficazes e amplamente facilitado à todos.

3.4. SAINDO DO MUNDO DO TRABALHO:

Saindo do mundo do trabalho e olhando o fenômeno como um todo, podemos ter uma idéia de como é importante trazer outros dados para um entendimento maior da complexidade do fenômeno da dependência a drogas.

No Brasil, são referências os estudos realizados, desde 1987, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sobre o uso indevido de drogas por estudantes de Ensino Fundamental e Ensino Médio e crianças e adolescentes em situação de rua. Os resultados desses levantamentos confirmam que, no país, também há um consumo cada vez mais elevado de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes.

Tabela 3 - Pesquisa entre estudantes das redes pública e privada em 10 capitais brasileiras do ensino fundamental e ensino médio (15 503 alunos)

Dados	Idade	Uso de drogas
Consumo de drogas na vida por crianças e adolescentes	8 e 15 anos	51,2% usaram álcool; 11% usaram tabaco; 7,85% solvente; 2%, ansiolíticos e 1,8% já utilizaram anfetamínicos
Nas 10 capitais pesquisadas, cresceu a tendência para o uso freqüente de maconha entre crianças e adolescentes .	8 a 15 anos	Nas 10 capitais pesquisadas, cresceu a tendência para o uso freqüente de maconha entre crianças e adolescentes . Quanto ao uso pesado de drogas, isto é, 20 vezes ou mais no mês, também aumentou nas 10 capitais para a maconha e para o álcool.

Fonte: GALDURÓZ, 1993, 1997, 1999)

A situação agrava-se entre as crianças e adolescentes em situação de rua. Conforme levantamento de 1993, o uso na vida de drogas por esta população

apresentava os seguintes percentuais: 82,5% em São Paulo, 71,5% em Porto Alegre, 64,5% em Fortaleza, 57% no Rio de Janeiro e 30,5% em Recife (NOTO et al., 1993 CEBRID).

Os dados nos permitiram associar tipos de drogas com faixas – etárias e segmento sócio – econômico. É possível, por conta disso, especular alguns cortes de estudos relacionados entre si, que implicam preferências de drogas entre jovens nos diversos segmentos da população. Segundo essas pesquisas, podemos perceber uma iniciação para o uso de drogas cada vez mais precocemente (média 10 a 13 anos), uma intensificação entre os 15 à 17 anos. (GALDURÓZ et al., 1997)

Tabela 4 - Drogas mais freqüentes usadas por crianças e adolescentes em situação de rua.

Droga/uso diário	São Paulo	Recife	Fortaleza	Porto Alegre	Rio de Janeiro
Tabaco	71%	68,5%	69,3%	73,2%	68%
Inalantes,	24,5%	42%	37%	47%	36%
Maconha	25%	13,5%	19%	21%	29%
Alcool	16,5%	29%	31%	32%	24%
Cocaína e derivados	8%	4,5%	3,8%	4,1%	4,7%
Anticolinérgicos	9,5%	8,5%	18,5%	5,4%	4,9%

Fonte: Noto et al 1993 (CEBRID)

Pesquisa realizada em 1999 sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre os estudantes de 1º e 2º grau, no Estado de Santa Catarina, realizada pela Secretaria da Educação, Cultura e Desporto, entre quase 6 500 estudantes das redes municipal, estadual e privada, ficou constatado que:

- 17,1% dos estudantes de 1 e 2 graus usaram, pelo menos uma vez na vida, uma ou mais das drogas psicotrópicas pesquisadas;
- 6,6% tinham consumido drogas nos últimos trinta dias. Num universo de um milhão de alunos, esse índice é bastante significativo;
- as drogas mais usadas entre os estudantes foram os solventes, a maconha, os ansiolíticos e as anfetaminas;

Quanto às drogas ditas “legais”, 7,4% dos alunos dos ensinos fundamental e médio são fumantes, e 59,2% são usuários de bebidas alcoólicas.

De uma maneira geral, podemos apontar inúmeros fatores - causa associados entre si que, mesmo quando trazidos em diferentes abordagens, contribuem para este crescente consumo de drogas nas sociedades modernas:

1. a produção de drogas em grande escala e cada vez mais potentes;

2. facilidade e rapidez de transporte das mesmas de um lugar para outro, podendo ser adquiridas em qualquer lugar do mundo e em qualquer tempo, por preços acessíveis;
3. exploração através da mídia, da associação do consumo de drogas legais e o sucesso na vida das pessoas;
4. a falta de vivência comunitária de valores como justiça, solidariedade e honestidade;
5. o consumismo (entendimento de que nossa sociedade estimula ao consumo de tudo, cada vez mais intensamente e, a associação da idéia de que não consumir é sinal de infelicidade);
6. a busca de prazer a qualquer preço;
7. a pobreza (Brasil apesar de estar entre os 10 países mais ricos, apresenta uma distribuição de renda extremamente injusta), o que torna-o uma país com 42% de pobres, sendo que 25% deles abaixo da linha da pobreza;
8. o desemprego, subemprego e as tremendas exigências do mercado de trabalho;
9. a violência (reflexo de violência maior como a falta de justiça social e preocupação com o bem estar da população);
10. a influência dos pares (pressão do grupo e pressão social);
11. a família dissociada por inúmeras causas;
12. a indisponibilidade de cultura, esportes, lazer para uma parcela significativa da população, entre outros (MELCOP, 1998).

E, em se tratando de adolescentes, pode-se acrescentar aos fatores mencionados as mudanças (físicas, psicológicas, fisiológicas, emocionais...) características desta fase, a solidariedade grupal e a busca de identidade pessoal. Tudo isto e outros fatores não citados levam a precauções especiais, em função de que é nessa fase da vida que se encontra o maior contingente de usuários de drogas, segundo pesquisas do CEBRID.

Por outro lado, nossas crianças e adolescentes estão crescendo num mundo cheio de tensões, pressões, incertezas e de rápidas mudanças, constituindo-se num ambiente de risco para o consumo de drogas. As instituições, principalmente a família, estão sofrendo crises, o que tem piorado em muito as relações e a saúde familiar. Outra crise que vem contribuir para essa complexa rede é o fato de que as pessoas investidas de autoridade, aquelas exatamente que poderiam apontar caminhos e nos permitir escolhas, estão totalmente desacreditadas (ANDREATA, 1998, p.19).

Ao completar 18 anos, por um dispositivo constitucional, uma parcela significativa da população brasileira, apresenta-se nas Juntas de Serviço Militar em todo o território nacional. Cerca de 3,5 milhões de jovens brasileiros se alistam anualmente. Só em 2001, tivemos 3,49 milhões de apresentações, dos quais 650 mil foram designados para a prestação do Serviço Militar Inicial, por um período de um ano nas Unidades Militares do Exército, Marinha e Aeronáutica (Boletim Interno do Ministério da Defesa, Janeiro 2001).

Cruzando dados de algumas dessas pesquisas, podemos concluir que os jovens que se apresentam nas Unidades Militares para prestarem o serviço militar inicial trazem consigo todos os reflexos e tendências de suas comunidades. Levando em consideração que mesmo que as Comissões de Seleção não consigam fazer pesquisas muito detalhadas, os resultados preliminares das pesquisas confirmam frequentemente essa tendência, isto é, há verdadeiramente um incremento do uso de drogas. Em 2000, nas cidades de São Paulo e no Rio de Janeiro, para cada grupo de 100 entrevistados, 13 se auto-declararam usuários de drogas em atividade, 9 de já terem usado e atualmente não estar usando, 4 apresentavam registro policial por uso de drogas. Aqui no nosso estado, dos 8.432 apresentados, cerca de 3% já haviam consumido drogas ilícitas. (MEx, 5ª RM, Bol Regional 12, Mar, 2001)

Relativo ao binômio DROGAS – AIDS, pode-se afirmar que, com a expansão da epidemia da AIDS, pesquisas foram sendo consolidadas no sentido de relacionar esses dois fenômenos. Desde 1982, quando se registrou o primeiro caso de AIDS entre usuários de drogas injetáveis no país e, sobretudo, a partir de 1985, o curso dos casos de AIDS entre esta população vem aumentando expressivamente. Em 1985, este número representava 2,7% do total de casos (14 casos), já em 1990 chegou a 18,2% (736 casos). Atualmente, cerca de 32% dos casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde estão relacionados com o uso de drogas e em especial a drogas injetáveis.

3.5. O USO DE DROGAS E ATIVIDADES MILITARES:

Para as Autoridades Militares, o fenômeno do uso/abuso de drogas é complexo e requer toda a atenção por parte dos Diretores, Chefes e Comandantes de todos os níveis hierárquicos e em todas as Unidades Militares distribuídas no imenso território brasileiro.

Inúmeros esforços institucionais foram e continuam sendo realizados para a criação de condições que sistematizem uma educação preventiva permanente em todas as Organizações Militares. De modo especial, os soldados recrutas, face a sua

transitoriedade nas Organizações Militares, são contemplados primeiramente com esses programas. Paralelamente à educação preventiva, esforços têm sido feitos no sentido de buscar soluções para os casos nos quais as drogas já se fizeram presentes.

No entender das Autoridades Militares, o processo de tratamento adequado deve ser ofertado aos militares envolvidos com o uso de drogas, a partir do estabelecimento de parcerias que permitam não só a valorização dos recursos locais, bem como as possibilidades de reabilitação social pós- tratamento (Projeto Esperança, CEP, RJ, 1989).

Por entender que a relação “militares e uso, abuso e tráfico de drogas” apresenta –se potencialmente perigosa, face às especificidades do trabalhador e da organização militar, todos os esforços estão sendo empregados com o objetivo de:

1. promover ambientes de convivência baseados no respeito recíproco, na cooperação, na disciplina, na ordem e, acima de tudo, na confiança;
2. promover contatos diários, entre comandantes e comandados, visando consolidar relações de respeito, camaradagem e de mútua confiança;
3. oportunizar reflexões amplas em todos os segmentos da Unidade Militar, buscando a participação de todos, sobre o tema drogas especificamente e suas intrincadas redes complexas, contextualizando –as à vida comunitária e à vida castrense, através de indicativos grosseiros e sutis da dependência de drogas;
4. promover condições que levem cada militar, especialmente os mais jovens, ao crescimento de suas competências pessoais e sociais;
5. fomentar o desenvolvimento sócio - afetivo, promovendo um estilo saudável de vida, em que o uso de drogas sequer desperte interesse;
6. promover espaços de cultivo e reflexão dos valores éticos, morais e militares, auxiliando principalmente os mais jovens na organização de sua própria escala de valores, fortalecendo a sua capacidade de resistir às pressões sociais no sentido de consumir drogas.

Possibilitar uma adequada orientação educativa para a vida, objetivo deste Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas, por ocasião da permanência desses milhares de brasileiros nas Organizações Militares em todo o Brasil enquanto do cumprimento do Serviço Militar Constitucional é uma grande oportunidade que o Exército tem de colaborar na formação cidadã destes jovens bem como uma grande responsabilidade social das Organizações Militares, no entender dos altos chefes militares. Contribuir na formação do cidadão mais reflexivo, melhor preparado para as

adversidades da vida, com níveis de expectativas sobre si mesmo e sobre a sociedade que vive é contribuir para um Brasil melhor.

No quadro abaixo (quadro 2), são apresentadas as razões motivadoras para a elaboração nas Organizações Militares, de Programas de Prevenção ao uso de Drogas. Estas razões apresentadas neste quadro, cobrem aspectos que vão desde as bases administrativas até as bases filosóficas. A fundamentação para estas razões está nos trabalhos desenvolvidos no Centro de Estudos de Pessoal (CEP) que cuida das avaliações sistemáticas sobre o pessoal.

O Estado Maior das Forças Armadas elabora e dão as linhas norteadoras para a política de Pessoal que, necessariamente são implementada nos níveis de execução como o Centro de estudos de Pessoal no Rio de Janeiro CEP/RJ.

Quadro 2 - Razões dos Programas de Prevenção nas Organizações Militares

Razão	Descrição
1. Razões filosóficas	<i>.prevenção focando a durabilidade e manutenção de equipamentos .prevenção como atividade meio visando melhor desempenho</i>
2. Razões estratégicas	<i>preocupação constante com o bem estar e a integridade física de seus efetivos quer em tempos de guerra ou em tempos de paz, cuidados e atenção específica sobre a saúde</i>
3. Razões administrativas	<i>O uso, abuso e/ou o tráfico de drogas, lícitas ou ilícitas, nos aquartelamentos sempre foi motivo de grande preocupação por parte dos Comandantes em todos os níveis hierárquicos.</i>
4. Razões sociais	<i>Ministério da Defesa constituído pelo Exército Brasileiro (392 mil militares profissionais), Marinha do Brasil (183 mil militares profissionais) e Força Aérea Brasileira (92 mil militares profissionais), totalizando quase 700 mil militares (cerca de 0,42% da população), trazem anualmente, para o seu convívio diuturno, uma parcela muito significativa de jovens, oriundos de todos os segmentos sociais, de todos os credos, raças e níveis escolares.</i>
5. Razões de saúde	<i>Outro fato relevante é a contaminação pelo vírus HIV por associação ao uso de drogas injetáveis e/ou por outras vias de transmissão implicadas ao uso de drogas.</i>

Fonte: Centro de Estudos de Pessoal /CEP- M Ex 1998, 2000

A política brasileira que trata das questões relacionadas com as drogas lícitas e ilícitas, incluindo o seu uso indevido, realiza intervenções em cinco níveis, segundo a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).

Níveis de Intervenção:

1. Nível da prevenção;
2. Nível da fiscalização e legislação;
3. Nível da repressão;
4. Nível do tratamento; e
5. Nível da reabilitação ou reinserção social.

O quadro a seguir apresenta os níveis de intervenção propostos pelos pesquisadores Marques e Seidl e suas respectivas ações.

Quadro 3 - Níveis de intervenção

Níveis de intervenção	Ações efetivas desenvolvidas
1. Prevenção Primária, Secundária e Terciária	<i>Promoção de um estilo de vida saudável e prevenção específica ao uso indevido de drogas destinados principalmente a crianças e jovens que: não fizeram uso de drogas (primária); que não geraram dependência (secundária); e numa abordagem preventiva à recaída (terciária).</i>
2. Fiscalização e Legislação	<i>Através de atualização e adequação de leis e da fiscalização por meio de órgãos competentes.</i>
3. Repressão	<i>Através de instrumentos próprios do aparato repressivo</i>
4. Tratamento	<i>Através de inúmeras abordagens e formas de tratamento.</i>
5. Reabilitação ou Reinserção Social	<i>Através de uma série de mecanismos sociais que visam reinserir o dependente pós tratamento ao convívio social.</i>

Fonte: Marques e Seidl, 1998

As linhas de ação dessa política pública estão sob responsabilidade de três esferas: a Educação, a Jurídica e a de Saúde.

A política de Educação preventiva adotada pelo Ministério da Educação preconiza a inclusão de matérias sobre drogas nas disciplinas curriculares dos ensinos Fundamental e Médio. Sabe-se que, verdadeiramente, essas recomendações nunca foram acolhidas de forma efetiva.

A educação preventiva do consumo de drogas deve ser desenvolvida num contexto de valorização da vida, rejeitando-se ações fundadas na "pedagogia do terror". Assim, a valorização da vida é um processo de ampliação de compromissos do indivíduo em relação a si mesmo, ao outro e ao meio ambiente, na busca de realização de projetos pessoais e coletivos (ABEAD, 1990).

No campo jurídico, a política nacional antidrogas é coordenada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), criada pelo Decreto 2632 de 19 de junho de 1998, subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, em substituição ao Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN).

Como órgão executivo, coordena as atividades de restrição de oferta de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência, bem como as ações de redução de demanda (prevenção ao uso indevido dessas substâncias e recuperação de dependentes). O quadro abaixo apresenta os princípios gerais de Educação Preventiva.

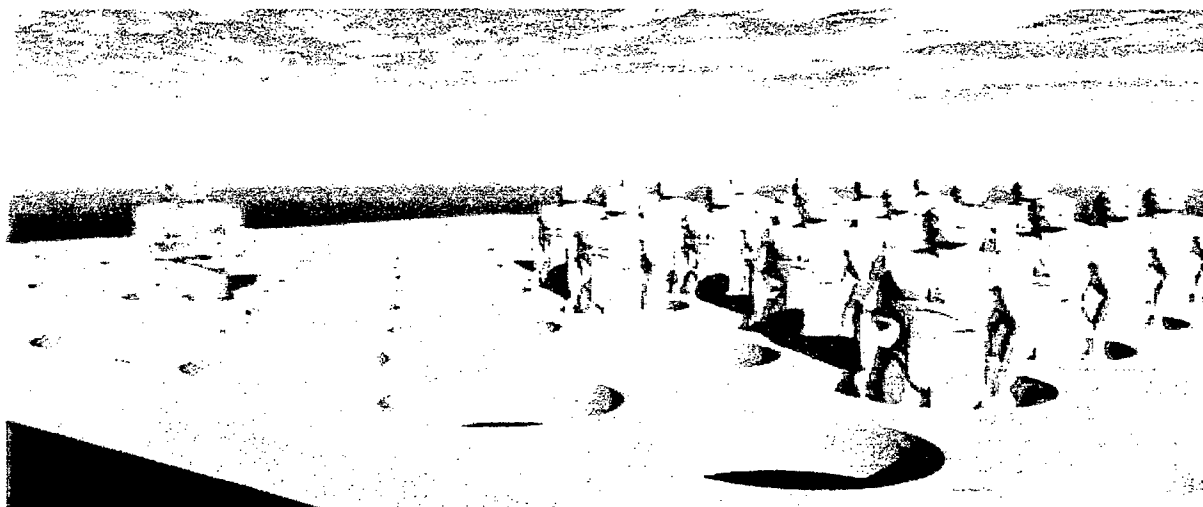
Quadro 4 – Princípios Gerais para Educação Preventiva (MEC)

Princípio	Descrição (dos programas de prevenção)
1. Contextualizador	<i>A abordagem preventiva na questão uso de drogas deve considerar os contextos histórico, sócio - cultural e econômico, nos quais se insere a população ou grupos sociais onde tal abordagem ocorrerá.</i>
2. Integrador	<i>Os programas preventivos na escola devem ser integrados aos programas sociais e de saúde, delimitando claramente as ações.</i>
3. Mediador	<i>Os programas de prevenção devem permear todo o currículo escolar, sendo o professor o mediador privilegiado do processo.</i>
4. Aglutinador	<i>O planejamento e a implantação de programas de prevenção devem contar com a adesão de todos os níveis do sistema educacional.</i>
5. Formador	<i>Programa de prevenção visa à formação do cidadão, a médio e longo prazo, visto que a informação é necessária, porém insuficiente.</i>
6. Valorativo	<i>Os programas devem primar por investimentos que valorizem a escola, seus profissionais e todos da comunidade escolar.</i>
7. Avaliativo	<i>Programa de prevenção ao consumo de drogas deve ser passível de avaliação do impacto de suas ações.</i>

Fonte: MEC 1994)

No âmbito do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde Mental (COSAM), define as diretrizes políticas de tratamento e de prevenção ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas. A COSAM trabalha na reestruturação dos modelos de atenção em dependência química, apoiando a criação de serviços extra- hospitalares. Dispõe, no entanto, de uma ampla rede de hospitais próprios. Nesse contexto, está inserida a atenção às pessoas comprometidas pelos danos causados pelo uso do álcool e de outras substâncias psicoativas (Marques e Doneda, 1999).

Figura 15- A busca da Autonomia: Autonomia entendida aqui como a capacidade de auto-gestão - dirigir a própria vida na direção exata que favoreça a plena realização como ser humano, apesar de toda a adversidade (Silva).



3.6 DROGAS: FORMAS DE ENFRENTAMENTO

As formas de enfrentamento do megaproblema uso de drogas nas sociedades devem incluir medidas orientadas para a redução do consumo como estratégias de um Programa de Promoção Social.

Quadro 5 – Formas de enfrentamento às drogas

. Medidas	Descrição
1 Medidas repressivas	<p>-Agilização da utilização dos bens apreendidos de traficantes revertendo em re-aparelhagem do aparato repressivo (equipamentos, instrumentação, técnicas, investimento em pessoal)</p> <p>-Poder Judiciário mais eficiente, processos mais ágeis, mecanismos de acompanhamento e monitoração de lavagem de dinheiro, penas alternativas, programas de proteção a testemunhas e colaboradores, programas de estimulação a denúncias, entre outros.</p> <p>-Mecanismos que visem assegurar o cumprimento de leis, principalmente aquelas relacionadas às drogas lícitas (álcool, tabaco, medicamentos e produtos químicos), bem como de precursores químicos utilizados na obtenção de drogas.</p>
2 Medidas de redução da oferta	<p>-Cumprimento efetivo das leis vigentes sobre a venda de bebidas alcoólicas e tabaco; incremento das ações repressivas que visam diminuir o tráfico de drogas; revisão da legislação vigente sobre produção, importação, tráfico, comércio e consumo de drogas ilícitas; controle da venda dos medicamentos psicotrópicos (calmantes, moderadores do apetite), como medida de saúde pública e de vigilância sanitária. (CONTINUA)</p>

<p>3. Medidas de redução da demanda</p>	<p><i>Informações, através da mídia e de outros meios, sobre os riscos associados ao consumo do álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, visando, através da informação, a uma reflexão mais intensiva e dirigida a diversos públicos- alvo, poderiam ter resultados positivos na redução da demanda;</i></p> <p><i>Educação para todos os setores da sociedade, priorizando crianças e jovens, através de programas efetivos, capazes de diminuir ou eliminar o consumo do álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas;</i></p> <p><i>Desenvolvimento de programas de prevenção ao uso e abuso de drogas especificamente para populações mais expostas, contemplando ações de promoção social e promoção para a vida (trabalho, lazer, cultura, esportes...);</i></p> <p><i>Ações de Educação para promoção da Saúde que contemplem de forma participativa, contextualizada e sistemática, necessidades básicas, principalmente nas comunidades mais carentes;</i></p> <p><i>Programas preventivos com foco a Qualidade de Vida e Cidadania Plena.</i></p>
<p>4. Medidas de Redução de Danos</p>	<p><i>As ações ou estratégias de redução de danos compreendem um conjunto de medidas dirigidas a pessoas que não conseguem ou que não querem parar de consumir drogas;</i></p> <p><i>As campanhas educativas que orientam as pessoas a não dirigirem após consumir bebidas alcoólicas constituem um exemplo de estratégia de redução de danos .</i></p> <p><i>Os programas de troca de seringas, dirigidos a usuários de drogas injetáveis, constituem exemplos dessa estratégia. Sabe-se que a forma de transmissão mais perigosa do vírus da Aids acontece pela passagem de sangue contaminado de uma pessoa para outra, quando a mesma seringa é usada para injetar droga nas veias.</i></p>

COTRIM, 1998

Na forma de prevenção pela redução de danos, cabem duas observações importantes quais sejam:

- o enfoque de redução de danos não defende uma posição favorável ao uso de drogas;

- nem descarta a idéia de que a abstinência total às drogas como a melhor e mais definitiva opção.

Formas adequadas de enfrentamento do problema drogas passam por programas de investimento, promoção e Desenvolvimento Social tais como: investimentos na formação e na atualização profissional de trabalhadores, ampliação e geração de trabalho e renda, investimentos na área de lazer, esportes, cultura e investimentos sociais, tais como habitação e moradia, reforma agrária e urbana, entre outros.

Todas essas medidas ficarão sem sustentação se não constituírem um conjunto de ações que ligadas entre si permitam a promoção da Vida e do Bem-estar. Nenhuma ação isolada por mais importante que seja resultará em mudança do panorama nacional.

Assegurados estes aspectos, a execução dos programas de prevenção, certamente se tornarão parte de um amplo investimento que de fato contribuirão para uma mudança significativa neste Brasil.

3.7. CONTROLE DE DROGAS: PREOCUPAÇÃO MUNDIAL

Em junho de 1998, a Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial das Drogas (UN GASS), realizada na sede da ONU, tratou de alguns temas mais polêmicos sobre a questão do controle de drogas. Dela participaram mais de 150 nações, que reafirmaram seu compromisso com a superação do problema por meio da redução do fornecimento e da demanda (UN GASS, 1998).

A participação de representantes do Brasil na UN GASS ajudou a avaliar e discutir os avanços no país e no mundo nos últimos anos. A reunião foi uma oportunidade para consolidar a participação que o país tem tido, na última década, em projetos e discussões internacionais. Como resultado da Sessão, foi assinada uma declaração política com a participação plena dos estados - membros, organismos especializados e observadores. Essa declaração reconheceu que a **redução da demanda** é indispensável para o controle do problema e anunciou o compromisso dos países signatários de colaborarem estreitamente com o Programa Internacional para o Controle de Drogas das Nações Unidas (UNDCP), na consecução destes objetivos. Países plantadores e exportadores de drogas (dentre eles o Brasil), comprometeram-se em erradicar o cultivo de plantações de "drogas" e a substituição desse tipo de cultura por outras.

Segundo ainda este documento, os governos dos países signatários devem conduzir suas políticas de controle, observando os resultados das pesquisas e a experiência adquirida em outros países, para futuras adaptações e adequações, através de avaliações sistemáticas e periódicas para determinar as tendências emergentes quer na produção, quer na manufatura quer na comercialização de drogas.

Os programas de redução de demanda devem abarcar todas as esferas da prevenção, desde a tarefa de desestimular o uso primário até de minorar as conseqüências sociais negativas do uso indevido de drogas, buscando a integração social do dependente de droga (toxicômano) através de alternativas ao sistema punitivo (United Nations International Drug Control Programme UNDCP, Boletim 6, 1998).

Entretanto, a eficácia das convenções internacionais depende da atuação dos próprios países. Além disso, para se desenvolverem atividades de impacto, deve-se

estimular a cooperação internacional, adaptando-se as experiências bem - sucedidas ao contexto de cada país.

3.8. POLÍTICAS GLOBAIS

3.8.1 . REDUÇÃO DA OFERTA E DA DEMANDA

Para enfrentar o desafio de diminuir o consumo de drogas, os países participantes adotaram, de comum acordo, políticas e programas inovadores para a redução da oferta (controle da produção e circulação), redução da demanda (prevenção sintonizada com programas de promoção social) e programas de redução de danos (que visam minimizar a extensão dos problemas advindos do uso de drogas). No quadro abaixo são apresentadas as ações propostas pelos Organismos internacionais para a redução da Oferta.

Quadro 6 – Redução da Oferta

Ações	Descrição
1. CONTROLE DE ESTIMULANTES E ANFETAMÍNICOS	Os estimulantes anfetamínicos são as principais drogas sintéticas produzidas clandestinamente. Registram-se 16% de crescimento anual das quantidades apreendidas entre 1978 e 1993. Hoje, cerca de 30 milhões de pessoas de todo mundo consomem anfetaminas. Este número é maior do que o de usuários de heroína e, possivelmente, de cocaína.
2. CONTROLE DE PRECURSORES QUÍMICOS	Desvio de substâncias químicas usadas para a produção de drogas ilícitas (precursores químicos) tornou-se uma das mais sérias questões. Alguns países têm concordado em monitorar deslocamentos domésticos e internacionais de substâncias químicas que podem ser usadas para esse fim.
3. LAVAGEM DE DINHEIRO	A lavagem de dinheiro proveniente do tráfico de drogas e outros crimes correlatos têm-se alastrado pelo mundo. Governos de países signatários estão rastreando esses crimes, principalmente a lavagem de dinheiro.
4. ELIMINAÇÃO DE PLANTAÇÕES ILEGAIS	Eliminação de plantações ilegais, por meio de atividades alternativas para geração de renda. No entanto, o problema do cultivo ilegal continua em níveis alarmantes. Um plano de ação global visando à erradicação das culturas de papoula, de maconha e de arbusto de coca nos próximos dez anos foi proposto pelo UNDCP.
5. COOPERAÇÃO JUDICIAL	O fortalecimento da estrutura legal, contribuindo com a aplicação da legislação de drogas e crimes correlatos, é essencial para o sucesso da luta mundial contra o problema. Os representantes dos países participantes da reunião UNGASS buscaram formas de aperfeiçoar a cooperação judicial por meio de troca de experiências e da discussão de tratados de extradição e de técnicas de combate ao tráfico internacional.

Fonte: UNDCP (U.N. GASS) 1998.

A crescente preocupação dos países - membros da ONU com o problema do uso indevido de drogas levou à elaboração do primeiro acordo internacional, cujo único objetivo é examinar os problemas individuais e coletivos das nações: a Declaração de Princípios de Redução de Demanda. Além de um importante passo em direção a uma estratégia equilibrada de controle, o documento aborda sistematicamente todos os aspectos do uso indevido de drogas.

Algumas das linhas mestras da Declaração são as seguintes:

1. Os esforços de redução de demanda devem ser integrados em programas de bem-estar social mais amplos, políticas de promoção da saúde e programas de educação preventiva, garantindo um ambiente em que escolhas saudáveis de vida possam tornar-se atraentes e acessíveis;
2. Todo empenho deve ser feito no sentido de transmitir mensagens eficientes, que evitem o sensacionalismo e promovam a confiança do público-alvo. Em cooperação com a mídia, os países devem buscar a conscientização da sociedade sobre os riscos do uso de drogas e veicular mensagens preventivas para conter sua promoção pela cultura popular;
3. Os programas de redução de demanda têm que cobrir todas as áreas de prevenção, desde o desencorajamento do uso inicial até a redução das conseqüências negativas, sociais e sanitárias, do uso indevido de drogas.

3.9. PREVENÇÃO: QUESTÃO –CHAVE

Reduzir a demanda é parte fundamental de qualquer programa de controle do uso indevido de drogas. A experiência acumulada pelo UNDCP, em colaboração com vários países nessa área, está longe de apresentar caminhos infalíveis que possam servir de base para ações preventivas, mas permite alinhar algumas observações que devem ser levadas em conta por todos aqueles que se entregam à desafiadora missão de desestimular o consumo indevido de substâncias psicoativas:

1. Programas abertos à ampla discussão, sem vínculos partidários, políticos e ideológicos, de forma livre e descontraída, dos assuntos que interessam às pessoas – alvo. Eles devem substituir palestras e aulas expositivas, por instrumentos pedagógicos mais dinâmicos (jogos, teatro, concursos de redação, produção de vídeos e cartazes, etc.) e que, permitam a participação de crianças, jovens e adultos.

2. A avaliação permanente das ações desenvolvidas, desde a fase de planejamento até o final de sua implementação e o estudo do seu impacto, é tarefa importante de qualquer programa.
3. As organizações criativas, ou seja, grupos autônomos e orientados a objetivos comuns, são, nesse sentido, uma forma de ocupar o tempo e levar os jovens a esforçarem-se, produzirem, sentirem-se úteis e satisfeitos. É o caso de grêmios e clubes, que podem oferecer desde atividades esportivas de pintura, dança e outras formas de expressão artística, sem preconceito de estilo ou tendência.
4. Evitar o início do uso deve ser o objetivo prioritário de qualquer ação preventiva. Está demonstrado que, quanto mais cedo o ser humano experimenta drogas, mais probabilidade tem de tornar-se um usuário pesado ou freqüente.
5. Os usuários de drogas não podem ser negligenciados. Devem ser estimulados a interromper o uso e, quando for o caso, fazer tratamento específico para a dependência, com vistas a sua reinserção social.
6. Ajudar os jovens a desenvolverem a auto-estima, estimulando-os, assim, a assumirem plenamente a responsabilidade por sua saúde, é a missão essencial do trabalho de prevenção.
7. Transmitir idéias exageradas sobre o perigo das drogas, além de não contribuir para a diminuição do consumo, põe em risco a credibilidade das ações preventivas.
8. Embora campanhas de massa tenham o mérito de abrir espaço para futuras intervenções (na escola, na família ou na comunidade), as ações de prevenção mais bem sucedidas são em geral localizadas e direcionadas a um público específico.
9. A prevenção ao uso indevido de drogas tem maior êxito quando é parte de políticas mais amplas, voltadas para a valorização e para a plena incorporação da população jovem à sociedade.
10. O desenvolvimento social e afetivo é outro fator importante para o fortalecimento do sentido de limites dos jovens, pois ajuda no estabelecimento de objetivos de vida e responsabilidades.

11. Impulsionar o desenvolvimento organizacional e ocupacional dos jovens, assim como sua vinculação a questões comunitárias, amplia o sentimento de “pertencer” a um grupo social.
12. É preciso estimular a participação comunitária em programas de prevenção a apoiar a criação de centros de informação e orientação sobre questões de cidadania.
13. É importante, para o equilíbrio dos jovens, o desenvolvimento de sua auto-estima, responsabilidade e funcionalidade, estimulando a convivência em grupo, a disciplina e o esforço visando ao sucesso coletivo, mais do que meramente à satisfação pessoal (Relatório da UNDCP, mai, 2000).

Nesse sentido, os elementos relevantes para ao nosso trabalho em educação preventiva seriam:

1. Ao desenvolver um programa de prevenção ao uso indevido de drogas no trabalho, ele deveria estar orientado por um referencial teórico que permitisse, de fato, uma melhoria no clima organizacional, tanto nos aspectos das inter-relações quanto do fluxo de comunicação, na diminuição de tensões e no aumento da compreensão sobre o papel de cada um e da importância da cooperação e da solidariedade;
2. Que comportasse espaços para a criatividade e para o pleno desenvolvimento pessoal, coletivo e organizacional;
3. Que ocorressem estímulos e adequação frequentes visando a ampliação da autonomia do grupo para a aplicação dos mecanismos de auto – gestão e auto – regulação por parte dos trabalhadores, quando em situações conflitantes, ambíguas e paradoxais;
4. Outro aspecto relevante na definição da abrangência do programa de prevenção ao uso indevido de drogas no trabalho é a identificação de contribuições reais que acarretam mudança de atitude em relação ao uso e abuso de drogas, gerando nos sujeitos uma maior resistência às pressões para o uso e, portanto, um maior nível de rejeição às drogas, uma maior competência na resolução de problemas e uma maior eficiência na condução de suas vidas;
5. Também, se o programa pode estar contribuindo objetivamente para que estes sujeitos sejam mais autônomos e, por conseguinte, mais capazes de assumirem todo o ônus de um protagonismo vivencial, saindo de posturas meramente reativas para posturas mais pró-ativas.

Ressalta-nos Bucher:

"Na nossa sociedade, o uso de drogas tem variado significativamente no tempo e no espaço, servindo de suporte para todas as relações e atividade humanas, do que há de mais nobre no Ser humano, como sua consciência, suas crenças, seus valores, sua auto- crítica, seu raciocínio, sua lógica, suas emoções, sentimentos, sua transcendência e, assim, tudo que é verdadeiramente humano, fica modificado quando do uso de drogas" (BUCHER, 1992, p. 67).

O consumo de drogas adquire características próprias em cada época e em cada momento social: pode tanto agregar quanto marginalizar, apresentar-se com características religiosas ou profanas, em processo aproximação ou distanciamento, em comunhão ou contestador, coletivo ou individual.

"Assim, falar em uso e abuso de drogas é buscar compreender de maneira mais ampla possível esse uso/abuso como um fenômeno complexo da vida em sociedade, associado às questões políticas, econômicas, sociais e culturais que se relacionam com a subjetividade humana, isto é, a moral, a ética, as relações de poder, as relações institucionais e as relações entre as pessoas" (BUCHER, 1992, p.69)

Nesse sentido, os trabalhos de prevenção devem ser os mais diversificados possíveis e aplicados com metodologias as mais variadas e apropriadas, de tal maneira que o objetivo básico seja:

1. chegar antes do problema, ou seja, chegar antes das drogas;
2. agente que minimiza os fatores de risco para o uso/abuso de drogas;
3. uma pré - intervenção, isto é, intervir com ações práticas, não dando espaço para o uso de drogas;
4. um trabalho de fortalecimento dos níveis de rejeição às drogas;
5. um trabalho capaz de aumentar opções que atendam às necessidades dos que estão em risco.

Para que uma sociedade obtenha um consumo o mais reduzido possível de drogas, segundo Claude Olivienstein, é necessário que ela invista em três aspectos principais:

- **Espiritual:** isto é, consciência ética, compreensão da finalidade da vida, esforço individual para a reforma íntima e evolução do espírito;

- **Educacional:** crença no poder e no alcance da educação. Educar para formar e não apenas para informar,

- **Político – social:** mudanças nas políticas públicas para melhoria na qualidade de vida (moradia, saúde, educação, lazer, cultura, mercado de trabalho , atividades artísticas) (OLIVIENSTEIN, 1996, p.56).

Baseado nesse exposto, as propostas de atuação preventiva existentes nos diversos espaços, e de uma maneira mais intensiva nos espaços do trabalho podem ser apresentadas de acordo com a classificação de THEREZO(1997), que destaca as principais propostas preventivas a partir de seus referenciais teórico- filosóficos. O quadro 7 (abaixo), dá uma boa visão sobre estas abordagens, que foram agrupadas da seguinte maneira:

1. Aumento do controle social
2. Oferecimento de alternativas
3. Propostas educativas
 - 3.1. Modelo do Princípio Moral
 - 3.2. Modelo do Amedrontamento
 - 3.3. Modelo do Conhecimento Científico
 - 3.4. Modelo da Educação Afetiva
 - 3.5. Modelo de Estilos Saudáveis
 - 3.6. Modelo da Pressão Positiva do Grupo

Quadro 7. Propostas de Prevenção:

Proposta	Descrição
1ª Aumento Do Controle Social	É uma proposta conservadora. Considera que a grande maioria das pessoas estão despreparadas para compreender os reais danos causados à sociedade, às famílias e ao próprio indivíduo que faz uso de drogas. Acredita tomam-se incapazes de tomar decisões nesta área; o que leva instituições legitimadas como as Organizações Judiciárias, Organizações Policiais e os Organismos de Saúde e de Educação unirem esforços para controlar todos os elementos relacionados ao fenômeno da dependência química. Ao assumirem o controle das ações, controlam a oferta e a demanda ao consumo de drogas, atestam a incapacidade dos sujeitos sociais de possuírem discernimento em suas ações e de assumirem a responsabilidade pelos seus atos. Recuperam o conceito de punição, diminuição de tolerância em relação ao uso e reforçam os níveis de controle.
2ª Oferta De alternativas	O enfoque está nas condições sociais que favorecem o uso de drogas; supõe que os indivíduos busquem as drogas para escaparem das pressões e frustrações vividas pela falta de perspectivas saudáveis na vida. Exemplos de intervenções: estruturação de agremiações, grupos culturais e esportivos em horário diferente do horário da escola e do trabalho; formação de grupos de jovens, formação de grupos de amigos, associação de bairros e quaisquer outros espaços onde seja possível discutir problemas comunitários, buscar soluções, oferecer alternativas de lazer, esportes, cultura, formação profissional, formação educacional, entre outros. É extremamente salutar por considerar o indivíduo capaz de responsabilizar-se por si e pela comunidade, auxiliando-os no entendimento e na participação pessoal e comunitária. (CONTINUA)

P R O P O S T A S E D U C A T I V A S	3^a. 3^a.A. Modelo do Princípio moral:
	Prega que o uso de drogas é condenável do ponto de vista ético e moral, pois está associado a processos de desestruturação familiar e social. Tem como base princípios religiosos, morais e ideológicos com visíveis amarras dos movimentos políticos baseados no patriotismo e no fanatismo. Embora muito utilizado em Cuba, Afeganistão e inúmeros países islâmicos e muçulmanos, é considerado um modelo contraproducente.
	3^a.B. Modelo do Amedrontamento:
	Baseia-se no princípio de que informações negativas sobre drogas são suficientes para persuadir as pessoas a não começarem a usá-las ou parar de consumi-las o mais rápido possível. Embora possam apresentar resultados de impactação considerados bons, não têm oferecido resultados duradouros. Nega o fato de que drogas conferem prazer a quem usa, maximiza efeitos danosos e associa a morte ou a irremediável destruição.
	3^a.C. Modelo do conhecimento científico:
	Sugere informações específicas e imparciais sobre as drogas, para que os indivíduos possam tomar decisões objetivas e bem fundamentadas. Predomina aspectos científicos.
3^a.D. Modelo da educação afetiva:	
São tratadas as dificuldades pessoais e afetivas dos indivíduos como ponto central do modelo e não as drogas em si. Constitui-se em um conjunto de técnicas que visam melhorar e desenvolver a auto – estima, a relação com o grupo de pares, a resistência às pressões e auxiliar o indivíduo a suportar suas ansiedades e tomar decisões equilibradas.	
3^a.E. Modelo de estilo de vida saudável:	
Promover estilos de vida associados à boa saúde, alimentação balanceada, controle de peso e qualidade de vida. São analisados os problemas oriundos das dificuldades presentes num mundo globalizando e impermanente, onde o processo de exclusão é freqüente e por isso os indivíduos devem diante dos avanços tecnológicos e sociais, buscar estratégias para incorporá-los e vence-los, centrando suas vidas em capacidades pessoais de superação, assertividade, busca de formas de autonomia com desenvolvimento do senso crítico em que a preservação da saúde em seus aspectos mais abrangentes e sua integração ecológica, emocional e social estejam presentes.	
3^a.F. Modelo de pressão positiva do grupo:	
O grupo deve ser preparado para influenciar para o não uso, para a superação de obstáculos, para ajudar a resolver problemas, para o aumento da auto- estima e a autonomia pessoal. Propõe treinamento de lideranças naturais de crianças, adolescentes, adultos e idosos para atuar no trabalho de prevenção, em todos os espaços, fortalecendo as relações de ajuda e solidariedade .	

Fonte: Therezo (USP/1997,1999, 2000)

Com algumas diferenças principalmente nas metodologias, os programas de prevenção, de um modo geral, foram agrupados. Nesse sentido, a tabela anterior nos

permite compreender os níveis de prevenção existentes. Tecnicamente, poderíamos dizer que existem três níveis de prevenção.

3.9.1. Níveis de Prevenção:

Prevenção Primária: o objetivo é evitar a ocorrência do problema – alvo, isto é, evitar o máximo possível a incidência de novos casos de uso de drogas. Todo esforço na prevenção primária é no sentido de se oferecer opções saudáveis àqueles que ainda não fizeram experimentação de drogas, ou seja, atividades antes que se iniciem (antes do primeiro contato).

Deve ser trabalhada em todos os espaços sociais: escolas, famílias, igrejas, centros comunitários, instituições, no trabalho, associações de moradores, clubes, academias, quartéis, condomínios e todos os outros espaços sociais.

Todos nós: pais, professores, líderes comunitários, líderes religiosos, profissionais da saúde da educação, grupos internos de prevenção a acidentes, chefias de seção, empresários e trabalhadores devemos trabalhar a Prevenção Primária. Com abordagem cada vez mais precoce, isto é, quanto mais cedo começar, melhor, adequando-se pedagogicamente o programa de prevenção a cada faixa etária, grupo de interesses, entidades, associações e necessidades especiais da organização.

Nas Escolas, a prevenção deve ser realizada de forma direta no contexto das disciplinas de cada professor, e de maneira informal em todas as atividades como jogos, gincanas, danças, músicas, festas e outras tantas. Os Planos Nacionais Curriculares (PNC) convidam os educadores para contemplar os conteúdos e as dinâmicas do Programa de Prevenção de forma transdisciplinar por meio de temas transversais e de forma sistematizada. A transdisciplinaridade, a sistematização e o Projeto Político Pedagógico da Escola, isto é, o que se deseja com a educação naquela escola, que ações se articulam com a formação do cidadão, que visão de homem, mundo, sociedade e educação os educadores daquela escola desejam assumir nas suas práticas pedagógicas.

Nas Organizações, os programas de prevenção devem ser trabalhados não só nas Semanas Internas de Prevenção a Acidentes de Trabalho (SIPATs), mas em programas, de forma sistemática e com objetivos específicos: melhoria na satisfação ao executar as atividades no trabalho, melhoria nos relacionamentos e possibilidade de desenvolvimento sistemático pessoal e profissionalmente. Os programas devem ser estruturados de tal

modo que os trabalhadores se sintam estimulados a valorizar a si próprios, a compreender que são agentes ativos de suas realizações pessoais e profissionais.

Para fazer o Programa de Prevenção dar certo, o mais importante a fazer é não trabalhar sozinho. Deve-se sensibilizar o grupo para obter apoio e comprometimento de ações (tanto os integrantes do espaço Escolar, quanto os integrantes dos espaços do trabalho precisam compreender que são importantes para o processo e que suas sugestões, interrogações e sua participação são imprescindíveis).

As etapas para a implantação de um programa de prevenção ao uso indevido de drogas no trabalho são:

1. Promoção de um amplo estudo da realidade local com levantamento dos recursos (humanos, técnicos, econômicos..);
2. Formação de comissões internas que desenvolverão estudos para implantação dos programas;
3. Definição de objetivos e metas para o programa de prevenção;
4. Estabelecimento de cronograma de atividades e prioridades;
5. Capacitação de pessoas nessa área de prevenção e um sistemático processo de avaliação.

Prevenção Secundária: nessa fase, já há um certo consumo de drogas, o que se pretende é que esse consumo não se sistematize nem se intensifique. Não se verifica aqui a existência de dependência. Os esforços devem ser feitos por técnicos coadjuvados por pais e/ou por grupos de ajuda – mútua ou em instituições especializadas. Ações de prevenção secundária: quaisquer atividades que auxiliem na tomada de consciência do fenômeno da dependência química, na motivação para a abstinência, reforço nos mecanismos de superação da fissura, reforço nos mecanismos de auto – preservação e na busca da auto – eficácia, isto é, na capacidade de rejeitar a droga e resolver problemas etc.

Prevenção Terciária : nessa fase, já existe dependência de droga. Aqui, os esforços são no sentido de incentivar para a procura de terapias adequadas para cada pessoa, incentivar o dependente para a busca de diálogo franco e aberto com seus familiares, apoiar na abstinência, acreditar e apoiar no processo de recuperação, colaborar na prevenção à recaída e na reintegração social.

É necessário que os Programas de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas sejam capazes de contribuir para uma mudança de atitude em relação ao uso e abuso de drogas, gerando nos sujeitos uma maior resistência às pressões para o uso, uma maior competência na resolução de problemas e uma maior eficiência na condução de suas vidas. Devem também contribuir para que as pessoas possam ser mais autônomas assumindo assim, o protagonismo em suas vidas.

Deveríamos, em função do estudo das várias abordagens preventivas, ver aqueles que mais se aproximariam dessas questões fundamentais e, assim, decidirmo-nos em limitar o estudo naquelas de maior proximidade.

3.9.2. Alguns Bons Programas de Prevenção disponíveis:

Dentre os bons programas de prevenção existentes, temos tido experiências significativas com aqueles que:

1. estimulam a construção de relações saudáveis, usando as atividades esportivas, culturais e recreativas como ponto de apoio para amplas discussões e reflexões sobre os temas básicos que preocupam os componentes;
2. incentivam a educação afetiva, centrando na aprendizagem coletivo a construção de bases sólidas para a busca da identidade, da reflexão sobre temas importantes, do aumento da consciência, da auto- crítica, do auto- conhecimento, da auto- estima e da autonomia.
3. fomentam o aprendizado coletivo e individual para resistir as “pressões do grupo” e a buscarem maior competência individual, profissional, coletiva e social;
4. baseiam suas metodologias no modelo do estilo saudável de viver (saúde nos aspectos físicos, nos aspectos mentais, sociais e espirituais);
5. experenciam o modelo da pressão positiva do grupo que busca, através de lideranças aversas ao uso de drogas, mobilizarem seus participantes, através de exemplos, estilos saudáveis de viver e/ou resolução assertiva e equilibrada de problemas ;
6. promovem aprendizagens por descobertas, tomada de decisão, superação assertiva de dificuldades, resolução de problemas por reflexão e negociação;
7. .engajam seus participantes em atividades que capacitem para a solidariedade, a justiça social e para o pleno exercício da cidadania;
8. promovem a apropriação de saberes e competências necessários ao pleno desenvolvimento pessoal e social.

Quadro 8 – Programas de Prevenção trabalhadas em Santa Catarina :

Programa	Características	Relevância	Aplicação
1. PREVIDA Secretaria do Estado da Educação	<i>Apresenta abordagem educativa a partir do modelo de estilo de vida saudável, baseado no conhecimento científico e no oferecimento de alternativas saudáveis.</i>	<i>Está baseado no construtivismo. Secretaria de Educação de SC.</i>	<i>Secretarias de Educação de 7 Estados, incluindo o Distrito Federal</i>
2. SESI / OIT Genebra E FIERGS Federação das Indústrias do RS	<i>Características: demarcação de áreas onde, trabalhadores se auto-avaliam, minimizam o uso de drogas e canalizam esforços para o tratamento. Apresenta abordagens educativas com modelo do conhecimento científico, educação afetiva, pressão positiva do grupo e modelo de estilo de vida saudável.</i>	<i>É extremamente importante na aplicação de Organizações por que amplia o conceito de co-participação</i>	<i>De ampla aplicação principalmente em Organizações industriais e comerciais. Já está presente no RS, DF, SC e em SP.</i>
3. Valorização da vida SE/RS E ABEAD	<i>É uma abordagem educativa na qual o elemento central é a vida de cada Ser humano em sua plenitude. A valorização da vida é referenciada pela ABEAD</i>	<i>Pode ser aplicado tanto em Estabelecimento de Ensino quanto em Organizações</i>	<i>Secretarias de Educação do Estado do RS, RJ, MG e ES</i>
4. Projeto Esperança do Ministério da Defesa Exército Brasileiro	<i>Programa de Educação interativa motivando os participantes para a busca de um estilo saudável de vida. Está baseada no modelo do conhecimento científico, educação afetiva, pressão positiva do grupo e no oferecimento de alternativas.</i>	<i>Relevante em diversos tipos de Organização (conservadora ou não).</i>	<i>Aplicável em Organizações tradicionais ou não.</i>
5. PROERD DARE/BRASIL	<i>Programa resistência ao uso de drogas e violência. Está baseado no estilo de vida saudável, na educação afetiva e no conhecimento científico.</i>	<i>Aplicação na Escola de Educação Fundamental. Usa a pressão positiva do grupo</i>	<i>Possibilidade de aplicação em outros níveis escolares e na comunidade.</i>

Fonte: COMEN/Fpolis 2000

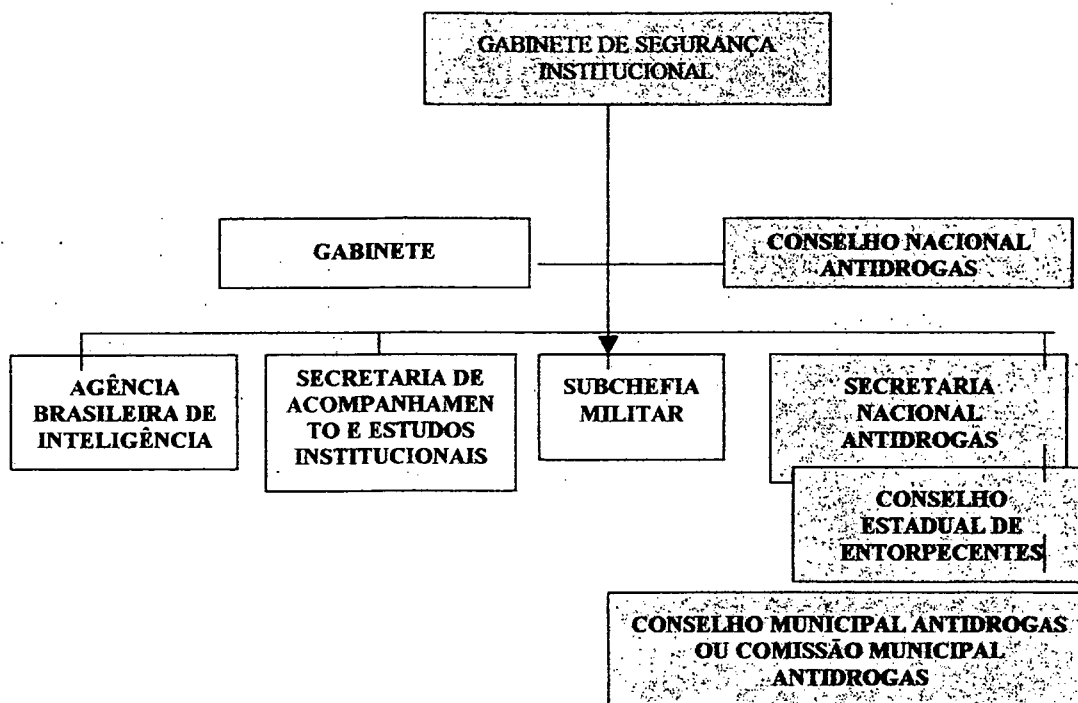
O quadro acima apresenta uma síntese dos principais programas de prevenção referendados pelo Conselho Municipal de Entorpecentes e aplicados em inúmeras Organizações do Município e do Estado de Santa Catarina.

3.10. FATORES LIMITANTES NOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO:

Todos os Programas de Educação Preventiva que são aplicados no município de Florianópolis estão devidamente avaliados pelos técnicos do Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN/Florianópolis), que têm responsabilidade de avaliar, acompanhar a aplicação dos mesmos e emitir parecer sobre a adequação metodológica e pedagógica.

Os Conselhos Municipais de Entorpecentes são responsáveis por propor, acompanhar e sistematizar políticas públicas nas áreas de prevenção, fiscalização, tratamento e reinserção social de dependentes de drogas na esfera do município, que, em última análise, deve ter consonância com as orientações dos Conselhos Estadual e Federal. É possível entender essa relação a partir da figura abaixo.

Figura 16 - SISTEMA NACIONAL ANTIDROGAS – SISNAD



Nesse sentido, fazem-se necessárias algumas definições:

1. A Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD é o órgão executivo do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). Foi criada em 1998 pelo Presidente da República e é:

1. O órgão central do Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD é o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, ao qual a SENAD está diretamente subordinada.

O CONAD – Conselho Nacional Antidrogas é uma estrutura colegiada de assessoramento do SISNAD, constituída por representantes dos Ministérios da Saúde; Educação; Previdência e Assistência Social; Relações Exteriores; Justiça; Fazenda e Defesa; por membros da Associação Médica Brasileira e por representante do Órgão de Inteligência do Governo Federal.

2. Os objetivos do **SISNAD** (Art. 2º Decreto 3696 21/12/00)

- Formular a Política Nacional Antidrogas;
- Compatibilizar planos nacionais com planos regionais, estaduais e municipais, bem como fiscalizar a respectiva execução;
- Estabelecer prioridades entre as suas atividades, por meio de critérios técnicos, econômicos e administrativos;
- Promover a modernização das estruturas das áreas afins;
- Rever procedimentos de administração nas áreas de prevenção, repressão, tratamento, recuperação e reinserção social;
- Estabelecer fluxos contínuos e permanentes de informações entre seus órgãos, bem como entre seus órgãos centrais e organismos internacionais;
- Estimular pesquisas, visando ao aperfeiçoamento das atividades de sua competência;
- Promover a inclusão de ensinamentos nos cursos de formação de professores, em todos os níveis, referentes a substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou química;
- Promover, junto aos órgãos competentes, a inclusão de itens específicos nos currículos de todos os graus de ensino, com a finalidade de esclarecer os alunos quanto à natureza e aos efeitos das substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica.

3. Competências do CONAD (Art.5º Decreto Nº 3696 de 21/12/00):

- Aprovar a Política Nacional Antidrogas, consolidada pela Secretaria Nacional Antidrogas;
- Exercer orientação normativa sobre as atividades antidrogas previstas no art. 1º deste decreto;
- Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do FUNAD e o desempenho dos planos e programa da Política Nacional Antidrogas;

- Propor alterações em seu regimento interno; e
- integrar ao Sistema os Órgãos congêneres dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

4. CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES E TRABALHOS DE PREVENÇÃO (COMEN)

Os Conselhos Municipais (de Entorpecentes ou Antidrogas), órgãos subordinados ao Conselho Nacional Antidrogas, recebem via Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) – que, como já foi visto, é o órgão executivo do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), recebem orientação para que articulem localmente, todas as instituições com fins a uma política de descentralizadora, portanto, a Municipalização das atividades antidrogas.

No entender dos técnicos do Conselho Nacional Antidrogas, todos os esforços para que a própria comunidade analise, absorva e busque soluções para a problemática das drogas, devem ser estimuladas, inclusive com o apoio daquele órgão central – que via de regra pode colaborar com a “experiência técnico-profissional dos conselheiros do CONAD/SENAD”, incluindo aí repasses de verbas, e as diversas formas de assessoria: técnica, jurídica e política. Enfim, o que se deseja, é que, haja o fortalecimento das bases, que em última instância, são os Conselhos Municipais.

Pesquisas relacionadas ao gerenciamento de programas nas áreas de prevenção, tratamento e reabilitação pós-uso de drogas, além de levantamentos domiciliares, são algumas das atividades incluídos nas metas dos Conselhos Municipais. O Conselho Municipal de Entorpecentes de Florianópolis (COMEN/Florianópolis), contempla em seu plano de trabalho, pesquisas nesse sentido. Assim, a pesquisa que suporta essa dissertação, foi respaldada pelo COMEN/Florianópolis, visto que seus membros entenderam que este instrumento – a pesquisa sobre gerenciamento de programa de prevenção, poderia estar colaborando para o fortalecimento das “Políticas Públicas” propostas e orientadas por aquela entidade municipal.

Entendiam que, tratava-se de uma pesquisa sobre a eficácia da aplicação e do gerenciamento de programa educativo com fins a prevenção ao uso indevido de drogas no trabalho, o gerenciamento de usuários e sua reabilitação, tendo como base de trabalho a teoria da complexidade.

Sabiam que tal programa seria desenvolvido em uma Organização Militar(OM), durante todo o processo de Prestação de Serviço Militar, desde as etapas de seleção junto às Comissões de Seleção, passando pela apresentação em uma OM Operacional,

isto é, uma Organização Militar formadora de “soldados combatentes”, até a baixa da vida militar, o que representa em termos práticos, o retorno à vida civil.

Na verdade os conselheiros estavam interessados, em saber quanto o programa de prevenção proposto, seria eficiente naquilo que se propunha: prevenir novos casos de uso de drogas e reduzir problemas relacionados ao uso/ab uso de drogas.

Os conselheiros do COMEN/Folis, conheciam outros programas de prevenção, principalmente o Previda e o Proerd, que estavam sendo aplicados nos ambientes escolares e comunitários. Queriam por conta disso, obter informações mais detalhadas sobre os resultados de um novo programa que, segundo eles mesmos, poderia ser aplicado nas organizações – inclusive aquelas mais formais e hierarquizadas.

Queriam também, compreender um pouco mais sobre o fenômeno da complexidade e como se davam as relações dessa abordagem sistêmica social, com o fenômeno do uso de drogas e suas perspectivas preventivas.

Tão logo receberam a proposta da pesquisa para analisarem, acharam interessante que lhes fossem apresentados súmulas das pesquisas em si, quanto resultados, mesmo que preliminares.

O “Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho” proposto nesta pesquisa, traduz-se, sumariamente pela aplicação e acompanhamento de programa preventivo ao uso de drogas no trabalho, suportado no fenômeno da complexidade e no construcionismo social visando uma melhor qualidade de vida, para trabalhadores, no trabalho e na vida comunitária.

Havia também, à perspectiva de que o programa de prevenção pudesse, tão logo o término de sua aplicação, ser mais detalhadamente avaliado, principalmente quanto a seus resultados, a curto e a médio prazo.

Achavam, que outros trabalhos poderiam estar sendo validados ou não através desta pesquisa.

Para nós, o interesse dos conselheiros, nos entusiasmou mais ainda e nos permitiu cuidar mais detalhadamente, das inúmeras variáveis presentes em um programa como o proposto. Garantido só tínhamos as inúmeras diversidades e desafios postas a nossa frente, a possibilidade de estar convivendo com atividades onde praticamente não há um grande controle de variáveis, a baixa previsibilidade tanto dos métodos, técnicas e ações, da possibilidade do aprendizado coletivo, das ambigüidades face o contexto que vivido - tanto na vida comunitária quanto na vida organizacional.

4. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA.

A fundamentação teórica e metodológica do Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUIDT) está baseada no construcionismo social de Gergen (1985) e Batenson (1979, 1986), que analisa e acompanha o processo de produção do saber científico e da construção do conhecimento.

Afirma Batenson que

(...) "estes processos ocorrem através de um sistemático e contínuo aperfeiçoamento de hipóteses, com uma clivagem nítida entre os constructos teóricos (metáforas, descrições aproximativas e provisórias da realidade) e a realidade objetiva em si (existente fora da percepção humana), isto nos leva a afirmar que todo conhecimento tem que ser contextualizado" (BATENSON, 1986, p. 19).

Nesse sentido, o observador ou seu aparato cognitivo é o elemento central dos processos descritivos.

Corroboram para essa fundamentação Maturana e Varela (1987, 1995) que, ao pesquisarem as bases biológicas do conhecimento humano, caracterizam os seres humanos

(...) "como sistemas autopoieticos, ou auto- produtores, sendo que essas características de organização os distinguem de todos os outros seres vivos. A finalidade da organização dos seres vivos, comparados com a organização de outros sistemas, é a produção de si mesmos, não existindo separação entre produto e produtor. O ser e o fazer de uma unidade autopoietica, como o Ser humano, são inseparáveis" (MATURANA E VARELA, 1995, p.89).

Objetivamente, o construcionismo social de Gergen (1985) busca ultrapassar o dualismo entre o pensamento empirista e racionalista, localizando o conhecimento no interior dos processos de intercâmbio social expressos a partir das seguintes bases:

- 1.o conhecimento pode ser apreendido de inúmeras formas a partir de qualquer contexto - substrato;
- 2 - nossa compreensão de mundo é um critério social que se relaciona às variações históricas e culturais. Estes "**critérios**" nos permitem identificar condutas, eventos ou entidades exatamente porque estão altamente circunscritos na cultura, na história e/ou no contexto social;

- 3 - há intensa semelhança nas formas como se descrevem os fenômenos sociais e as próprias ações sociais. A permanência ou predominância de uma determinada forma de compreensão ao longo do tempo não é determinada fundamentalmente por sua validade empírica (ou seja, por sua suposta veracidade), mas sim por fatores relacionados aos próprios processos sociais.

Para o construcionismo social, as representações mentais da realidade, na verdade, são apenas versões, construções, conceitos ou noções.

“Estas versões, produzidas nos processos de trocas sociais mediadas pela linguagem, constroem o mundo tal como o vivenciamos numa via de dupla mão entre os constructos internos e os campos de trocas sociais” (GERGEN, 1985, 1989, p. 267).

Nesse sentido, o processo de construção do conhecimento tenderá a acompanhar os movimentos propostos por Gergen (1989), quais sejam:

- **da mente à linguagem** : o conhecimento não é a aquisição de uma mente isolada, mas sim uma aquisição social;
- **da precisão à prática**: a linguagem é instrumento das práticas sociais. Ela serve para que os membros da comunidade científica se auto – organizem;
- **da validade à utilidade**: passagem de uma epistemologia individual para uma social, mudança de foco dos resultados concretos para a construção do processo .

Após fundamentação metodológica, necessário era a apresentação:

1. Das características do Programa de Educação Preventiva;
2. Das características desses trabalhadores (Plano amostral);
3. Do Plano de Trabalho efetivo;
4. Dos materiais e os métodos usados na pesquisa;
5. De algumas variáveis (controláveis ou não);
6. E por fim, a análise de algumas questões metodológicas.

4. 1. AS CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA:

O Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUIDT) que se desenvolveu no Hospital Militar, apresentou como características o fato de se apoiar :

- nas recomendações técnicas como processo educativo formulado pela Organização Mundial das Nações Unidas (ONU);

- nos Princípios Gerais de Prevenção do Instituto Nacional do Abuso de Drogas dos Estados Unidos da América do Norte (NIDA/US);
- nas recomendações técnicas sobre prevenção propostas pela Associação Brasileira do Estudo do Álcool e outras Drogas (ABEAD);
- e nas orientações da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que em última instância orienta os programas brasileiros nas áreas de prevenção, tratamento e reinserção social.

As recomendações propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU), para Programas de Educação e Desenvolvimento Humano, estão apoiadas nas pesquisas de Dellors e colaboradores (Dellors et al, 1996), e foram apresentadas em relatório daquela Organização Internacional sob o título: "Educação para o século XXI". Os pilares que sustentam as propostas são:

1. **aprender a conhecer** : entendido aqui como uma apropriação de informações, adequação através de seleção e a eficaz utilização da informação para o desenvolvimento pessoal e profissional. Nesta "Sociedade da informação", é necessário que os sujeitos tenham a capacidade de selecionar, validar agregando valor à informação, de modo que possam transformar informação em conhecimento e, com isso, aprender a organizar a própria escala de valores e pautar sua conduta pessoal e social por ela; ao atribuir importância, sentido e significado, ocorre a apropriação da informação e a sua transformação em conhecimento, o que permite: saber priorizar, saber escolher; ser capaz de fundamentar suas escolhas e ter critério em suas decisões; enfim, ser capaz de se ver no processo como protagonista, gerando por isso maior conhecimento que resultará em maior competência pessoal e social principalmente, frente aos desafios sociais e, dentre eles, o poder sedutor gerado pelo fenômeno da dependência ao uso de drogas;
2. **aprender a fazer** : a partir da transformação da informação em conhecimento, aplicar o conhecimento nas atividades do cotidiano, o que possibilita a geração de habilidades, isto é, aprender a conhecer fazendo;
3. **aprender a conviver** : todos nós, como sujeitos, precisamos conhecer-nos mais e melhor; precisamos também aprender a usar todo o conhecimento que pudermos reunir para melhorar nossas vidas, conduzindo-nos para a auto-realização pessoal, profissional e comunitária. O conhecimento nos amplia os horizontes, a realização prática do conhecimento nos dá habilidades e a

convivência nos possibilita integração, solidariedade e espírito de equipe. Na convivência, gera-se maior competência e eficiência no trato com situações conflitantes ;

4. **aprender a ser** – permite tornar-nos mais eficientes e muito mais autênticos. Assim, seremos tão mais eficientes e autênticos quanto mais formos capazes de conviver nos diversos grupos, isto é, trabalhar e conviver comunitariamente. (Deilors, 1996, p.17).

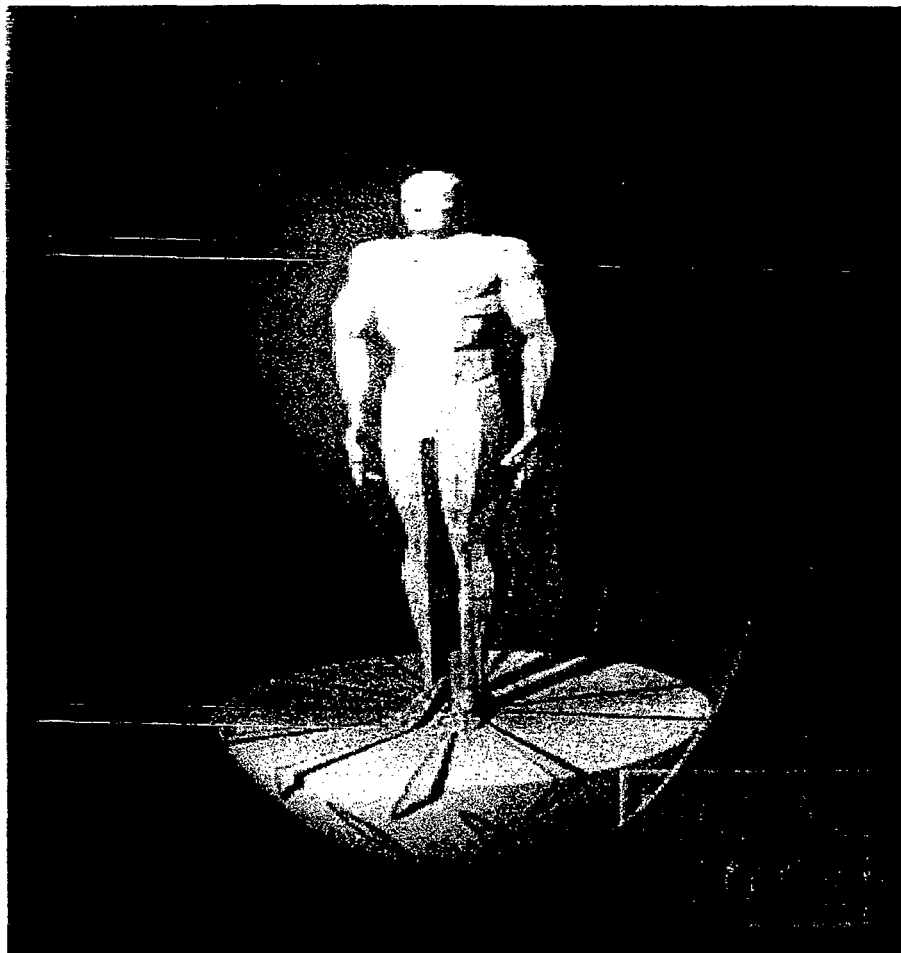


Figura 17: TEORIA & PRÁTICA Esta figura representa a síntese das recomendações da ONU, no que diz respeito a nova maneira de aprender. Assim, atualizada fica a citação de Yatcha "Saber e não fazer é não saber" (Yatcha 2500 a C)

Além dessas orientações da ONU, outras foram acolhidas nas práticas preventivas no Brasil em virtude de assinatura de acordos internacionais, no sentido do controle do uso e do comércio de drogas. Assim, algumas orientações foram colhidas do Instituto Nacional de Abuso de Drogas dos Estados Unidos.

O quadro a seguir apresenta as recomendações da ONU e do NIDA, incorporadas no programa do Hospital.

Quadro9 – Bases que estruturam o Programa de Educação Preventiva

Princípios para Programa Educativo ONU (Deilors, 1996)	Princípios Gerais de Prevenção (NIDA – 1997)
<p>1- aprender a conhecer : Ao incorporar informações, validá-las e transformá-las em conhecimento, aprender a organizar a própria escala de valores e pautar sua conduta pessoal e social por ela, o que permite: saber priorizar, saber escolher; ser capaz de fundamentar suas escolhas e ter critério em suas decisões; ser capaz de se ver no processo como protagonista. O conhecimento gera competência pessoal e social, principalmente, frente aos desafios sociais e, dentre eles, o poder sedutor gerado pelo fenômeno da dependência ao uso de drogas;</p>	<p>1.aumentar os fatores de proteção ao não uso de drogas: -melhorar o nível de informações; -melhorar as relações inter e intrapessoais; -melhorar as opções sadias (trabalho, estudo,lazer) e reduzir, minimizar ou anular os fatores de riscos conhecidos para o uso de drogas: nível de auto-estima baixa; nível de expectativas baixo; baixa resistência à frustração; baixa motivação para a vida; dificuldades de relacionamento.</p>
<p>2- aprender a fazer : a partir da transformação da informação em conhecimento, aprender aplica-lo nas atividades do cotidiano, o que possibilita a geração de habilidades, isto é, aprender a conhecer fazendo;</p>	<p>2 .atingir todas as formas de abuso de drogas, inclusive o uso de drogas entendidas como lícitas (medicamentos, tabaco e álcool), e capacitação para o desenvolvimento de atitudes contrárias ao uso de drogas.</p>
<p>3 . aprender a conviver : competência, conhecimento e as habilidades geradas pela prática propiciam uma convivência integrativa. Na diversidade, a busca pela unidade. Na convivência, gera-se maior competência e eficiência no trato com situações conflitantes;</p>	<p>3. capacitação para desenvolvimento de habilidades que visem adquirir resistência a ofertas de drogas: saber rejeitar; saber negociar; saber argumentar e saber resistir.</p>
<p>4. aprender a ser – capacita-nos a tornar-nos mais eficientes, mais autênticos , mais preocupados em viver segundo nossas consciências e coerentes com o que pensamos, falamos e agimos. Autenticidade e Coerência.</p>	<p>4.aumento da competência social (ampliação e consolidação de formas adequadas de comunicação, melhoria nas relações intra e inter pessoais, de companheirismo, auto – eficiência e assertividade e positividade).</p>

Fonte: ONU (1996), NIDA (1997).

Os "Princípios Gerais de Prevenção" propostos pelo National Institute on Drug Abuse (NIDA – Instituto Nacional de Abuso e Drogas) - órgão de pesquisa sobre o abuso de drogas, subordinado ao National Institute of Health (NIH - Instituto Nacional de Saúde), dos Estados Unidos da América do Norte, foram publicados em documento

datado de 02 de abril de 1997. Estes princípios foram acolhidos plenamente no Brasil, pela Secretaria Nacional Antidrogas SENAD - órgão responsável pela orientação de programas de prevenção no Brasil.

Tanto as recomendações da ONU – que enfatizam o processo educativo como promotor de competências humanas, quanto os princípios gerais de prevenção propostos pelo NIDA – que enfatizam os cuidados com os fatores de riscos para o uso de drogas e os fatores de proteção para o não uso, foram propositalmente incorporadas no Programa de Educação Preventiva no Hospital de Guarnição de Florianópolis.

A Associação Brasileira do Estudo do Álcool e outras Drogas (ABEAD), apresentou sugestões para a elaboração e execução de programas de prevenção no Brasil. A Secretaria Nacional Antidrogas estudou e acolheu aquelas sugestões que, a partir de 1999, passaram a fazer parte da orientação filosófica da Secretaria Nacional Antidrogas para programas de prevenção.

Abaixo foram listadas estas sugestões.

1. **As questões relacionadas às drogas devem ser tratadas fundamentalmente como um problema de saúde pública e de educação:** as políticas que visam à redução do consumo de drogas devem ter por objetivo a melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas. A SENAD acredita que, a meta de uma eliminação radical, de qualquer tipo de dano associado ao consumo de drogas é ilusória, todos os esforços devem estar orientados para a redução ou contenção de prejuízos causados pelo uso e abuso de drogas;
2. **A abordagem do problema deve ser ampla e totalizada, contemplando tanto as drogas ilícitas quanto as lícitas:** as políticas devem, pois, englobar todas as substâncias potencialmente prejudiciais à saúde, dando-se atenção especial para o álcool, fumo, medicamentos (de prescrição médica ou não) e inalantes (solventes), além das drogas denominadas ilícitas (maconha, cocaína...).
3. **As políticas públicas relacionadas às drogas devem estar integradas às políticas sociais:** as políticas concernentes ao consumo do álcool, fumo e outras drogas devem estar em concordância com as políticas gerais do país, com referência, sempre que possível, aos princípios das políticas internacionais. Em sua fase de operacionalização, a política nacional deve utilizar efetivamente estruturas e programas já existentes seja nos sistemas educacionais, seja aqueles relacionados à saúde mental e aos cuidados primários de saúde;

4. **As ações para o enfrentamento do problema devem respeitar as particularidades históricas, sociais e culturais do país e das suas regiões:** qualquer política sobre substância psicoativa só poderá ter credibilidade e sucesso se estiver adequada ao contexto sócio- cultural do país, sendo que cabe levar em consideração o ambiente local e atender às preocupações específicas da comunidade.

5. **A viabilidade dos programas depende da participação de toda a sociedade:** a política deve contar com o apoio público e a participação da população em todas as etapas, como pré – requisitos necessários para o êxito dos seus programas específicos . Desta forma, problemas referentes ao consumo de álcool, de fumo bem como de outras drogas, devem ser motivo de preocupações, não somente dos setores de segurança pública, de ação social e saúde pública, mas também de todas as outras instituições governamentais e da sociedade civil como um todo.

6. **As políticas em relação às drogas devem ser baseadas no conhecimento científico sobre o tema:** a viabilização e efetividade dos programas que deverão compor a política oficial de drogas dependerão essencialmente da disponibilidade de informações objetivas e contextualizadas sobre a realidade das drogas no país. A política implementada deverá aplicar verbas para a condução de estudos e pesquisas sobre o tema e para a capacitação do pessoal técnico encarregado das realizações setoriais (ABEAD,1999).

Em relação às orientações técnicas para a elaboração de programas de educação preventiva, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), como o órgão normatizador das Políticas Públicas em relação às drogas no Brasil, também apresenta normas e critérios que devem ser seguidas por todos que promovem programas de Prevenção no país. Como o Brasil é signatário da ONU e participa dos Programas Internacionais de Controle de Drogas (United Nation Drugs Control Programme UNDCP), os programas nacionais orientados pela Secretaria Nacional Antidrogas estão sintonizados com programas internacionais.

Incluímos, além desses princípios propostos pelo NIDA, outros que acreditávamos importantes quando do planejamento e execução do programa no Hospital, a saber:

1. orientação vocacional e profissional para os cabos e soldados;
2. incentivo à suplência para conclusão do ensino básico e médio;
3. incentivo à formação e atualização profissional (cursos de idiomas...);
4. incentivo à formação complementar (informática, comunicação,redação...).

o quadro a seguir apresenta as características filosóficas do Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho para o H Gu FI.

Quadro10 – Características filosóficas do Programa de Educação Preventiva

Características	Descrição
1. Preventivo	<i>Propósito de promover uma intensa e contínua prevenção.</i>
2. Educativo	<i>Construção de um estilo de vida saudável a partir da realidade de cada pesquisado .</i>
3. Sistemático	<i>1 encontro de 90 minutos/semana desde a 1ª semana (apresentação no Hospital) até a 35ª semana (baixa dos soldados).</i>
4. Participativo	<i>Ficam definidos a partir do 1º Encontro: hora e temática central (os temas serão construídos com o grupo). Nesse encontro, também ficam acertadas as “normas de convivência” .</i>
5. Totalidade	<i>Compreensão de que prevenção integral deve ser feita considerando a totalidade dos contextos onde as pessoas estão inseridas.</i>
5. Integrador	<i>Integrar as posturas pessoais a posturas coletivas.</i>
4. Democrático	<i>Todos devem ser estimulados a falar e colaborar com suas opiniões, a participar das atividades coletivas. Inclusão.</i>
4. Construtivo	<i>Construído a partir das dinâmicas do dia-a-dia e/ou das necessidades dos membros do grupo.</i>
6. Cooperativo	<i>Trabalho co- participativo.</i>
7. Cidadão	<i>Construir e dinamizar conceitos e práticas que levem à cidadania.</i>

Fonte: H GuFI - Março / 2000

4.2 CARACTERÍSTICAS DO UNIVERSO E DA AMOSTRA:

4.2.1. Especificação do Universo

O Universo para a pesquisa era constituído de 530 jovens trabalhadores (sujeitos da pesquisa) denominados aqui de soldados-recrutas. Durante um período de 12 meses trabalharam em quatro Unidades Militares na cidade de Florianópolis. Os designados para o Hospital de Guarnição representam 7,35% do Universo e será essa nossa amostra. Como os critérios trabalhar no Hospital de Guarnição ou em qualquer outra Unidade Militar, eram critérios absolutamente aleatórios, qualquer um dos 530 sujeitos, concorriam nas mesmas chances de servirem ou não naquela Organização Militar de Saúde.

4.2.2. Especificação da amostra:

- n = 38 trabalhadores (sujeitos) do gênero masculino de um universo de 530 soldados designados para Unidades Militares em Florianópolis;

- os 38 trabalharão no H GuFI onde 280 trabalhadores civis e militares já trabalham dando apoio às Unidades Operacionais do Exército no Estado de Santa Catarina (3200 militares distribuídos em 8 quartéis nas cidades de Florianópolis, Criciúma, Tubarão, São Miguel do Oeste, Blumenau e Joinville);
- idade: 18 anos;
- origem dos 38 soldados:
 - 21 (55,26%) do município de Florianópolis;
 - 17 (44,74%) do município de São José.
- nível de instrução:
 - Ensino Fundamental (5ª a 8ª) 8 (21,06%);
 - Ensino Médio (não concluído) 27 (71,05%);
 - Ensino Superior (não concluído) 3 (7,9%).
- voluntários para servir:
 - 32 (84,21%) voluntários;
 - 6 (15,79%) não voluntários.
- habilitações quando da apresentação para SMI (Serviço Militar Inicial):
 - 8 motoristas com habilitação;
 - 2 técnicos em Informática;
 - 2 pedreiros;
 - 1 eletricista;
 - 1 técnico de enfermagem;
 - 6 auxiliares de enfermagem;
 - 18 sem habilitação específica.

*** Algumas características do Hospital de Guarnição de Florianópolis.**

É um hospital militar básico com 50 leitos assim distribuídos:

- 5 leitos em apartamentos;
- 18 leitos para Cabos e Soldados (divididos em duas Enfermarias);
- 12 leitos em Enfermaria Feminina (esposas de praças);
- 8 leitos para Subtenentes e Sargentos (Enfermaria masculina);
- 7 leitos: 4 na Enfermaria de Observação e 3 na Enfermaria de Repouso

A tabela abaixo apresenta, de forma resumida, a totalidade dos trabalhadores que atualmente servem, civis e militares do H GuFI.

Tabela 5 – Trabalhadores do Hospital de Guarnição de Florianópolis

Descrição	Militares	Civis	Total
1. Nível Superior			
Médicos	36	-	36
Dentistas	22	-	22
Farmacêuticos	9	1	10
Enfermeiros(as)	3	3	6
Nutricionistas	1	-	1
Fisioterapeuta	1	-	1
Análise de sistemas	1	-	1
Área administrativa e logística	9	2	11
2. Nível Médio			
Técnicos em Saúde	23	14	37
Técnicos em Área logística	28	12	40
3. Nível Básico ou Fundamental			
Auxiliares em Saúde	43	18	61
Auxiliar Áreas Administrativa e Logística	32	22	54
Total	208	72	280

Fonte: H GuFI

A tabela abaixo apresenta dados dos municípios da Grande Florianópolis denominados tributários, isto é, aqueles municípios que efetivamente estão implicados no processo seletivo de soldados.

Tabela 6 : Municípios tributários na Grande Florianópolis

Município	Pop total	Hab/Km2	Soldados/ano
Florianópolis	341.781	784,26	55,26%
São José	173.239	1510,49	44,74%

Fonte: IBGE: Censo 2000

Somente os municípios de Florianópolis e São José são tributáveis, isto é, promovem seleção para incorporação de soldados que prestarão o Serviço Militar Constitucional em Organização Militar do Exército.

Os outros municípios são designados não tributáveis sendo que os rapazes devem apresentar-se às Juntas Militares dos seus municípios e lá mesmo serão dispensados da incorporação, isto é, não servirão às Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica).

Nos municípios tributáveis (São José e Florianópolis), há um processo de seleção que dispensará entre 85 a 90% dos que se apresentarem. Há duas unidades formadoras: o 63º Batalhão de infantaria (no Estreito/ Florianópolis), que incorpora anualmente cerca de 350 novos soldados, e o Comando da 14ª Brigada (no Centro/ Florianópolis), que

incorpora cerca de 150 novos soldados por ano. As duas unidades totalizam 500 soldados/ano. A prestação do Serviço Militar Constitucional tem início em março de um ano e vai até março do ano seguinte onde os soldados são licenciados. Este período de 12 meses é dividido em duas fases:

. 1ª fase (de março a maio) - ocorre em uma Unidade Militar de Formação. Neste período todos os soldados aprendem tudo aquilo que é básico e fundamental para as atividades militares através do Curso Básico de Formação do Combatente, no qual todas as noções essenciais de combate serão ali trabalhadas;

. 2ª fase (de junho a março) – ocorre para a maioria dos soldados na mesma Unidade formadora (=Unidade Operacional), porém para um grupo definido (60 soldados) a 2ª fase vai ocorrer em Unidade não Operacional e isto significa que eles não avançarão mais nas técnicas militares, mas serão empregados em atividades de suporte às Unidades Operacionais. O quadro abaixo apresenta um resumo dos critérios de seleção.

Quadro 11- Critérios para seleção de futuros soldados

Critérios	Desempenho	Obervação
1. Médicos	<i>Estar em pleno exercício de sua capacidade física e mental; peso, altura compatíveis com as atividades militares.</i>	<i>Dispensar portadores de doenças incompatíveis com as atividades militares.</i>
2. Físicos	<i>Desempenho físico compatível com as atividades militares.</i>	<i>Dispensar desempenhos físicos incompatíveis.</i>
3. Psicológicos	<i>Testes e entrevistas com psicólogos.</i>	<i>Dispensar incompatíveis.</i>
4. Educacionais	<i>No mínimo Ensino Básico (5ª a 8ª).</i>	<i>Dispensar incompatíveis.</i>
5. Habilidades profissionais	<i>Habilidades Profissionais requisitadas: motoristas, eletricitas, pedreiros, bombeiros hidráulicos, carpinteiros, mecânicos, técnicos em informática, digitadores, técnicos em contabilidade, téc. administração e serviços diversos.</i>	<i>Priorizar habilidades de interesse para a Organização.</i>
6. Interesse pessoal em servir	<i>Selecionar todos os voluntários aptos (70 a 80%), em princípio, e completar com os não voluntários (30 a 20%.)</i>	<i>Não voluntários após preenchidas todas as vagas com voluntários aptos.</i>
7. Adequação	<i>Não impedir carreiras universitárias e/ou empregados c/ carteira de trabalho e/ou motivos de ordem religiosa, pessoal ou familiar ou que não desejem servir.</i>	<i>Completar os efetivos mesmo com aqueles de nível de qualificação profissional ou educacional e voluntários.</i>

Fonte: Comissão de Seleção H GuFI

Para os que permanecerão nas Unidades Operacionais, e isto significa a maioria (470 soldados dos 530 incorporados no ano 2000), significa avançar no Curso de Combatente (Curso de Combatente Avançado) onde ocorrerão avanços e ampliação da formação específica, porém para 60 destes soldados (38 para o Hospital Militar e 22 para a Circunscrição do Serviço Militar), ocorrerá a aplicação em serviço, ou seja, eles estarão empenhados em trabalhos que promovam o apoio às Unidades Operacionais. Durante o período de seleção, 38 soldados já são selecionados para servirem no Hospital de Guarnição de Florianópolis e 22 selecionados para a 16ª Circunscrição do Serviço Militar – que é uma Agência relacionada a controle logístico e administrativo de pessoal.

Os soldados que fizeram parte desta pesquisa foram:

1. avaliados e selecionados através das Comissões de Seleção entre os meses de janeiro a março;
2. após seleção, designados para a 1ª Fase do Serviço Militar Inicial (SMI) em uma Unidade Operacional (de formação), no caso o 63º Batalhão de Infantaria Motorizada (pelo período de março a maio);
3. posteriormente, designados para a 2ª Fase do Serviço Militar Inicial (SMI), de junho a fevereiro. No caso do Hospital de Guarnição de Florianópolis e da 16ª Circunscrição do Serviço Militar, que são considerados como Unidades de Apoio, são designados anualmente 38 soldados para o H GuFI e 22 para a 16ª CSM.

4. 3. PLANO DE TRABALHO PROPRIAMENTE DITO:

Como a designação dos 38 soldados que servirão no Hospital de Guarnição anualmente é processada durante o período de seleção (janeiro a março), significa que todos antecipadamente sabem o que ocorrerá em cada etapa de suas vidas. Assim, por saber antecipadamente quais são os novos designados para o H GuFI, é possível estabelecer um planejamento para as atividades desejadas neste programa de prevenção.

4.3.1. Levantamentos seriados como critério diagnóstico :

Através de questionário estruturado, foram realizados em três momentos definidos, levantamentos que serviam para diagnosticar a situação de entrada, intermediária e de saída. Era um processo de avaliação linear.

Constava de 20 questões abordando aspectos sobre o conhecimento à respeito de drogas, atitudes, comportamentos e ações efetivas no sentido de preservar à saúde de forma integral e o bem-estar pessoal e social.

Todos os 38 soldados designados para o HGuFI responderam a este questionário em três momentos bem específicos, quais sejam:

- na 2ª semana de março: denominaremos de levantamento de entrada.
- na 2ª semana de junho: denominaremos de levantamento intermediário;
- na 2ª semana de fevereiro: denominaremos de levantamento de saída.

Ao processar estes três levantamentos, tínhamos dados significativos de três momentos específicos:

- . 1º levantamento (março) - como chegam às nossas Unidades Militares,
- . 2º levantamento (junho) - como estão após a aplicação do Programa Padrão de Prevenção – Projeto Esperança (março a maio),
- . 3º levantamento (fevereiro) - como saem de nossas Unidades Militares após a aplicação do Programa de Educação Preventiva PEPUIDT (junho a fevereiro).

Além destas três avaliações (causalidade linear), outras avaliações foram planejadas e executadas durante toda a permanência dos sujeitos na Organização Militar. Foram avaliações sistemáticas, formais ou não e que nos permitiram corrigir rumos e adequar atividades e necessidades tanto dos sujeitos da pesquisa quanto dos próprios facilitadores do Programa (causalidade circular).

4.3.2. Aprendizagem significativa (=Oficinas).

Foram também planejados três modelos de oficinas:

- . Oficinas de Sensibilização (objetivando a sensibilização do grupo para trabalhos sistematizados de prevenção);
- . Oficinas de Saúde (onde temas relacionados à saúde foram trabalhados) ;
- . Oficinas de Cidadania (cujo objetivo é a aplicação dos conceitos de cidadania plena).

4.3.3. Planejamento da aprendizagem significativa

As atividades propostas foram planejadas em 5 fases:

Fase 1: Preparação da Equipe de Facilitadores: (jun/99 a mar/2000)

Objetivamente, esta fase destinou-se ao planejamento e à preparação e adequação de materiais. Contemplam as seguintes atividades:

1. Estudo do referencial teórico e dos temas a serem desenvolvidos;
2. Estudo da fundamentação teórica dos cinco Programas de Prevenção mais aplicados no estado de Santa Catarina;
3. Estudo de dinâmicas para a aplicação dos conteúdos levando em consideração a participação do grupo;
4. Preparação do diagnóstico e das avaliações;
5. Aplicação da 1ª Pesquisa (dado de entrada) mar /2000;
6. Preparação de materiais de apoio;
7. Planejamento de cronograma de atividades.

Fase 2: Diagnóstico e sensibilização para a aprendizagem (maio/jun 2000).

Nesta fase, os objetivos eram o de sensibilizar o grupo de pesquisado para a necessidade de um programa de educação preventiva e o levantamento de interesses e necessidades. Denominamos esta fase de "Oficinas de Sensibilização".

1. Acolhimento do grupo e convite à participação das atividades;
2. Aplicação do diagnóstico secundário (situação de base sobre o conhecimento, as atitudes e o comportamento em relação ao uso de drogas após a 1ª Fase do Serviço Militar Inicial);
3. Levantamento de interesses complementares:
4. Complementação com Ensino Supletivo: Ensino Básico e Ensino Médio;
5. Desejo de Educação Continuada;
6. Cursos de formação profissional específicos;
7. Outros interesses: atividades esportivas; formação profissional militar
8. Planejamento participativo das atividades subseqüentes;
9. Acomodação nos interesses pessoais e grupais.

Fase 3: Estudo dos grandes temas de saúde (jul/2000 a out/2001).

Nesta fase, iniciou-se o estudo dos grandes temas de educação preventiva. A esta fase denominou-se Oficinas de Saúde. Os temas centrais escolhidos pelos participantes da pesquisa foram:

1. Estudo dos elementos relacionados à valorização da vida;
2. Estudos dos fatores que repercutem na saúde;
3. Estudo das ações das substâncias psicoativas ;

4. Estudo dos temas relacionados a modelos assertivos que levam à vida comunitária;
5. Estudo sobre sexualidade, sobre as DST e AIDS;
6. Estudos sobre violência e drogas.

Fase 4: Aplicação de conteúdos: Oficinas de Cidadania (out/2000 a jan/2001)

O objetivo dessa fase era o de amadurecer os temas desenvolvidos nos encontros das Oficinas de Saúde. Foi denominada de Oficinas de Cidadania.

1. Aplicação em atividades cotidianas dos conceitos estudados nas Oficinas de Saúde com vistas a ampliar o senso crítico e a capacidade de decidir assertivamente;
2. Aplicação dos conceitos que visam estruturar uma hierarquia de valores;
3. Aplicação de conceitos que levem ao exercício da cidadania plena;
4. Aplicação dos conceitos e práticas que conduzam a uma melhor qualidade de vida pessoal, profissional, familiar e comunitária.

Fase 5: Avaliação da aplicação de conceitos e do Programa (fevereiro/2001):

O objetivo desta fase era o de avaliar a aplicação dos conceitos e da eficiência dos Programas de Prevenção :

1. Avaliação pós – aplicação do Programa;
2. Pesquisa – questionário de fechamento de programa;
3. Levantamento de perspectivas profissionais e educacionais.

4.3.4. Equipe de facilitadores:

Denominamos de Equipe de Facilitadores o grupo responsável pelo desenvolvimento do Programa. Ela era constituída de sete profissionais do próprio Hospital e sua finalidade era a de promover:

1. a animação do grupo de trabalho;
2. o processo integrativo do grupo;
3. adequação e fornecimento de meios para atividades planejadas;
4. registros das atividades (filmagem, fotografia, gravação, fornecimento , recolhimento e guarda de materiais impressos, gráficos...);
5. observar – participante e promover registros em livro de campo;
6. outras atividades de apoio logístico, funcional e administrativo.

Quadro 12 - Equipe de Facilitadores do Programa Educativo

Facilitador	Formação	Observação
<i>Maj Jorge L. Barbosa</i>	<i>Farmacêutico-bioquímico</i>	<i>Experiência na aplicação de programas de prevenção.</i>
<i>Maj Geraldo Cyzy</i>	<i>Capelão</i>	<i>Experiência em Atividades de motivação</i>
<i>1º Tent Flávio Vicente</i>	<i>Médico Psiquiatra</i>	<i>Experiência no tratamento de dependentes químicos.</i>
<i>1º Tent Neuzimar Santos</i>	<i>Enfermeira</i>	<i>Experiência em Programas " Educação para a Saúde".</i>
<i>2º Tent Franco L Gorski</i>	<i>Médico Urologista</i>	<i>Experiência em D Sexualmente Transmissíveis/AIDS.</i>
<i>2º Tent MárciaC Simões</i>	<i>Nutricionista</i>	<i>Experiência em Programas de Educação em Saúde.</i>
<i>2º Tent Carlos Machado.</i>	<i>Fisioterapeuta</i>	<i>Experiência em Programas de Educação em Saúde.</i>
<i>2º Sgt Martinho</i>	<i>Preparador Físico</i>	<i>Experiência em Prog Educação Física e Recreação.</i>

Todas as atividades deveriam contar com pelo menos dois facilitadores. Um mediador que trabalhava diretamente com o grupo e o outro apoiador das atividades. No quadro acima esta listada a Equipe de Facilitadores – com a formação de cada componente e algumas observações relativas as atividades que cada um desenvolvia.

Como os temas a serem desenvolvidos eram combinados de uma semana para outra, era possível adequar os meios, técnicas e recursos necessários para sua plena execução e principalmente os facilitadores que desempenhariam atividades junto aos grupos.

4.3.5. Cronograma

Foi obedecido o seguinte cronograma:

1. Jun: *Oficinas de Sensibilização* – objetivando: o levantamento de dados sócio-econômicos, o nível escolar, os interesses por cursos de línguas, informática dentre outros, a aplicação do 2º levantamento via questionário KAPB (2ª semana de junho), a integração do grupo e a sensibilização para a participação, a elaboração de temas e a adequação dos temas com atividades e práticas ;
2. Jul a Out: *Oficinas de Saúde* – objetivando discutir temas relacionados à saúde;
3. Out a Fev: *Oficinas de Cidadania* – objetivando a aplicação dos temas desenvolvidos nas *Oficinas de Saúde*.

Detalhamento:

1. As *Oficinas de Promoção à Saúde* (aprender a valorizar e a cuidar da saúde – viver saudável e feliz) e as *Oficinas Promoção de Cidadania* (aprender a adquirir maior competência no enfrentamento dos problemas do cotidiano - viver pró-ativo e prazerosamente), que juntas, apontam para uma maior autonomia, qualidade de

vida e cidadania plena - só foram realizadas após a Oficina de Sensibilização, isto é, depois dos encontros- oficinas onde ocorreu a sensibilização para a adesão ao PEPUIDT e a realização de levantamentos iniciais (aplicação de questionários e testes).

2. Os levantamentos iniciais tinham como objetivo promover:

- avaliar o Projeto Esperança via questionário KAPB (conhecimento, atitudes, comportamentos e ações efetivas), isto é, quanto aqueles sujeitos participantes da pesquisa, tinham aperfeiçoado suas percepções sobre o uso de drogas;
- levantamento sócio- econômico;
- levantamento sobre nível escolar e formação profissional;
- levantamento sobre interesses por cursos, aperfeiçoamento profissional e atividades complementares;
- motivações para estarem “servindo” no Hospital de Guarnição; e
- levantamento sobre temas de interesse dos participantes, o que permitiria organizá-los para serem trabalhados posteriormente.

3. Os temas sugeridos foram agrupados em dois blocos:

Oficinas de Saúde – cuja proposta era a valorização da vida e o aprendizado dos cuidados com a saúde;

Oficinas de Cidadania – cuja proposta era fazê-los adquirir maior competência no enfrentamento dos problemas do cotidiano, principalmente aqueles onde situações conflitantes, o uso de drogas ou violência estivessem presentes. Após esses levantamentos terem sido realizados nas Oficinas de Sensibilização, social estariam sendo trabalhados.

No quadro a seguir apresentam-se os temas relacionados à Saúde (trabalhados nas Oficinas de Saúde), e os relacionados à Cidadania (trabalhados nas Oficinas de Cidadania).

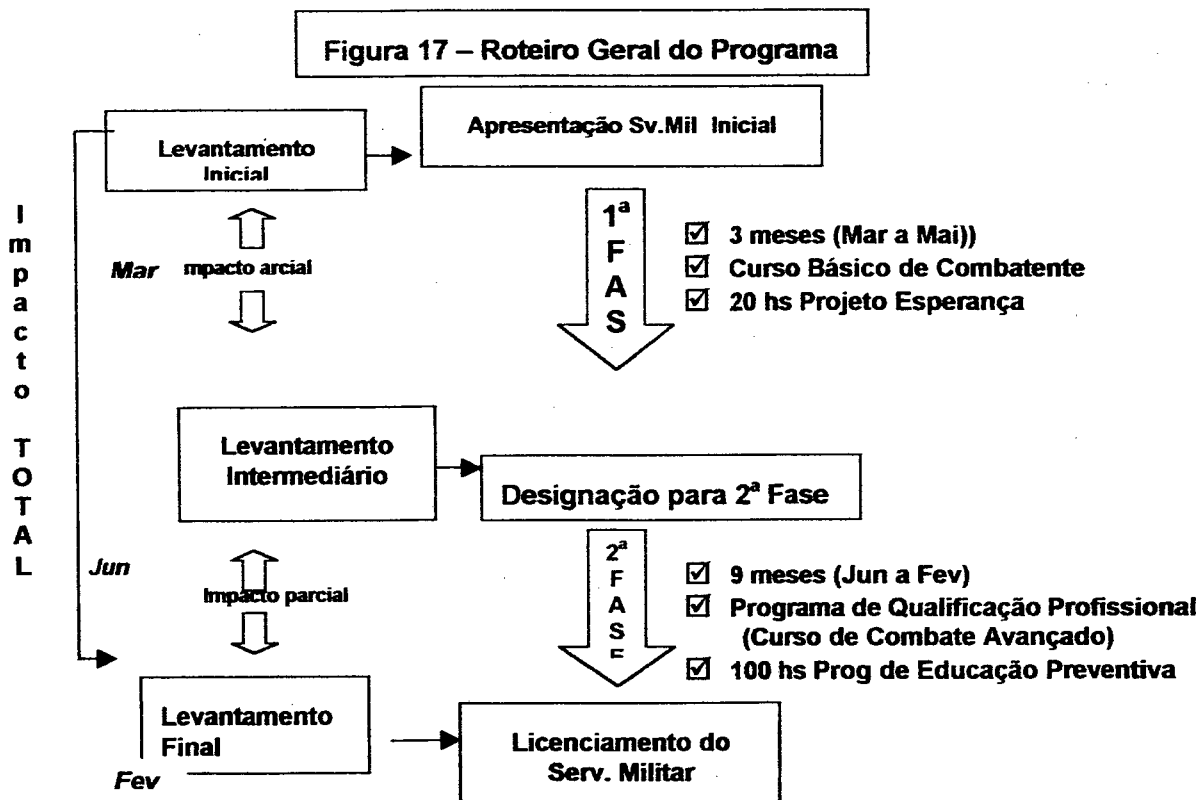
Quadro 13- Temas propostos pelos sujeitos com fins à Educação Preventiva:

Oficinas de Promoção à Saúde	Oficinas de Promoção à Cidadania
1. Conceitos de Saúde	1. Relações inter -pessoais
2. Fatores promotores de Saúde	2. Responsabilidade e Ética
3. Cuidando do Corpo e da Vida	3. O que é Ser Cidadão
4. Saúde e Bem – Estar	4. Profissionalização X Mercado de Trabalho
5. Estilos de vida saudável	5. Como resolvemos problemas CONTINUA

6. Valorizando a Vida e a Saúde	6. Mediação e Negociação de Conflitos
7. Saúde x Doença	7. Resistindo à violência
8. Saúde, medicamentos e intoxicação	8. Tomando decisões
9. Uso de Substâncias Psicoativas	9. Criando ambiente saudável e seguro
10. Razões e conseqüências do uso de SPA	10. Realização pessoal e profissional
11. Drogas, Prazer, Sexo	11. Drogas, Violência e vítimas
12. Sexualidade, Namoro, Vida sexual	12. Qualidade de Vida
13. DST/AIDS e prevenção	13. Cidadania e Desenvolvimento social

Após a eleição dos temas, era organizada uma seqüência cronológica que viabilizasse a execução dos temas nas Oficinas. Nestes espaços privilegiados, os sujeitos e os facilitadores interagiam de forma cooperativa e solidária, via reflexões e discussões objetivas relacionados aqueles temas escolhidos. Os “produtos” das oficinas eram absolutamente imprevisíveis, e este fato animava a todos os aprendizes – facilitadores e pesquisados numa verdadeira aprendizagem por descoberta.

Na figura 20 temos um “roteiro geral do programa” .



4. 4. MATERIAIS E OS MÉTODOS

A partir do referencial do construcionismo social, escolhemos métodos interativos nos quais a co-construção a partir da realidade de cada um dos participantes pudesse ser levada em consideração.

4.4.1. Prática :

1. Ficou definido com o grupo pelo menos 1 encontro/semana de 3h/cada (07:15 às 10:15h) a partir da 3ª semana de Junho/2000 até a 2ª semana de fevereiro/2001 totalizando assim 28 encontros;
2. Para atuação nas oficinas os soldados foram divididos em dois subgrupos, A e B, cada um com 19 soldados. Soldados antigos eram convidados para participarem também das atividades. Cada subgrupo não passava de 25 sujeitos o que facilitava na organização de práticas (normalmente 5 grupos/5 componentes);
3. Enquanto um grupo trabalhava nas Oficinas – sala de reuniões , outro grupo ia para a sala de Vídeo para assistir filmes e posteriormente debater sobre a temática do filme.
4. Na semana seguinte quem tinha assistido ao filme, ia para as Oficinas e vice-versa;
5. Os facilitadores, dois/grupo estavam assim acertados: 1 ficaria na condição de responsável pela execução da atividade e o outro para apoiar naquilo que fosse necessário (apoio logístico).
6. Outras atividades foram realizadas com fins pedagógicos, principalmente atividades recreativas. A cada 15 dias pelo menos uma atividade recreativa.

4.4.2. Definição de Atividades:

As Oficinas foram realizadas nas 2ª feiras de 07:15h às 10:15h, a partir da 2ª semana de junho/2000, logo após a apresentação dos novos trabalhadores ao Hospital Militar. Nos dois primeiros contatos (Oficinas de Sensibilização) muitas definições foram estabelecidas.

Ficaram definidos os locais de trabalho tanto para as Oficinas de Saúde e Cidadania quanto para as Sessões de Vídeo:

1. Oficinas: Sala de reuniões onde havia uma adequação de espaço para trabalhos em grupo e materiais de suporte (revistas, tesouras, coiar, barbantes, folhas de papel pardo, massa de modelagem....);
2. Grupo de Vídeo: sala de Vídeo por razões de conforto e minimização de ruídos.

Definidas as atividades, definia-se também as metodologias. Assim, utilizou-se a pesquisa participante e o método de construção solidária.

4.4.3. Pesquisa participante:

Pesquisa participante é uma modalidade de pesquisa onde o pesquisador também é ativo, isto é, além de descrever e observar, ele participa ativamente do processo de construção da pesquisa de forma muito intensa.

Cada evento realizado era motivo de pesquisa onde os facilitadores e os observadores poderiam estar relacionando-se intensamente com os indivíduos pesquisados. O livro de registro de campo passou a ser ferramenta obrigatória nas atividades desenvolvidas. Além do livro de registro de campo, acordou-se com os pesquisados acerca de algumas filmagens, uso de fotografia e registro em gravação com fita K7 e registros gráficos (papéis, cartolinas, folhas...).

4.4.4 . Aprendizagem cooperativa:

Entendeu-se por aprendizagem cooperativa a capacidade de apropriação de saberes de forma cooperativa e significativa para a vida pessoal e profissional de cada um dos participantes das oficinas . Como quem sabia mais, ajudava mais, ficou entendido que essa forma de apropriação de saberes era uma construção coletiva e solidária.

As atividades desenvolvidas oportunizavam a introdução de dados, informações, reflexões que viabilizassem as colocações, sugestões e contribuições de cada um dos integrantes. Não havia nada certo ou errado, eram apresentados temas polêmicos, discutidos amplamente para que se pudesse firmar uma lógica aproximativa do grupo. Essa aprendizagem de lidar com situações conflitantes, difíceis e pessoais servia para ampliar o entendimento sobre cada um dos temas trazidos como também para ampliar a competência para resolução de conflitos de forma mais criteriosa, harmônica e assertiva.

O quadro abaixo apresenta uma listagem de filmes utilizados como estimuladores para debates e posterior aprendizagem cooperativa ou construção solidária .

Quadro 14 – Filmes usados para consolidação do Programa

Título	Referência
1. <i>A formiguinha Z</i>	<i>Trabalhar solidariedade, assertividade</i>
2. <i>A fuga das galinhas</i>	<i>Trabalhar planejamento</i>
3. <i>O feitiço do tempo</i>	<i>Trabalhar respeito, caráter e superação</i>
4. <i>Patch Adams, o amor é contagioso</i>	<i>Vida, saúde, respeito e solidariedade</i>
5. <i>Amor além da vida</i>	<i>Trabalhar superação, resistência, perseverança</i>
6. <i>Mississipe em chamas</i>	<i>Trabalhar preconceito, cidadania e justiça</i>
7. <i>Em nome do Pai</i>	<i>Respeito, honra, projeto de vida pessoal</i>
8. <i>Regras da vida</i>	<i>Respeito, solidariedade e perseverança</i>
9. <i>Acima da honra</i>	<i>Caráter, respeito, honra</i>
10. <i>Mentes que brilham</i>	<i>Superação</i>
11. <i>Desafios do nosso tempo.</i>	<i>O paradigma emergente</i>
12. <i>Viagem ao Cosmos</i>	<i>Trabalhar integração</i>
13. <i>Tempos modernos</i>	<i>Adequação funcional e profissional</i>

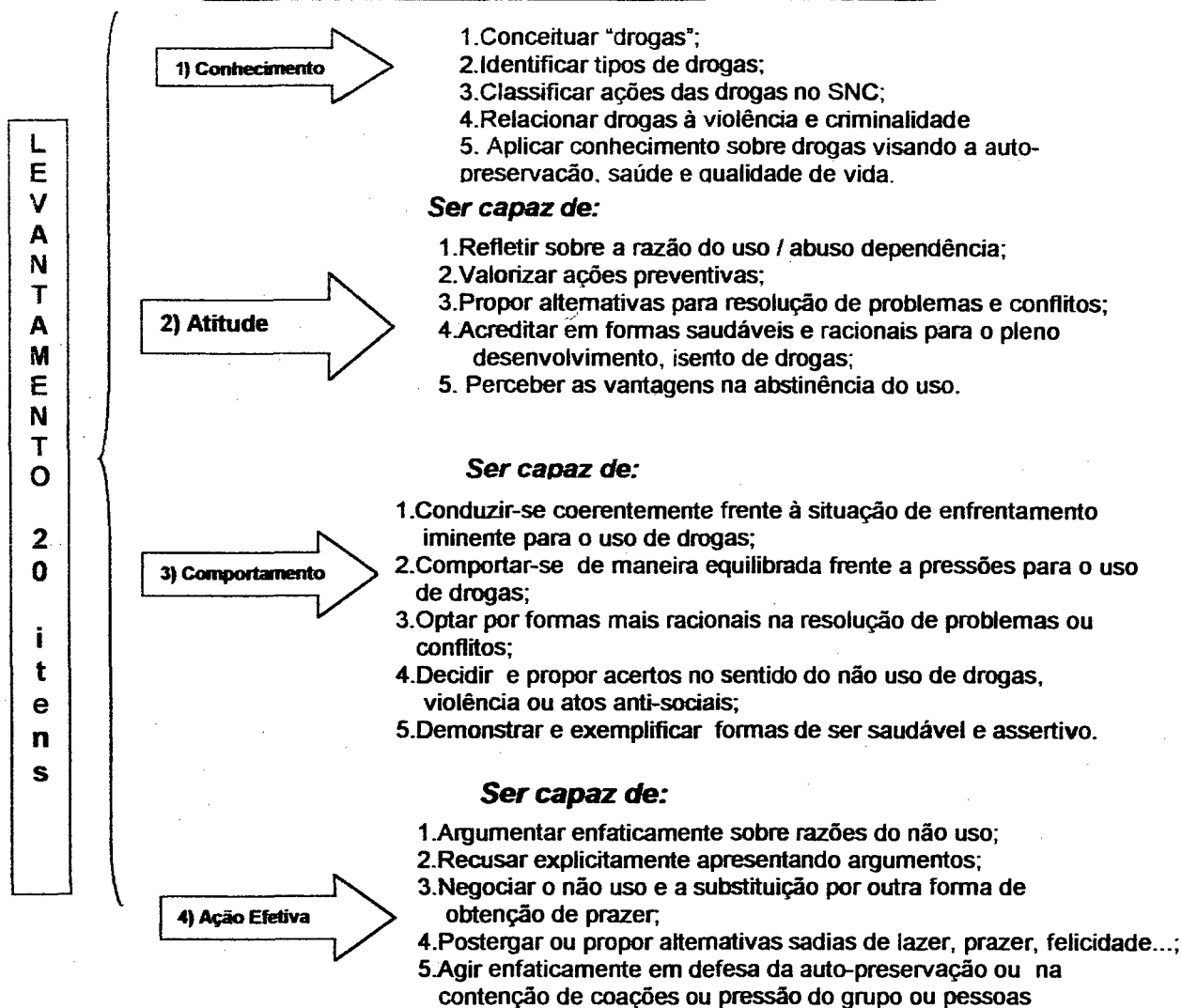
A) Instrumentos de coleta de dados

Foram escolhidos alguns instrumentos que pudessem avaliar criteriosamente todo o Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUI DT) e o Programa Projeto Esperança.

Os modelos de avaliação utilizados nos dois programas (Projeto Esperança e Educação Preventiva) foram: um modelo linear – onde em determinados momentos avaliava-se o desenvolvimento do grupo através de um questionário exploratório e semi – estruturado onde quesitos como conhecimento, atitudes e comportamentos e um outro modelo de avaliação circular, onde técnicas avaliativas eram utilizadas, de modo que pudessem ambos estarem contribuindo para uma avaliação processual (de todo o processo) e não apenas de um determinado ponto ou estágio.

A figura abaixo apresenta um dos instrumentos utilizado para fazer avaliação em três momentos, a saber: na entrada (dado de entrada), no término da 1ª etapa (dado intermediário) e no término do programa (dado de saída). Esta avaliação é do tipo linear e foi proposta como um dos parâmetros para a avaliação do programa. Trata-se de um questionário do tipo exploratório – diagnóstico que especula dados sobre: conhecimento, atitude, comportamento e ação efetiva, que são aquelas que produzem o efeito desejado (KAPB).

Figura 18 – Itens (KAPB)



B) Instrumentos utilizados na avaliação linear

Desde a chegada dos soldados à Unidade Militar de Formação (Março/2000) foram utilizados os seguintes instrumentos:

I - Questionário KAPB - 20 questões relativas aos itens:

1. Conhecimento sobre drogas;
2. Atitudes referentes à preservação à saúde ;
3. Comportamentos coerentes e em sintonia a preservação da saúde e do bem estar;
4. Ações efetivas ou seja, o que se faz nos momentos onde a decisão sobre o uso de drogas ou não é iminente.

Este questionário foi aplicado em três momentos bem definidos:

1º - na 2ª semana de Março/2000 (levantamento de base);

2º - na 2ª semana de Junho/2000I (levantamento intermediário);

3º - na 2ª semana de Fevereiro/2001 (levantamento final).

II – Outros instrumentos:

- Fichas de levantamento de aptidões e interesses;
- Ficha sócio – econômica;
- Ficha registro da entrevista semi – estruturada;
- Cinco avaliações cognitivas (uma para cada um dos cinco temas centrais);
- Fichas avaliações cognitivas;

C) Instrumentos de avaliação circular:

- Fichas das avaliações de comportamento;
- Ficha de observação dos grupos;
- Caderno e bloco de anotações de campo.
- Fichas de acompanhamento dos grupos;
- Questionários e o roteiro de entrevistas semi – estruturadas;
- Fichas de observação;
- Fotografia e filmagens;
- Pastas de arquivamento de materiais produzidos nos grupos (filmes, fotos, textos).

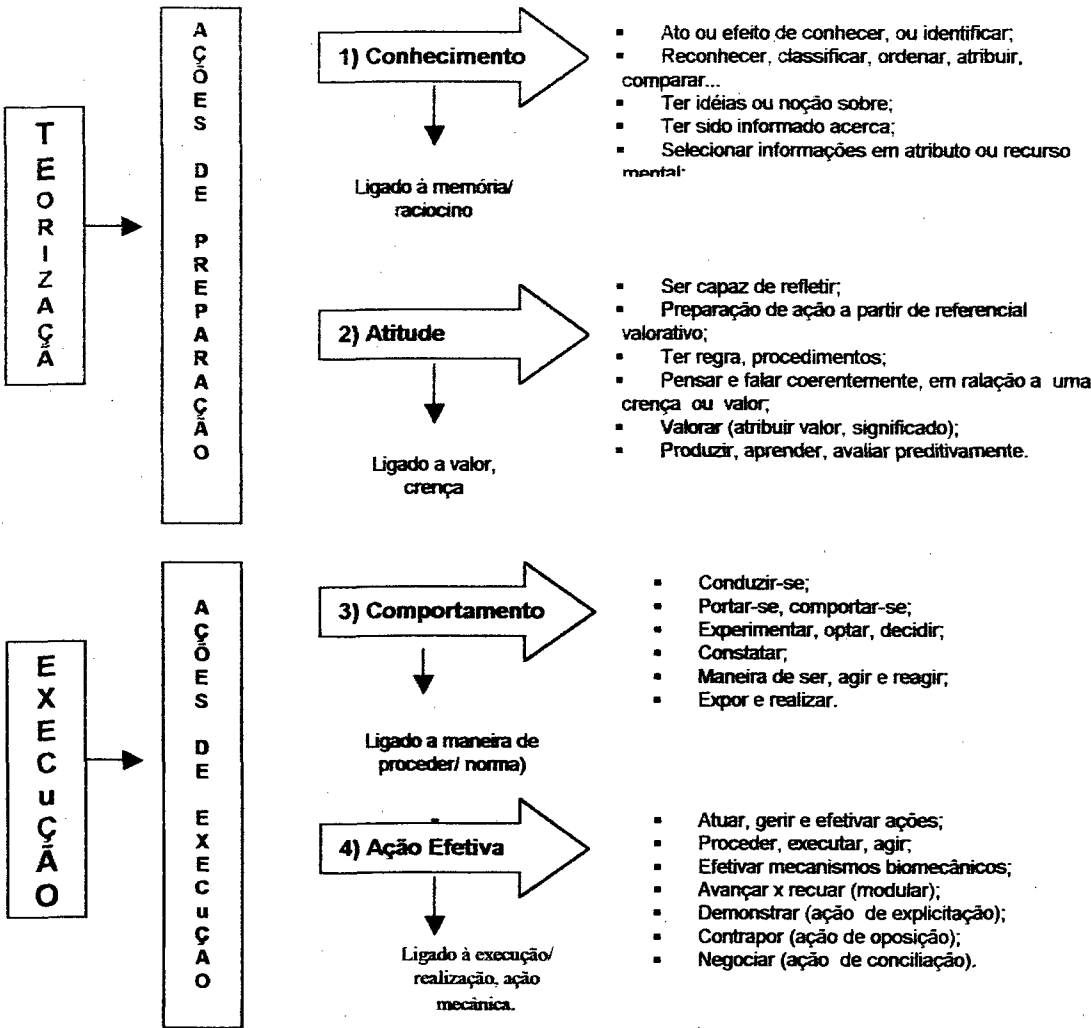
Durante as sessões- oficinas (Oficinas de Promoção de Saúde e de Promoção a Cidadania) foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Ficha de observação dos Grupos;
- Filmagem dos trabalhos dos Grupos;
- Caderno de Anotações;
- Ficha de registro de comportamentos.

D) Algumas variáveis (controláveis ou não)

O nível de conhecimento sobre o uso de drogas, suas ações, o domínio de conceitos básicos, os mecanismos e técnicas de prevenção, as formas de tratamento e as dificuldades de reinserção social foram agrupados como as variáveis da pesquisa. Nesse sentido, antes do Programa e após o mesmo, essas variáveis serão examinadas através de um método avaliativo KAPB.

Figura 19 – Itens Requisições (KAPB)



Assim, a partir da situação inicial (situação base= mar/ 2000) foi possível projetar a chegada a uma situação desejada (situação final) e verificar o impacto - que é, em outras palavras, a mensuração da eficácia do programa.

O impacto será positivo se, ao final das etapas (1ª e 2ª) onde se encerram as atividades dos Programas (Projeto Esperança) e o (Programa de Educação Preventiva), tanto os resultados da pesquisa quanto das avaliações sistematizadas apresentarem indivíduos com atitudes, comportamentos e ações efetivas coerentes aos níveis de informações trabalhados nos Programas.

E) Questões metodológicas:

a) Instrumentos de avaliação:

Na primeira semana após a apresentação dos novos Soldados à Unidade Formadora (nesse caso o 63º Batalhão de Infantaria Motorizada) para início da 1ª Fase do Serviço Militar Inicial (Março/2000), foram submetidos a uma avaliação através de um questionário com 20 questões, sendo que cada uma das questões apresenta 5 opções de respostas fechadas do tipo múltipla escolha. (Anexo n 5).

As questões foram distribuídas na seguinte ordem:

1. Da questão 1 à 5, relativas ao **conhecimento** prévio sobre o uso de drogas, a classificação segundo ação sobre o SNC, domínio de conceito básicos, informações e sobre causas e conseqüências do uso/abuso/dependência de drogas;

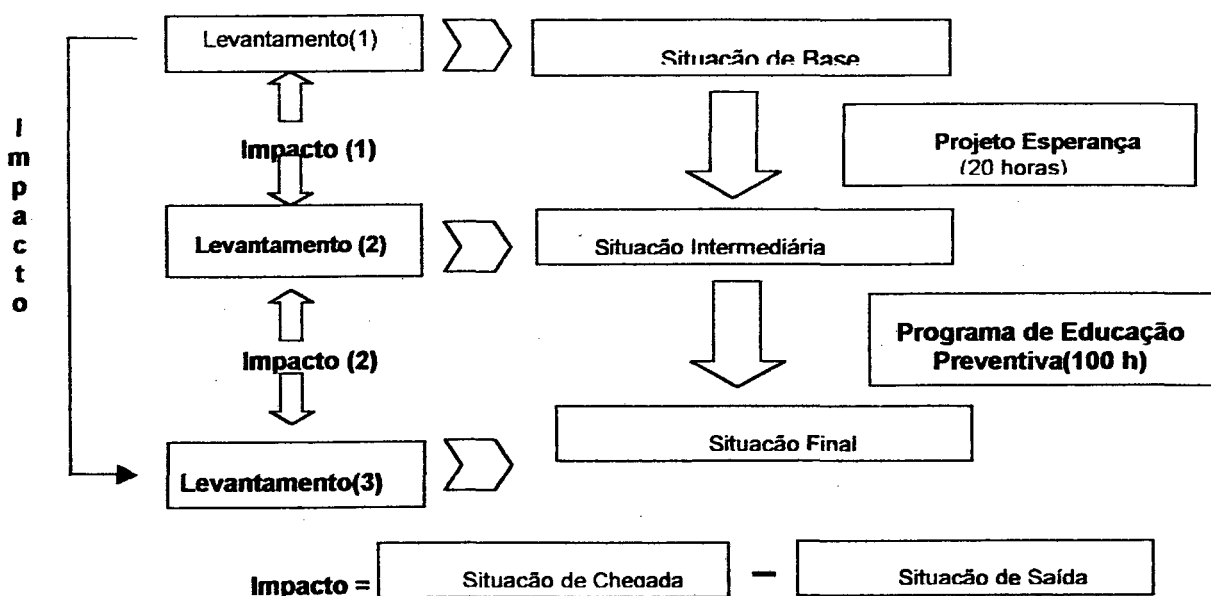
2. As questões 6 à 10 versam sobre as **atitudes** acerca do uso, do abuso e do tráfico, onde se propõe a emissão de juízo, reflexão e avaliação de pequenas citações reais relacionadas à dependência de drogas. Atitude mental em relação à pessoa, objeto ou situação.

3. Das questões 11 à 15, são questionados **comportamento** frente ao uso, abuso e dependência numa visão psicodinâmica em que, além da emissão de juízo de valor, também maneiras de se comportar frente a situações de eminente uso de drogas. Maneira de se comportar, procedimento, ato, conduta.

4. Das questões 16 à 20, são apresentadas questões de **ação efetiva**, isto é, são projetadas situações- problemas para que efetivamente se ajuste ações específicas sobre o uso/abuso e dependência de drogas.

Em três momentos, aplicou-se este questionário: inicialmente(1º mês),no 3º mês e no 12º mês.Qual seria o impacto desse processo? Para responder utilizamos o roteiro proposto na figura 23.

Figura 20 - Impacto



4.5. PROCESSO DE AVALIAÇÃO:

A avaliação sobre “**Conhecimento**”, “**Atitudes**”, “**Comportamentos**” e “**Ações Efetivas**” sobre o uso, abuso e dependência de drogas teve três grandes momentos para avaliação. Após a tabulação dos dados obtidos nas pesquisas, a equipe se reunia e discutiam-se os impactos (parciais e final).

Assim, foram propostas as seguintes formulações:

1. Impacto parcial:

A . Impacto inicial: 2º levantamento (Junho 2000) – 1º levantamento (Março 2000).

B . Impacto mediano: 3º levantamento (Fevereiro 2001) – 2º levantamento (Junho 2000)

2. Impacto total:

Impacto total= Situação de chegada (Março 2000) – situação de saída (Fevereiro 2001).

Esse processo de avaliação do impacto permitia analisar aspectos gerais e específicos do Programa de Prevenção. Como era um processo circular, cada avaliação reorientava todo o trabalho.

Para as “Oficinas” de Sensibilização, Saúde e Cidadania, foram preparadas fichas de acompanhamento, fichas de observação, fichas – testes e bloco de anotações. Todas as anotações eram passadas para o caderno de campo, após as reuniões da equipe de facilitadores, o que posteriormente foi necessária para avaliar o impacto.

4.6. SITUAÇÃO DESEJADA APÓS APLICAÇÃO DOS PROGRAMAS:

A partir da sondagem inicial – aquela realizada em Março de 2000, estabeleceu-se com aqueles dados de entrada, ou seja, com os dados do 1º levantamento, um diagnóstico da situação de entrada dos “sujeitos da pesquisa” quando ingressavam na Organização.

A situação esperada é que tivessem ouvido falar muito sobre “drogas”, porém, não estivessem habilitados com “estratégias razoáveis” para não se “envolverem com drogas”. Após três meses de convivência e sendo aplicado o Projeto Esperança, era esperado que não só melhorassem qualitativa e quantitativamente as informações sobre drogas, mas ao mesmo tempo adquirissem maior habilidade em lidar com situações do uso de drogas. Esperava-se que pudessem melhorar consideravelmente nos nove meses seguintes, não só pela aplicação do programa de educação preventiva, mas também

pela intensidade de práticas que os habilitassem a fazerem escolhas mais ponderadas, onde a saúde, a integridade física, mental, os conduzissem a uma melhor qualidade de vida.

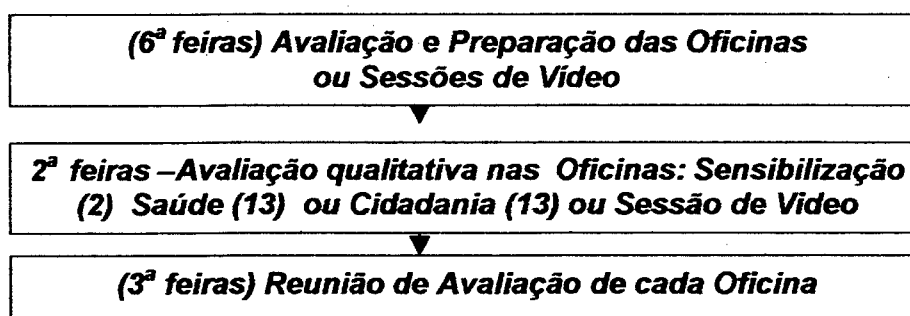
Confirmou-se que os responsáveis pela aplicação do Projeto Esperança usaram as técnicas e o tempo previsto, porém os dados previstos não se confirmaram na prática. Assim, após o 2º levantamento ter sido realizado (Junho 2000), os aplicadores do Projeto Esperança (Oficiais do 63º Batalhão de Infantaria e Oficiais da 14ª Brigada de Infantaria Leve), foram informados acerca dos resultados.

No encerramento da 1ª fase (Março a Junho 2000), e tão logo se pôde obter os resultados do 2º levantamento, tanto os aplicadores do Projeto Esperança (3 Oficiais e 1 Sargento) , quanto a Equipe de Facilitadores do Programa de Educação Preventiva (5 Oficiais e 1 Sargento) reuniram-se para discutir os resultados e estabelecer estratégias.

Durante a 2ª fase (Julho a Fevereiro do ano seguinte), na qual o Programa foi construído, as avaliações eram sistematizadas e funcionava da seguinte maneira:

- todas as 6ª feiras, os facilitadores reuniam-se por uma hora visando à preparação das oficinas que aconteceriam nas 2ª feiras subseqüentes. Ficavam definidos nestes encontros, o facilitador responsável pela Oficina e o facilitador – observador, os materiais a serem utilizados e técnicas que seriam desenvolvidas.
- para cada oficina ou seção de vídeo, havia dois responsáveis. Ambos deveriam fazer anotações para a avaliação da equipe nas 3ª feiras logo após a execução das Oficinas.

Figura 21 – Locais e Formas de Avaliação (Avaliação Qualitativa):



Os dados coletados durante as Oficinas via observações, entrevistas, filmagens, questionários, gravação de falas, reflexões..., somados às observações advindas de facilitadores e de observadores puderam trazer contribuições muito significativas, o que constituiu o “processo de avaliação circular”.

Esses dados eram transcritos no caderno de campo. Também foram transcritos para este caderno, os dados coletados no levantamento inicial (1ª fase) e posteriormente, os outros dois levantamentos, respectivamente em Junho de 2000 e Fevereiro de 2001. Tais levantamentos serviram como material documental que, em muitas ocasiões, serviram para redefinição dos objetivos. Foi um grande suporte de avaliação qualitativo.

Comentários, sugestões e colocações eram valorizadas tanto no momento em que se estabeleciam os encontros – oficinas, quanto nos encontros da Equipe de facilitadores. Todos tinham voz e vez. A definição de cada nova etapa ou nova atividade era uma decisão coletiva, advinda dos interesses e falas dos pesquisados bem como da equipe de facilitadores.

O critério construcionista era verificado em todas as etapas do processo, isto é, a visão histórica da construção do conhecimento por parte dos sujeitos, mais a incorporação dos valores éticos e as formas estéticas. Adequação e construção por muitas mãos eram os pontos básicos das ações. Assim, o Programa tornava-se uma propriedade de todos, construído solidário-histórico-ético e esteticamente. Na fala dos interlocutores, ele era: nossa “cria” e nossa “cara”.

4.7. PERSPECTIVAS NO FINAL DO PROCESSO:

Em relação ao item “Conhecimento a respeito do fenômeno da dependência de drogas”, isto é, quanto cada um deles sabia sobre drogas e quanto isso poderia ser útil na melhoria de sua qualidade de vida.

4.7.1. Conhecimento sobre drogas

O esperado para os participantes do Programa de Educação Preventiva ao uso Indevido de Drogas no Trabalho era que pudessem, **a partir de conhecimento sobre o uso de drogas e seus problemas correlatos**, estar investidos de atitudes, falas, comportamentos e ações e demonstrar que:

1. dominam a terminologia e os diversos conceitos empregados no estudo do fenômeno da dependência química;
2. compreendem a dependência química como fenômeno complexo, plural em todos os seus significados, nas suas complexas e dinâmicas redes, tendo uma clara idéia a respeito de efeitos, conseqüências e ações pessoais no sentido de não comprometer-se com o uso, abuso de drogas ;

3. diferenciam os vários tipos de usuários e tipos de drogas, sendo capazes também de estabelecer relações entre o fenômeno em si e os dados epidemiológicos;

4. são capazes de emitir conceitos técnicos aprendidos durante a aplicação do curso, que permite perceber o domínio sobre aspectos como qualidade de vida, vida saudável, auto-cuidado, auto-gestão e estilos saudáveis de viver, no qual não há espaços para o seu uso;

4. desaprovam o uso de drogas no trabalho e na vida.

4.7.2. Em relação a “atitudes” pessoais e coletivas

- Esperava-se que pudessem demonstrar através de suas atitudes, cuidados especiais em relação a própria saúde, ao bem – estar pessoal, familiar, comunitário e social, ao prazer e alegria de viver ou quaisquer outras atitudes que pudessem atestar uma filosofia de vida sintonizada com qualidade de vida;
- Esperava-se que apresentassem habilidades na resolução de situações complexas, de alto nível de tensão, principalmente quando nestas situações houvesse o envolvimento com o uso de drogas, violência e atos anti-sociais;
- Que demonstrassem sua opção por um estilo saudável de vida, onde as drogas não despertem interesses e fossem interpretadas como promotoras de dificuldades e problemas para o completo desenvolvimento do ser humano trabalhador;
- Adquirissem habilidades que os capacitassem a identificação, análise e tomada de decisões de forma equilibrada e harmônica;
- Que estivessem motivados para o trabalho, para a formação profissional, para o estudo continuado, para o pleno desejo de se realizar pessoal, profissional, familiar e socialmente;
- Apresentassem níveis de satisfação pessoal e profissional durante e após o período de aplicação do Programa de Prevenção;
- Que se tornassem competentes nos aspectos da reflexão, ação assertiva e pró-ativa frente aos desafios cotidianos, principalmente quando estivessem ligados ao uso de drogas e/ou a enfrentamento de problemas de difícil solução.

4.7.3. Em relação ao comportamento, o esperado era :

Que os “comportamentos” de cada um dos sujeitos submetidos ao Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas pudessem revelar:

- uma melhoria na capacidade de tomada de decisão;

- uma capacidade de estabelecer relações mais saudáveis, construtivas e duradouras;
- um aumento na capacidade de motivação mesmo diante de desafios;
- uma assertividade e um maior equilíbrio na capacidade de realizar escolhas, hierarquizando-as e tornando-as mais significativas; escolhas estas, baseadas em julgamento mais imparcial, mais integrativo, mais harmonizado com estilos de vida saudável, de clara e inequívoca consciência ecológica e cósmica suportada na ética que centraliza o Ser humano como ser criativo e cheio de possibilidades, porém responsável por seus atos e atitudes frente ao Universo;
- aumento na sua capacidade de superação e perseverança para atingir de seus objetivos;
- aumento na capacidade de amadurecimento e equilíbrio frente às seduções do fácil, do ócio, e de tudo que comprometeria a sua realização integral;
- aumento de suas competências no aspecto pessoal e social de tal modo que tivessem maior prazer em viver, em trabalhar e em construir sua história, demonstrando – se assim, mais assertivo e autônomo frente à vida.

4.7.4. Em relação às ações efetivas (práticas)

O esperado, após a realização do Programa de Prevenção é que os sujeitos, ao longo dos nove meses pudessem adquirir as seguintes habilidades:

- Maior empenho para adquirir, conservar e ampliar através de ações efetivas relacionadas à saúde nos significados biopsicossociais ;
- que apresentassem uma coerência com a busca de um estilo de vida saudável e a hierarquia de valores promotores de vida e desenvolvimento pleno;
- que estivessem sintonizadas com a superação de dificuldades, aumento da resistência a frustrações, maior capacidade de superação de obstáculos e conflitos e uma ampliação da consciência ambiental.

4.8. DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO:

4.8.1. Estabelecimento de vínculos:

Há um significado especial no estabelecimento de vínculos. Inicialmente, precisamos estabelecer junto aos nossos interlocutores uma relação de mútua confiança, deixando claro os objetivos daquele trabalho especificamente. Partindo do fato de que a Instituição

acolhe e estimula um trabalho de Educação Preventiva, e de que as chefias locais estarão apoiando naquilo que é possível para que tal programa aconteça, já se pode assegurar pelo menos duas verdades para os que irão participar das atividades:

- garantia de ter um espaço (em todos os aspectos: físico, funcional, moral, ético, institucional...) durante toda a realização do Programa;
- garantia de prioridade: essas atividades são prioritárias no contexto da Organização;
- garantia de tempo/semanal para pensar sobre como podemos melhor conduzir nossas vidas e como drogas podem interferir nelas;
- garantia de há apoio real por parte das "chefias" visando o desenvolvimento pessoal e profissional;
- apoio da Organização para o desenvolvimento do Programa de Educação Preventiva.

Imaginar a possibilidade de espaços menos tensos, onde a organização se dá por mediação e acertos, apesar das diversidades, onde as interações possam ser mais construtivas e conduzir a um amplo desenvolvimento pessoal e profissional, são as bases fundamentais para que se possa perceber coletivamente ao entrar-se no campo.

Quando entramos no campo, não levamos muitas coisas. Levamos apenas as idéias do que queremos fazer e, freqüentemente, nos pomos na condição de negociador. Vamos negociando, compondo e interagindo sistemática e intensamente de tal maneira que as revelarmos para o(s) outro(s) simultaneamente permitimos que o(s) outro(s) possa(m) se revelar para nós. Assim, é possível estabelecer diálogos francos, mais intensos e de maior amplitude. Várias redes irão se sobrepor, várias energias, vários interesses, vários elementos emergirão e, dessa forma, pode-se ir estabelecendo construtivamente e solidariamente o que se deseja em comum, o que poderia resultar em benefícios imediatos e mediatos e o que converteria intenções em concretas e objetivas ações.

Estabelecer vínculos é também de certa forma, partilhar um pouco da vida desses "sujeitos", é pedir permissão para invadir certas peculiaridades, certas especificidades e sutilezas e, por isso mesmo, se deve entrar de corpo inteiro, sem a prepotência de querer a tudo responder, mas com a cautela e humildade de sempre querer aprender.

Especificamente para a construção de forma participativa de um Programa de Educação Preventiva com vistas a uma melhor qualidade de vida, deve-se partir de francas, harmônicas, afetivas e objetivas relações que se estabelecem entre os

“parceiros” . Além disso, deve-se suportar essa construção nas concepções que se tem de “ser humano”, “de sociedade” e “de mundo”.

As Oficinas de Saúde nos permitiam trabalhar vários aprendizados tanto nos tópicos de saúde propriamente dito, quanto às concepções de cada um com relação ao mundo, a sociedade e ao ser humano. Durante essa entrada e posteriormente a permanência no campo, era possível aprender a valorizar e respeitar as concepções dos outros. Nesses sentido, autores consagrados pela crítica foram estudados para fundamentar coletivamente esta prática. As concepções eram mais inclusivas, mais integrativas, sem fragmentação, vendo o ser humano por completo, por inteiro e assim permitia uma ampliação da visão sobre saúde e doença, sociedade e educação, ser humano e trabalhador enfim, foram momentos ricos de revisão de concepções.

Construímos, significamos, re-significamos e consolidamos vários conceitos, baseados nestes autores que, afinados com o paradigma da complexidade, revelavam-se mais inclusivos, integrativos, emergentes, pós – modernos, de intensa preocupação com as inter-relações e interconexões, enfim, onde tudo verdadeiramente revelava-se interligado a tudo e reciprocamente.

Surgiram nesses momentos inúmeras categorias que foram trabalhadas com o grupo e que serviriam de suporte para ampliação dos propósitos dos encontros subseqüentes. Categorias como:

- felicidade, prazer, solidariedade, desenvolvimento pessoal, auto-gestão, autonomia, assertividade, auto-regulação, trabalho, qualidade de vida, família, trabalhador, mercado de trabalho, drogas, saúde, doença, necessidades, responsabilidade, cidadania, auto-estima, auto-cuidado, auto-crítica, auto-conhecimento,aprendizado, educação, regulação, leis, deveres, direitos, ensinar, aprender, compor, expor, mediar, conciliar, dissenso, senso, indivíduo, sujeito, grupo, sociedade, mundo, ecológico, holístico, beleza, estética, ética ..., enfim, fomos nos tornando aprendizes de aprender.

Aprendemos ao fazer. Queríamos garantir mais “conhecimento” , porém mais habilidades, por conta disso, aprendemos a fazer, e melhor a fazer juntos, a cuidar coletivamente da saúde, do intelecto, do cognitivo e do emocional, do ecológico e do ético. Aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a Ser. Estes eram os propósitos do Programa, isto é, aprender coletivamente, assim aprendeu-se a conviver, a mediar, a superar dificuldades, barreiras, limites, enfim na adversidade, na desordem, na dificuldade de conter emoções e sentimentos, verdades, ponto de

vistas, generalidades e especificidades, o tangível e o intangível, o imediato e o mediato..., fomos aprendendo a melhor lidar com situações conflitantes, com situações complexas e por isso, fomos adquirindo maior competência.

Através das simulações nas Oficinas de Cidadania, passamos a pôr em prática tudo aquilo que teoricamente discutíamos nas Oficinas de Saúde, e através de técnicas como a fabulação, a projeção mental, a idealização, simulação de situações- problemas e dramatização fomos criando caminhos, trajetos, scripts que facilitasse na resolução de problemas.

Tão logo quando possível, foram estabelecidos com os sujeitos – participantes, as múltiplas finalidades daquele Programa de Educação Preventiva. Não interessava a teorização filosófica de conceitos, teoremas ou concepções destituídas de prática, mas sim a partir deles, a prática cotidiana de cada um, do aprender a cuidar de si no seu sentido mais amplo: Cuidar da saúde, da vida, do tempo, das relações (todas elas), do amor, da formação profissional, das metas e objetivos de vida, daquilo que é prioridade, enfim, de tudo que é essencial.

A intenção dos primeiros contatos objetivava definições sobre temas, datas, e atividades, os encontros subseqüentes tinham como objetivo o fortalecimento das relações entre os sujeitos e a equipe de facilitadores e portanto uma maior integração.

O grupo constituído de 38 sujeitos foi subdividido em dois subgrupos e cada um desses cooperou no sentido de montar um cronograma de atividades. Foram realizados levantamentos iniciais sobre: condição sócio- econômica, interesses pessoais em relação cursos profissionalizantes e formação intelectual. Ao mesmo tempo em que tais coisas se davam, um intenso e concreto processo de consolidação de mútua confiança também se concretizava. Cada encontro buscava melhorar os níveis de relacionamento bem como na agregação de valores entre os parceiros (facilitadores e participantes).

4.8.2 . Consolidando o programa:

Foi acordado um "*contrato de convivência*", isto é, um elenco de regras facilitadoras que permitisse uma maior interação entre os parceiros (facilitadores e sujeitos participantes). Este contrato, foi proposto e discutido por todos, através de um sistema de votação direto, referendado em ambos os grupos, A e B. Não houve nenhuma imposição e todas as sugestões foram elaboradas, refletidas e acatadas ou rejeitadas pelo grupo. Auto- regulação espontânea.

A partir das Oficinas de Saúde I (Promoção da Saúde e do Bem-estar) e posteriormente nos debates dos filmes, nas montagens dos trabalhos cooperativos e nas práticas da Oficina de Saúde II (Cidadania e Qualidade de Vida), as lideranças se alternavam intensamente, os grupos tornaram-se muito participativos e capazes de reflexões muito maduras.

Vivenciou-se o aprendizado coletivo, o aprender a aprender construindo, aprender a cuidar cuidado, aprender a refletir refletindo.

Por acordos com os membros da equipe de facilitadores, combinamos que, em cada encontro, estivéssemos pelo menos dois de nós, um para encaminhar as questões relacionadas ao tema e outro para participar – observando e registrando tudo que pudesse emergir do encontro, servindo de apoio logístico.

Solicitamos também que pelo menos um observador convidado, que ora podia ser um chefe de seção, ora uma outra pessoa não envolvida especificamente no tratamento do tema, pudesse estar acompanhando o desenvolvimento da oficina e fizesse registro de tudo que observasse.

Utilizamos uma pequena ficha na qual os observadores pudessem fazer lançamentos dos registros dos observados nas oficinas. Tais registros iriam constituir-se em fonte de consulta imediata para correção do processo e mediata para futuras análises. Duas fichas por encontro, no mínimo, uma preenchida pelo membro da equipe que daria esse suporte (observador da equipe) e outra por um observador convidado.

Esta ficha, que está apresentada em anexo como ficha de observação, ressalta dados gerais como: identificação da Oficina, do facilitador responsável, do observador, data, número de participantes, tema desenvolvido e um espaço amplo para o observador fazer seus registros. Alguns indicativos:

- descrição da participação dos grupos;
- frases, pensamentos, propostas, contribuições imersas na execução das atividades;
- nível de envolvimento dos participantes;
- descrição do clima (participação, mediações...)
- outros registros: reações dos participantes, espontaneidade em participar, registro de “falas dos participantes”, dos questionamentos, das dúvidas, enfim, das necessidades que emergiam do grupo.

Depois, o próprio observador escrevia suas impressões sobre o grupo, sobre alguns participantes especificamente, sobre o tema, sobre o que emergiu da realização

da oficina...enfim, relatava o que tinha observado e completava com comentários e/ou questionamentos.

Tudo isso seria analisado e discutido pela equipe de facilitadores nos encontros pós oficinas, que geralmente aconteciam logo no dia seguinte, isto é, nas 3ª feiras, no primeiro horário (07:15 às 8:30h). Todos da equipe de facilitadores ouviam os relatos dos observadores (normalmente dois relatos, algumas vezes mais), discutia-se e buscava-se compreender o que tinha sido levantado. Fazíamos uma anotação coletiva no caderno de campo para orientar o grupo de facilitadores.

Essa reunião também era importante para a preparação dos novos encontros (quer na Oficina, quer na preparação da sessão de vídeo). Neste momento, ocorria a preparação coletiva da nova Oficina, através da organização dos materiais e recursos suportes, da escolha do(s) facilitador(es) que desenvolveria(am) a próxima oficina ou a próxima sessão de vídeo como também escolhiam-se os observadores.

Assim, a cada Oficina realizada, ou a cada nova sessão de vídeo, um novo encontro para estudarmos o que tinha emergido, buscarmos respostas para os questionamentos, avaliação e preparação da próxima.

Ficou combinado, no início de cada Oficina ou de sessão de vídeo, uma motivação introdutória por meio da leitura de um pequeno texto, de uma poesia, ou uma música relacionada ao tema. Combinou-se também que estaríamos lembrando freqüentemente ao grupo as razões e os propósitos de estarmos ali, com isso, reforçando os objetivos do encontro.

Coisas do tipo:

“Estamos aprendendo a sermos sujeitos de nossas próprias vidas, por isso mesmo, aprendendo a sermos pessoas mais responsáveis, mais conscientes, mais autônomas, capazes de decidir de maneira mais assertiva, mais justa, não tão impulsivamente nem tão apaixonadamente, mas em cima de trocas, acertos, algumas poucas certezas e possibilidades. Estamos aprendendo que aquilo que desejamos tem um preço, e que se quisermos ser felizes e saudáveis, somos nós mesmos que devemos trabalhar por isso. Estamos aprendendo a olhar o mundo como um lugar de possibilidades e que compete a cada um de nós promover nossa própria história, nossa realização e nossa auto-gestão”.

“Baseando-se nisso, desejamos que o tema que vamos trabalhar hoje possa contribuir para nossa compreensão dos desafios postos todos os dias a nossa vida, pois vivemos

num mundo de grandes mudanças, onde cada um de nós tem o seu papel e, felizmente, não nos cabe delegá-lo a ninguém “.

Ou

“Como decidimos na semana passada, conversaremos hoje sobre tal assunto. Como todos podemos aprender muito com o tema, sugiro ao grupo que trabalhem esse tema através da seguinte dinâmica (nesse momento, propõe-se uma dinâmica em que o tema possa ser bem trabalhado)”.

4.8.3. Técnicas e dinâmicas:

Apesar da complexidade dos temas, procuramos elaborar técnicas que conduzissem a uma reflexão participativa, cuidando para que o ambiente não ficasse carregado nem os participantes ficassem tensos. Por isso, técnicas de meditação, uso de brincadeiras do tipo: quebra-gelo, de corpo e de alma e outras atividades lúdicas, eram trazidas ao contexto do trabalho. Objetivava transformá-lo em ambiente mais harmonioso, calmo, agradável, leve e que oportunizasse resgatar, a partir dos participantes, suas histórias de vida pessoal, reconstruindo-as sempre através de uma nova interpretação, com um novo olhar (o olhar integrativo da Ciência da Complexidade)

Também aproveitamos para refletir sobre situações vividas no cotidiano, ligadas aos temas desenvolvidos nas oficinas. Nesse sentido, não só discutimos sobre essas situações, mas simulamos, com base em experiências vividas pelo grupo ou por pessoas do conhecimento delas, tanto técnicas que permitiam o fortalecimento dos fatores protetores para o não uso de drogas, como o aumento da competência para o enfrentamento de situações complexas. Estas simulações permitiam um crescimento pessoal e coletivo em lidar com situações de depressão, tristeza, falta de objetividade, falta de definição do projeto de vida pessoal, dificuldades no processo de formação educacional e/ou de possibilidades de inserção no mercado de trabalho, na geração de trabalho e renda, na organização do espaço familiar, nos conflitos sociais, na busca da autonomia, ente outros.

No nosso entender, esses fatores são limitadores no processo de bem viver e de ser feliz. Por isso, e a partir dessas reflexões e simulações, construímos formas alternativas de transformar as limitações em possibilidades de transcende-las e superá-las.

4.8.4. Descrição das Técnicas usadas no grupo:

Foram utilizadas muitas técnicas, com objetivo de propiciar maior interação dos participantes, durante todo o processo, de tal forma que, ao mesmo tempo em que permitia um maior conhecimento individual e uma maior compreensão das realidades de cada um e de todos, também, ampliava-se o conhecimento sobre o fenômeno da dependência do uso de drogas (motivações, implicativas sociais, profissionais, psíquicas, afetivas, legais...), possibilitava-se, também, uma maior capacidade em cuidar de si próprio, bem como de transformar a realidade em que viviam, a partir de trocas de experiências, de estudos de casos, de reflexões sobre as histórias de vida enfim, tudo podia ser motivo de estudo e aprendizado. Essas técnicas estão descritas abaixo:

1. Simbolização: utilizadas nas “Oficinas de Saúde” e nas “Oficinas de Construção de Referenciais”, para conhecer e compreender a realidade, assim como para colher dados de pesquisa. Com essa técnica, os sujeitos se expressam subjetivamente por meio de símbolos, interpretando a si e as diversas realidades que observam.

Especificamente com esse grupo de trabalhadores, usamos uma série de desenhos, esboços, perfis, fotos e caricaturas através dos quais poderiam se expressar quanto às suas percepções para alguns questionamentos: Quem sou eu? Como me vejo? Como me vejo daqui a uma década? Como me vejo no contexto familiar?

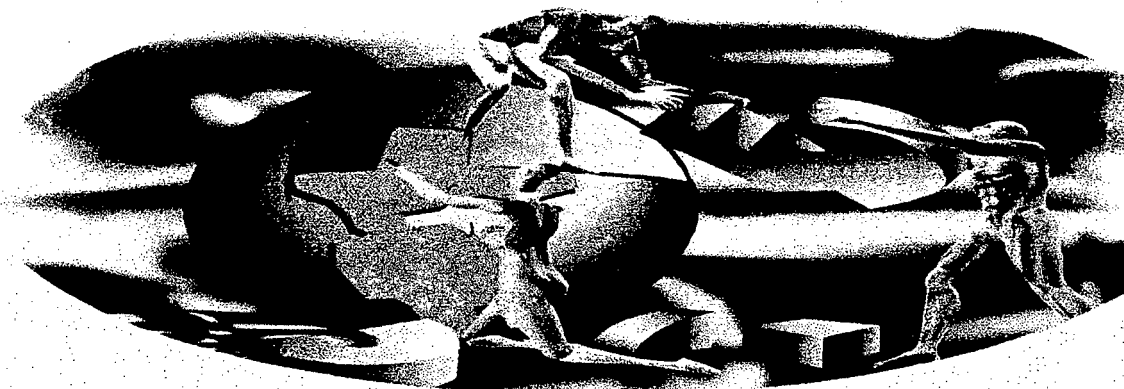
2. História de vida: Alegria e tristeza: técnica desenvolvida por Patrício (1995) através de “insight”, onde os participantes e/ou entrevistados relacionam, no dia-a-dia, seus momentos de felicidade – prazer e infelicidade- desprazer, nos períodos da infância, adolescência e adulto. Com esses trabalhadores, desenvolvi a técnica por meio de um mapa do histórico e suas vidas, que consistia em reportar fatos significativos nos vários períodos e suas existências, em cada uma das regiões sugeridas pelo mapa: região da vida familiar, região da vida escolar, região da vida no trabalho, região da vida relacional; região dos sentimentos, região (?), para que pudessem se reportar a alguma coisa específica.

Outra forma de trabalhar foi a partir de uma série de fotos, desde namorados, grávidas, bebês em várias fases da vida, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, para que fossem construindo a sua história de vida pessoal. Foi solicitado que se pudesse compartilhar com o grupo.

3. Projeção: a partir da estimulação de imagens, solicitar aos participantes que verbalizem, desenhem ou contem suas "histórias" numa perspectiva de futuro próximo, médio e longo prazo, com base naquilo que está vivenciando hoje (estudando, trabalhando, namorando, etc). Foram utilizados filmes de computação gráfica e os participantes eram estimulados a projetar cenas complementares.

4. Pergunta essencial: consiste em promover uma sondagem do que é imprescindível para o grupo. Não dar pistas sobre a natureza dessa essencialidade, ou seja, essencial onde: se na vida do cotidiano, nas relações de trabalho, no amor, nos estudos, nos aspectos religioso, social, cultural, de lazer, dos esportes ou qualquer outro setor da complexa vida do ser humano. Pedir que escrevam numa folha e não se identifiquem. As folhas são passadas para o grupo e cada um pega aleatoriamente uma folha e a lê. Um dos participantes escreve num papelógrafo o que é fundamental para cada um. Solicitar que, individualmente, construam, de forma hierarquizada, sua própria escala de valores essenciais a partir daquilo que emergiu do grupo. Busca estimular o diálogo reflexivo de auto-conhecimento e compreensão da realidade vivenciada por cada um dos participantes. Essa técnica foi associada à simbolização. A figura abaixo dá uma idéia do construcionismo social (visão histórica, ética e estética, construída a partir da realidade de todos).

Figura 23 - Construcionismo social: Neste programa, a construção do saber (ser, fazer e conviver), partiu do contexto sócio-histórico-cultural de todos os envolvidos, resgatando por isso mesmo, o histórico, o ético e o estético.



5. Perguntas simples: consiste em elaborar uma pergunta simples dirigida aos participantes e responder ou escrever, sem pensar muito, as idéias que vêm a sua

mente. Preferimos associar essa pergunta simples a uma tempestade de idéias (Brainstorm e Brainwriting)

6. Perguntas semi-estruturadas: é uma técnica da entrevista tradicional. Formulam-se questões às pessoas sobre o assunto que se quer compreender, tomando o cuidado para não induzir respostas na formulação da pergunta. A partir da resposta, pode-se fazer uma outra pergunta .

7. Ouvir-escutar: essa técnica é fundamental para o conhecimento e para a compreensão da realidade; é importante para colher dados, bem como é considerada um processo de “cuidar”. É o escutar todo, ou seja escutar integral, a pessoa toda, o que fala, por que fala, como fala, como gesticula, é ouvir todo o indivíduo (o corpo fala), também ouvir tudo o que está envolvido com o sujeito e com o ambiente. É ouvir através dos sentidos e dos sentimentos .

8. Silêncio : tem sido utilizado associado à técnica do ouvir-escutar, para colher dados. O silêncio é importante para que a pessoa possa pensar, sentir, voltando-se para si mesma. Assim, também acontece com o medidor (Patrício, 1995).

9. Reflexão: segundo Boff(1999), essa técnica, que mais parece um cuidado, um processo dialógico, também colabora para o levantamento de dados. Acontece na interação, no processo de perguntar – ouvir- calar. Muitas vezes, as pessoas conseguem exprimir-se, e até trazer coisas do inconsciente, através da reflexão. Essa reflexão é de ambas as partes: Pesquisador – Pesquisado . Então poderíamos dizer: De que reflexão vocês estão falando? Nós diríamos: é aquela filosófica, crítica. Aquela que vai fundo nas coisas, nos fatos, que relaciona, que põe ética e estética nos acontecimentos, nos eventos. É aquela que desnuda outras verdades e cuja síntese pode subsidiar decisões de qualidade de vida.

10. Observação-participante: essa técnica caracteriza-se pela presença do pesquisador em um dado ambiente, prestando atenção a tudo o que acontece: ouvindo, tocando, cheirando, vendo, sentindo (de sentimento), e falando com os sujeitos envolvidos, quando houver necessidade de questionar sobre outros temas de interesse para o estudo, ou para ações de cuidado (Patrício, 1995).

11. Musicoterapia: utilizada para desenvolver a percepção do ambiente e de si mesmo, a partir das sensações desencadeadas pela música, servindo também para fazer exercícios de meditação e relaxamento. São usadas músicas de diferentes ritmos. A musicoterapia foi utilizada em praticamente todos os encontros.

Outras técnicas empregadas:

Idealizaram-se quatro técnicas que pudessem conduzir a uma relação clara com o referencial da complexidade. São eles:

1. Simulações: são jogos nos quais os participantes são levados a trabalhar nas condições mais próximas possíveis da realidade, embora todos, antecipadamente, estejam suficientemente preparados para ter níveis de controle seguros e entendimento sobre o forjamento das ações.

2. Transposição: a partir de um fato, cena, filme ou qualquer outro estímulo externo, os participantes são motivados a se transporem para as cenas e descreverem seus sentimentos em relação ao “vivido nas cenas de transposição”.

Trabalhamos durante todo o programa com vários filmes, comerciais de TV, trechos de programas, entrevistas e capítulos de livros

3. Resoluções caórdicas: que são formas de resolução de problemas de níveis de dificuldades cada vez maiores, a partir de algumas poucas informações. Convidava-se o grupo, para que resolvam algumas tarefas em tempo monitorado, sempre inferior ao que se podia chamar de tempo ideal, com inúmeras variáveis, exigindo uma ampla negociação entre os membros de cada equipe e das equipes entre si, visando a interação entre todos. A busca e seleção de informações, a cooperação e a solidariedade são estimuladas para que no caos, possam optar por processo auto-regulador. O caos provocado pela distribuição aleatória de tarefas e etapas para serem cumpridas, levava o grupo a negociar e cooperarem intensamente. Serviu para avaliar o nível de criatividade e ansiedade a partir da ordem no caos. Temas para resolução: (1) Arrecadar uma certa quantia de dinheiro por meios lícitos, num tempo rápido para uma atividade inadiável.(2) Solucionar da melhor maneira possível uma traição com desdobramentos de violência. (3) Recusar participar de uma atividade ilícita promovida por amigos (4) enfim, temas polêmicos necessitando de resolução rápidas e acertadas.

4. Fantasiar: com base em uma certa situação, fantasiar possíveis soluções, por mais absurdas que sejam, e depois relatá-las para o grupo. É um bom exercício que permite expandir a mente e ampliar a criatividade.

Nas oficinas utilizamos intensamente essas técnicas. As mais utilizadas foram: resoluções caóricas, as práticas de transposição e as simulações. Especificamente ao trabalhar essas técnicas, tivemos como objetivo a possibilidade de nos revelarmos com um sistema sombra, onde as tensões com o sistema formal pudessem dar vazão à criatividade construtiva, como forma de minimizar tensões entre os dois sistemas..

Pode-se observar, nas práticas desenvolvidas, o mais alto fluxo de informações, alto grau de diversidade, fortalecimento dos laços entre os participantes, relevância secundária para o grau hierárquico, melhoria na identificação dos objetivos coletivos, níveis de controle e rigidez minimizados e aumento da eficiência na resolução (auto-regulação espontânea).

Ficaram acertadas algumas regras simples e diretas nas oficinas tais como:

- quem sabe ensina (todos são ao mesmo tempo aprendizes e professores);
- cooperativo e não competitivo (ganha todos quando cada um ganha);
- apesar da diversidade, unidade (embora muito diferentes, unidos nos objetivos) ;
- alta fluidez na comunicação e nos níveis e na passagem das informações;
- objetivos em comum no aprendizado coletivo e nas construções significativas;
- possibilidade de auto – organização (isto é, a busca do equilíbrio e da regulação apesar da pressão e confusão) ;
- maior horizontalização do poder e dos controles (todos são responsáveis, níveis de importância por demanda e não por imposição).

A experiência demonstrou que as situações de tensão, de conflito e que se apresentam com níveis grandes de dificuldades, quer na vida do trabalho quer na vida do cotidiano, são ótimos “espaços” para o “exercício da criatividade”. Organizações muito formais, onde os níveis de controle são muito rígidos e a flexibilidade é praticamente inexistente, são, paradoxalmente, espaços muito bons para a criatividade. Quer motivada pela interação opressiva (criatividade reativa), quer pelo acolhimento e adequação assertiva (criatividade pró-ativa), os espaços de tensão, como observou Stacey (1999), são bons espaços para a criatividade. O objetivo do trabalho em forma de Oficinas visava, antes de tudo, oportunizar a criatividade, as inter-relações e a auto – organização.

4.8.5. Revendo, resgatando e re-significado:

Esta fase se caracterizou por intensa atividade para a Equipe de Facilitadores que precisava avaliar:

- que objetivos do programa foram alcançados;

- se entre os sujeitos da pesquisa, os relacionamentos tornaram-se mais construtivos e solidários;
- se havia a aplicação dos conteúdos desenvolvidos durante o programa no cotidiano destes pesquisados;
- se atitudes, comportamentos e ações pessoais estavam orientados numa prática de vida sintonizadas com estilos saudáveis de viver;
- a coerência entre posturas, falas, atitudes e comportamentos dos pesquisados em relação a tudo que havia sido construído durante o programa;
- a adequação e equilíbrio nas posturas pessoais e coletivas dos pesquisados frente aos desafios do dia –a – dia.

Nesta fase também foi aplicado o 3º levantamento via questionário KAPB – com objetivo diagnóstico final (situação de saída) e levantamento de perspectivas profissionais e educacionais pós-baixa das atividades militares. Foi um tempo de revisão, de resgate, de priorização de recomendações e despedidas. Tempo de avaliar tudo o que ocorreu e como foram construídas as relações entre todos os participantes daquela pesquisa: os sujeitos- participantes, facilitadores, observadores externos, enfim todos que direta e indiretamente estavam implicados na execução do programa. Tempo necessário para meditar, refletir e avaliar de forma coletiva (facilitadores e sujeitos da pesquisa), onde, exatamente estas práticas, simuladas e construídas cooperativamente, nos conduzindo. Tempo para resgatar as perguntas básicas que foram tantas e tantas vezes feita ao longo do processo: “Os programas de prevenção (Projeto Esperança e Educação Preventiva) estão contribuindo para uma melhor qualidade de vida para estes trabalhadores? Aprenderam cooperativamente a ampliar o senso crítico, a solidariedade, a buscar formas alternativas para a resolução de problemas? Estão mais autônomos? Estão mais pró-ativos? São mais assertivos?”

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados que serão apresentados e discutidos neste capítulo integram vários processos avaliativos sobre os 38 sujeitos da amostra. Utilizamos processo linear (avaliação de entrada, avaliação na fase intermediária e avaliação no encerramento da aplicação do programa), e o processo circular (que se utilizava de avaliações registradas em cada encontro- oficina, avaliação via ficha de observação, registro no caderno de campo ou informal como comentários e reflexões) No processo avaliativo linear foram realizados através de questionário KAPB ocorridos respectivamente nas 2ª semanas de março, junho e fevereiro, respectivamente). O objetivo era diagnosticar os 38 sujeitos trabalhadores militares, nos aspectos do conhecimento, atitudes, comportamento e ações relacionadas ao uso, abuso e dependência de drogas.

Informações significativas e práticas sobre os motivadores para uso de drogas, as informações sobre os tipos de drogas, o nível de compromisso com uso ou abuso de drogas, as diversas categorias de drogas, as diversas teorias sobre o porquê do uso, a ação das drogas sobre o sistema nervoso central, enfim, através das 20 questões do teste KAPB (conhecimento, atitude, comportamento e ações efetivas) foi possível fazer levantamentos destes itens com o grupo.

5.1. O DIAGNÓSTICO:

Utilizando-se como instrumento de pesquisa apenas o questionário KAPB, foram estabelecidos três momentos para sua aplicação: momento da chegada dos sujeitos da pesquisa à Organização Militar (diagnóstico inicial ou linha de base), diagnóstico intermediário (após a aplicação do Projeto Esperança janeiro à abril) e diagnóstico final ou linha de chegada (após a aplicação do Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho - PEPUIDT de maio à dezembro). Os resultados destes três levantamentos estão registrados abaixo.

5.1.1. Nível de conhecimento:

Quanto ao **nível de conhecimento** sobre drogas, ficou evidenciado que:

- 14 (36,8%) dos 38(amostra) dos pesquisados tinham sido suficientemente informados a respeito de drogas, conheciam e dominavam os principais conceitos básicos (anexo 1: conceitos básicos);

- a maioria (24 sujeitos =63,15%) não conhecia os principais tipos de drogas e aquelas mais utilizadas no contexto de suas comunidades. Para estes, o crack e a cocaína eram responsáveis por todos os problemas relacionados às drogas. Não fizeram nenhuma relação do uso de álcool, tabaco ou medicamentos como problemas de uso e/ou abuso de outras drogas;
- esses 14 (36,8%) compreendiam as ações das drogas psicotrópicas no sistema nervoso central e identificaram corretamente nomenclatura relativa a sua classificação, além disso, relacionaram adequadamente o uso de drogas com os múltiplos fatores (médico – epidemiológico, policial, jurídico, pessoal);
- além disso, diferenciavam adequadamente os vários tipos de usuários e indicaram opções que se associam à importância dos programas de prevenção, os programas de redução de danos e noções sobre tratamento;
- foram identificadas as fontes de informação de que se valeram para o entendimento até então daquele 1º levantamento sobre drogas e, dentre elas, a ordem de importância dessas fontes.

5.1.2. Atitudes:

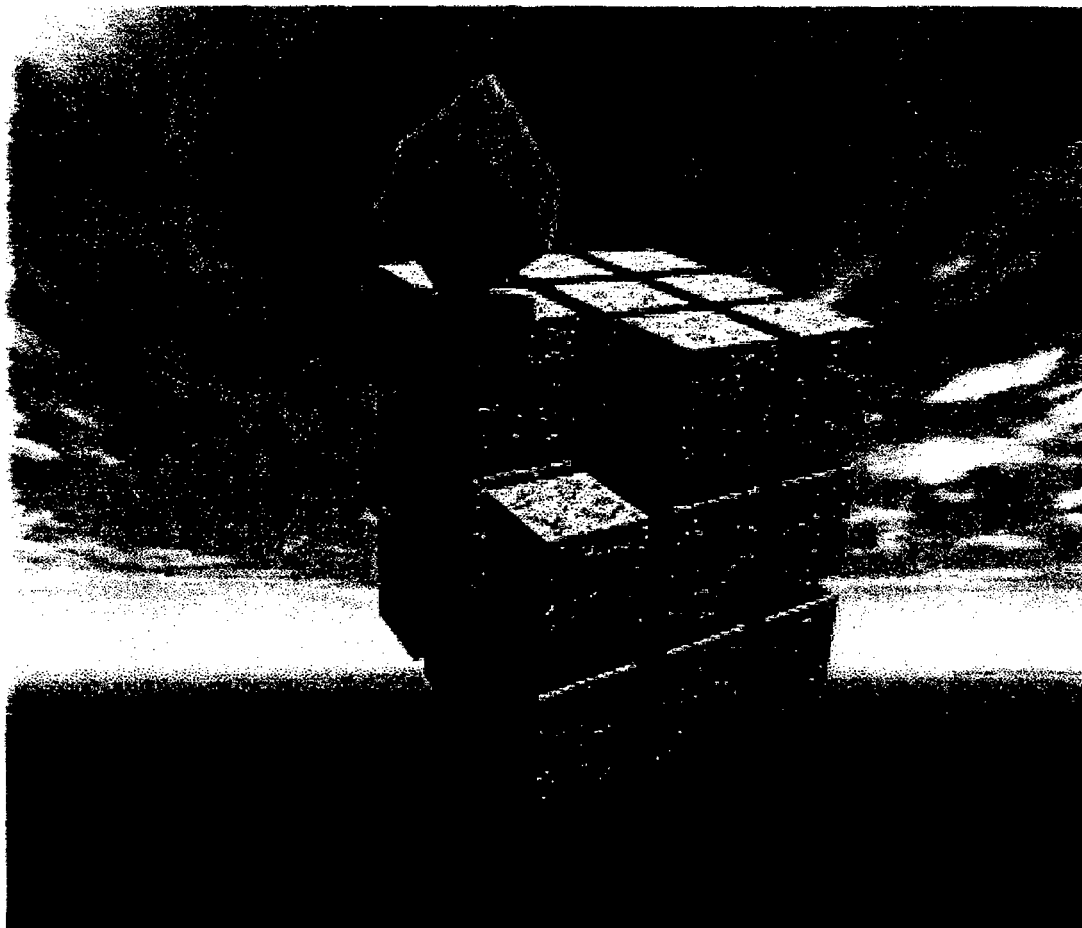
A análise das respostas do questionário conduz ao entendimento de que apenas 12 (31,6%) dos entrevistados foram coerentes quando relacionando conhecimento sobre drogas e atitudes diante do uso eminente de drogas, ou seja, demonstraram comportamento preventivo ao uso indevido de drogas.

5.1.3. Comportamentos

Em relação às respostas sobre os cinco itens que simulavam situações de uso eminente de drogas, apenas 11 (28,9%) optaram por respostas que indicavam coerência entre os itens conhecimento, atitudes e comportamentos no sentido do não uso de drogas. A grande maioria (27 = 71,1%), pelo que ficou registrado nas opções do questionário, além de não possuir um bom nível de informações, apresenta comportamentos e atitudes totalmente incoerentes com estilos de vida saudável e/ou com aspectos preservacionistas.

Na figura abaixo (Figura 27) há uma sinalização sobre possível encaixe. Trata-se de uma simbologia usada no contexto do programa que indica possibilidades de acertos, e isso ficou associado a “modo assertividade de se relacionar” consigo mesmo, com os outros e portanto, “a estilos saudáveis de viver”.

Fig 24- Encaixe Total: Teoria e Prática (pensar, falar, agir e refletir).



5.1.4. Ações efetivas

Quanto às ações efetivas, os resultados da pesquisa revelam através de simulações de situações específicas onde o uso de drogas ou a violência eram situação iminente (estavam acontecendo), que somente 9 (23,7%) seriam eficazes, isto é, usariam estratégias de rejeição efetiva, negociação, postergação e estratégias auto-defensivas no sentido de preservar à saúde, a integridade física, mental e moral.

A seguir, serão apresentados indicativos do 1º levantamento realizado com os soldados apresentados para servir. Este levantamento denominado de diagnóstico, é apresentado na tabela 7, e retrata dados levantados através do questionário KAPB (conhecimento, atitudes, comportamentos e ações) que foi realizado na 2ª semana de março de 2000. Além de aplicar esse questionário aos 38 indivíduos selecionados como grupo teste, outros 10% dos apresentados também responderam o questionário, de tal modo constituir por isso, o grupo controle. Todos os questionários foram aplicados no mesmo dia, e as condições de aplicação foram confortáveis e tranquilas.

Tabela 7 – Dados do 1º levantamento através do questionário KAPB(Mar/2000)

Categorias	Dados	Observações
<p>Conhecimento a respeito de drogas: engloba este item: o uso adequado de nomenclatura (oficial e do senso comum), a identificação e classificação dos variados tipos de drogas (tipos /ações sobre o SNC...) e, a indicação de que são capazes de utilizarem adequada e criteriosamente estas informações visando a auto-preservação nos aspectos da integridade física e mental, da saúde e do bem estar pessoal e coletivo.</p>	<p>14 (36,84%) dos entrevistados, na 1ª pesquisa, assinalaram respostas que indicam apresentarem um elevado nível de informações acerca de drogas psicotrópicas ao mesmo tempo em que utilizam adequada e criteriosamente essas informações e conhecimentos no sentido da auto – preservação de suas integridades física, mental e na busca de saúde e padrões mais elevados de qualidade de vida</p>	<p>As fontes de informações usadas para construção desse saber foram, na ordem de importância: amigos, escola, família, meios de Comunicação outros: destacando-se, entre eles, os grupos de igrejas.</p>
<p>Atitudes frente ao uso, abuso e dependência de drogas o critério utilizado foi a emissão de juízo de valor, julgamento, reflexão, indicação de crenças, afirmação de conceitos, visão pró-ativa; explicitação de relação causa-efeito (visão linear) e indicação dos múltiplos fatores entre si (visão circular), colocando-se sempre numa posição reflexiva e de mínima exposição à riscos desnecessários.</p>	<p>12 (31,57%) dos entrevistados indicaram, através de suas respostas, uma coerência entre o nível de conhecimento e atitudes (emissão de juízo de valor) relativas à preservação de suas vidas e de outrem. Isto significa que a maioria (26 = 68,42%) não são capazes de, apesar de “compreenderem” os efeitos nocivos das drogas e tudo a ela associado, de tomarem posição francamente favorável ao não uso.</p>	<p>26 dos pesquisados (68,42%) indicavam um posicionamento compassivo frente ao uso / abuso / dependência / tráfico e problemas associados; indicavam que drogas é um problema de quem usa e que não são contra, contanto que não lhes causassem problemas.</p>
<p>Comportamento antecipatório frente à situações de risco iminente para ao uso preparação de script mental para sair de situações embaraçosas onde o uso de drogas seja eminente</p>	<p>11 (=28,94%) indicaram nas simulações sobre situações do uso eminente de drogas e/ou de comportamentos anti- sociais a capacidade de não se comprometerem com uso de drogas .</p>	<p>Nas situações de risco real e eminente para o uso de drogas e/ou para a violência, a maioria (27 =71,05%) não conseguiu utilizar estratégias defensivas</p>

<p>outro critério seria o de fazer registros, sinais, expressões corporal/facial, gesticulação... ou executar ação impeditórias como formas alternativas de dissimularem convites, oferecimentos, pressões, seduções, coações etc, par ao uso de drogas.</p>	<p>o não através de preparação mental e física no sentido de não usar drogas.</p> <p>Indicaram opções nas quais, através de colocações, argumentação e dissimulações, desviariam a atenção sobre a eminência do uso de drogas.</p>	<p>(evasivas / argumentação /exposição enfática ...) de forma adequada, o que provavelmente poderia conduzi-los ao uso de drogas e/ou práticas anti- sociais.</p>
<p>Ações efetivas (comportamentos de fuga)</p> <p>refutar, barganhar, negociar, postergar, recusar amigavelmente, recusar enfaticamente, argumentar incisivamente, ação de fuga, e outros que fiquem evidenciados uma mobilização para o não uso, rejeição e impedimento de uso.</p>	<p>9 (23,68%) dos entrevistados indicaram opções em que exerceriam a recusa amigável e a negociação enfaticamente.</p> <p>A preservação da vida, da saúde e o direito de escolha, numa perspectiva de melhor qualidade de vida, foram convenientemente utilizados por estes 9 entrevistados.</p>	<p>A minoria usa estratégias de recusa amigável ou enfática, negociação ou postergação combinada com ações de defesa e/ou contenção no sentido de não usarem drogas e/ou se tornarem coniventes.</p>

Esses dados coletados na 2ª semana Mar/2000 foram entendidos como dados diagnósticos primário, isto é, dados de base, a partir dos quais foram estabelecidos comparações em etapas posteriores, propositalmente término da aplicação dos programas de prevenção (Projeto Esperança e Programa de Educação Preventiva) respectivamente.

5. 2. SEGUNDO LEVANTAMENTO KAPB (CONHECIMENTO, ATITUDES, COMPORTAMENTOS E AÇÕES EFETIVAS):

No que diz respeito aos resultados do 2º levantamento (linha intermediária) realizado na 2ª semana de Junho/ 2000, pode-se registrar:

1. um discreto aumento de cuidados relativos à própria saúde;
2. uma melhoria relativa no nível de conhecimento sobre a ação das drogas no organismo e principalmente no sistema nervoso central;
3. aumentou a compreensão sobre os fatores de risco para o uso e fatores protetores para o não uso;

4. houve uma pequena melhora nas questões relacionadas a preconceitos, julgamentos e posturas descomprometidas referentes ao tema; ocorrendo uma substituição, para alguns, de posturas mais abrangentes;
5. houve uma melhor compreensão sobre as diversas teorias científicas quanto à dependência de drogas (teoria genética, teoria psico – social, teoria do aprendizado social, teoria das representações sociais), nos aspectos razões do uso, alterações orgânicas, dentre outros;
6. percebeu-se também um discreto aumento nos critérios e ponderações, em atitudes, comportamentos, falas e ações principalmente no que diz respeito a cuidados no trato com objetos, equipamentos deixados a suas guardas, e outras atitudes e comportamentos relacionados ao estudo, formação profissional e relacionamentos afetivos;
7. houve uma discreta melhoria na pró –atividade em contraposição à reatividade e impulsividade;
8. houve uma melhora discreta nas competências individuais em relação à tomada de decisões e no lidar com situações difíceis e estressantes.

Comentários:

Levando –se em consideração que esses dados (2º levantamento) referem-se ao período de formação básica de combatentes (Março a Maio/2000), cujas características desse período são: intensa atividade eminentemente física; de jornada ampliada chegando muitas vezes a mais de 16 horas de atividades praticamente não interrompidas; intenso stress em função das características peculiares do treinamento físico – militar e uma tentativa muito grande de acompanhar o grupo, face o reconhecimento e a auto-afirmação de masculinidade por parte dos “recrutas”. Assim, é possível que não tenha havido uma devida atenção na aplicação do Programa de Prevenção “Projeto Esperança” principalmente no que diz respeito a horário, método pedagógico e capacitação do instrutor.

Os parâmetros, as técnicas e as atividades propostas por esse programa (Projeto esperança), foram concebidos para uma efetivação nos três primeiros meses da incorporação dos novos soldados de forma intensiva, e posteriormente, nos nove meses subseqüentes, aí já com todo o efetivo - militares já veteranos e os novatos, de forma sistemática, porém, menos intensa, algo do tipo: uma sessão de 1 hora a cada quinze

dias em cada círculo – uma sessão para oficiais, uma para subtenentes e sargentos e uma para cabos e soldados.

Estes parâmetros e os indicadores já foram apresentados no capítulo 3 de forma abreviada e, de forma mais completa nos anexos. Entretanto, é relevante considerar aqui que os propósitos do Projeto Esperança são: a valorização da vida e da saúde com ênfase no bem estar físico e mental, apresentando por conta disso, o uso/abuso/dependência ou o tráfico de drogas e tudo mais a elas associadas, como uma alternativa contrária a todo o “projeto de vida pessoal” que, precisa ser saudável nos aspectos físico, emocional, profissional, pessoal e social sendo, portanto francamente rejeitado, relações de consumo de drogas.

A respeito da aplicação do Projeto Esperança nessas circunstâncias onde foi aplicado e do jeito que foi aplicado, pode-se dizer que:

- se comparando sua aplicação em outras circunstâncias, já demonstrou ser eficiente na prevenção ao uso indevido de drogas nas diversas Unidades Militares do Exército espalhadas no Brasil;
- em contraste com resultados obtidos em outros grupos de estudos (Programas similares em outras Corporações Militares), houve um aumento significativo nos quatros itens avaliados (conhecimento / atitude / comportamento e ações efetivas antidrogas), o que sugere que esse programa deva ser revisto em termos de aplicação, carga-horária e principalmente facilitador ou instrutor.

Na tabela a seguir serão apresentados os dados relativos ao segundo levantamento de acordo com o questionário KAPB.

Tabela 8 – Dados do 2º levantamento através do questionário KAPB (Conhecimento, atitudes, comportamento e ações) realizado na 2ª semana/Junho/ 2000

Categorias	Dados	Observações
1. Conhecimento a respeito de drogas	<i>O patamar atingido foi de 19 (50,00%), relativo ao nível de informações adequadas e utilização assertiva do conhecimento visando à auto-preservação e promoção de saúde e bem – estar.</i>	<i>Houve uma troca na hierarquia das fontes de informação comparativamente ao 1 levantamento na ordem de importância respectivamente: trabalho (na Organização Militar) , amigos, escola, família, meios de comunicação, outros.</i> CONTINUA

2. Atitudes frente ao uso, abuso e dependência de drogas	A maioria dos entrevistados- 23 (60,52%)- ainda não apresentam coerência entre o nível de conhecimento e atitudes relativas à preservação da vida e da saúde.	15 entrevistados (39,47%) indicaram, através dos itens assinalados, uma atitude compatível com processos assertivos e preservacionistas em relação à saúde e ao bem estar.
3. Comportamento antecipatório frente ao uso de drogas	13 (34,21%) validaram comportamentos coerentes com estilo de vida saudável e qualidade de vida	Não ocorreu tentativa de evitar nas situações de risco ao uso de drogas e/ou à violência. Não foram usadas estratégias defensivas (evasivas) por 25 (65,78%) dos entrevistados.
4. Ações efetivas .	10 (26,31%) dos entrevistados registraram ações efetivas (revide, neutralização ou fuga)visando à preservação da vida de da saúde	Ainda não ocorreu o aprendizado de estratégias de recusa, negociação e postergação pela maioria ou seja: 27 pesquisados (71,05%).

O impacto, isto é, o que mudou do 1º levantamento realizado tão logo os novos recrutas incorporaram (2ª semana de Março), para o segundo levantamento, realizado na 2ª semana de Junho, isto é, logo após a aplicação do Projeto Esperança, podem ser observadas na tabela abaixo.

Tabela 9 – Impacto: 2º Levantamento x 1ª levantamento

Categorias	2ª Pesquisa	1ª Pesquisa
1. Conhecimento a respeito de drogas	Subiu p/ 19 (50,00%) o nº de pesquisados capazes de articular: nível de informações e preservação à vida e da saúde.	De 14 (36,84%,) passou-se para 19. Já houve uma melhora, embora não significativa . Acredita-se que a inadequação do tempo de atividade e o horário e ambientação escolhidos não foram adequados.
2. Atitudes frente ao uso, abuso e dependência de drogas	15 (39,47%)apresentaram coerência entre o nível de conhecimento e atitudes relativas à preservação da vida e da saúde.	Apesar de praticamente não se ter percebido uma melhoria palpável, mais 3 indivíduos (de 12 =31,57%) para 15 = 39,4%) passaram a ter uma coerência entre conhecimento e atitudes relativas à preservação da vida e da saúde. .
3. Comportamento antecipatório.	13 (34,21%) validaram comportamentos coerentes com estilo de vida saudável e processo antecipatório preventivo ao uso de drogas.	11= 28,94% para 13= 34,21% (exatos 2 pesquisados) melhoraram neste item comportamento. Simulações serviram para validar esses índices no início da 2ª fase e houve confirmação dos resultados.
4. Ações efetivas (fuga/evasivas)	10 (26,31%) agem efetivamente visando à preservação da vida e da saúde	1ª levantamento 9 (23,68%) capazes de agir coerentemente para preservar sua integridade.

Comentários:

Denominaremos de impacto inicial o crescimento qualitativo entre o momento de entrada (Março 2000) e o momento de término da 1ª fase do Serviço Militar Inicial (Junho/2000). Neste 1º impacto pode –se verificar a eficácia da aplicação do Projeto Esperança, sendo que para tanto, foi usada a seguinte fórmula:

Impacto 1 = 2º Levantamento (linha de chegada) – 1º Levantamento (linha de base)

As razões para esse impacto tão pequeno deve-se as seguintes situações:

1. Não ocorreu a aplicação do Projeto Esperança como havia sido planejado, ou seja, 20 h. Como já foi discutido houve uma inadequação tanto da carga – horária (de 20h para 8h), bem como na sua execução (as sessões eram realizadas depois de um dia extenuante (os soldados estavam chegando ao local das atividades muito cansados de uma jornada de trabalho de mais de 10h , cansados , estressados), `a noite (entre 21 às 22h em oito sessões), e através de palestras (não foram utilizadas dinâmicas e/ou oficinas recomendadas para este tipo de trabalho);
2. O intervalo entre os encontros não foi seqüencial e, apesar dos esforços do responsável pela aplicação do Projeto, não foi possível utilizar outros recursos se não o expositivo para um público tão numeroso (cerca de 280 soldados por sessão/contando além disso com inadequação do ambiente para esses encontros – realizados no refeitório, quente, abafado...)
3. Apesar disso, os resultados na chegada (2º levantamento) foram melhores que os resultados da saída (1º levantamento), porém aquém do que se esperava.
4. Os resultados poderiam ser bem melhores se a carga - horária fosse cumprida (20 h de atividades) integralmente; os 280 soldados fossem divididos em 7 grupos de 40 soldados/cada e cada um desses grupos pudesse ter 10 sessões de 2 h em horários preferencialmente pela manhã, com uso de técnicas e dinâmicas contempladas no Projeto Esperança e que visivelmente não foram obedecidas;
5. Esses fatores poderiam ser melhor trabalhados e o Projeto poderia ser melhor trabalhado, principalmente se houvesse uma preocupação em capacitar os facilitadores (instrutores).

O terceiro levantamento representa a verificação de como esses pesquisados voltariam para a comunidade. Veja os dados colhidos em Fev/2001.

Tabela 10: 3º levantamento através do questionário KAPB (fev/2001)

Categorias	Dados	Observações
1. Conhecimento a respeito de drogas	.29 dos pesquisados (76,31%) usavam adequadamente informações sobre drogas visando à auto- preservação e promoção de saúde e bem – estar.	Nova hierarquia nas fontes de informações: trabalho (local do trabalho) amigos, escola, família, meios de comunicação, outros.
2. Atitudes frente ao uso, abuso e dependência de drogas	.27dos pesquisados (71,05%) indicavam coerência entre o nível de conhecimento e atitudes relativas à preservação da vida e da saúde.	11 entrevistados (28,94%) ainda não conseguem apresentar atitudes compatíveis com o conhecimento que possuem acerca de drogas.
3. Comportamento antecipatório (frente a situações de risco iminente ao uso)	. 30 - dos pesquisados o que corresponde (78,94%) comportaram – se de maneira coerente com estilos de vida saudável, assertividade e qualidade de vida	8 (21,05%) dos entrevistados, diante de situações de risco ao uso de drogas ou violência, não conseguem usar estratégias evasivas, defensivas no sentido da auto-preservação
4. Ações efetivas (comportamentos de fuga)	Desses 28 dos pesquisados (73,68%) demonstraram nas Oficinas, coerência entre conhecimento, comportamentos atitudes, e ações efetivas visando à preservação da vida e da saúde.	Junto a esses 28 esquisados, predominam várias estratégias: de recusa amigável;de recusa incisiva;de franca negociação; de postergação; e ações contundentes.

A partir desses dados foi possível avaliar a eficiência do Programa de Educação Preventiva desenvolvido entre os meses de a junho/2000 à Janeiro/2001. Veja a tabela11.

Tabela 11 – Segundo Impacto (3ª levantamento – 2ª levantamento)

Categorias	3ª Pesquisa	2ª Pesquisa
1. Conhecimento a respeito de drogas	29 (76,31%) é o número de indivíduos capazes de utilizarem -se do conhecimento para sua auto-preservação e promoção de saúde e bem – estar.	Atingiu-se 19 (50,00%) dos sujeitos da pesquisa.Dada as dificuldades na aplicação do Projeto Esperança, já é um bom índice.
2. Atitudes frente ao uso, abuso e dependência de drogas	Dos entrevistados 27 (71,05%) indicavam coerência entre o nível de conhecimento e atitudes relativas à preservação da vida e da saúde.	Na 2ª pesquisa, 15 (39,47%) já possuíam comportamentos compatíveis com preservação de vida e saúde.

3. <i>Comportamento antecipatório (frente a situações de risco iminente ao uso)</i>	30 dos entrevistados (78,94%) comportaram -se de maneira coerente com estilos de vida saudável e assertividade.	13 (34,21%) validaram comportamentos coerentes com estilo de vida saudável.
4. <i>Ações efetivas (comportamentos de fuga)</i>	28 (73,68%) dos entrevistados registraram as opções e demonstraram nas Oficinas uma coerência entre conhecimento, atitudes, comportamentos e ações efetivas visando à preservação da vida e da saúde	10 (26,31%) dos entrevistados registraram ações efetivas visando à preservação da vida e da saúde

A partir do 3º levantamento foi possível verificar o 2º impacto, isto é, dados deste 3º levantamento em contraposição ao 2º. Para isso usou-se a seguinte fórmula:

$$\text{Impacto 2} = 3^\circ \text{ Levantamento (Fev/2001)} - 2^\circ \text{ Levantamento (Jun/2000)}$$

Neste segundo impacto, verificou-se um aumento significativo em todos os itens pesquisados: conhecimento, atitudes, comportamento e ações efetivas. Como os participantes nesta segunda fase (Junho/2000 a Fevereiro/2001) eram também co – autores do programa, e por terem construído juntos através do aprendizado coletivo e social, e isso significa co-participação, cooperação, co-construção, mediação constante e intensa troca de informações, percebeu-se um resultado muito positivo, inclusive muito além do esperado.

Os participantes do Programa, por aprenderem coletivamente a resolver problemas, negociar, compor, priorizar, estabelecer níveis de maior assertividade, usarem a criatividade para se expressar e formas mais lúdicas para controlar suas ansiedades, puderam:

- organizar melhor seus espaços;
- administrar melhor seu tempo;
- buscar formas criativas para resolver problemas;
- mediar melhor a partir de uma relação mais assertiva;
- canalizar energias para o estudo e o desenvolvimento profissional e pessoal;
- aprender formas equilibradas de enfrentar situações difíceis;
- exercitar a auto-regulação;

- exercitar a mediação e a busca de formas alternativas para resolução de problemas onde a violência e a truculência sejam substituídas por um equilíbrio e uma atitude pró-ativa e assertiva.

Finalmente, apresentamos a tabela 12 que, no nosso entender, elucida o impacto total dos programas, isto é, comparando-se os dados do 1º com o 3º levantamento (1º ao último dia de trabalho).

Tabela12 – Impacto Total (3ª levantamento - 1º levantamento)

Categorias	3ª Pesquisa	1ª Pesquisa
1. <i>Conhecimento a respeito de drogas: De 14 indivíduos, bem informados e capazes de aprenderem a usar conhecimentos como ferramenta de auto-preservação e promoção à vida, fomos a 19 e chegamos a 29.</i>	O patamar atingido foi de 29 (76,31%), relativo ao nível de informações adequadas e utilização assertiva do conhecimento visando à auto-preservação e promoção de saúde e bem – estar.	14 (36,84%) dos entrevistados no 1ª levantamento assinalaram respostas indicativas de um elevado nível de informações acerca de drogas e utilizavam essas informações para à auto – preservação física, mental e emocional, próprio de qualidade de vida
2. <i>Atitudes frente ao uso, abuso e dependência de drogas. .De 12, passamos para 15 e, depois, para 27. Foi um grande salto.</i>	A maioria dos entrevistados - 27 (71,05%) - indicaram coerência entre o nível de conhecimento e atitudes relativas à preservação da vida e da saúde.	Apenas 12 (31,57%) dos entrevistados no 1º levantamento indicaram, através de suas respostas, uma coerência entre o nível de conhecimento e atitudes relativas à preservação da vida e da saúde.
3. <i>Comportamento antecipatório (frente a situações de risco eminente ao uso) 1ª pesquisa 11, 2ª pesquisa 13 e na 3ª 30 indivíduos com um aumento fantástico em comportamento.</i>	30 dos entrevistados (78,94%) comportaram – se de maneira coerente com estilos de vida saudável e assertividade.	11 (28,94%) promoveram registros positivos em simulações sobre situações do uso eminente de drogas e/ou de comportamentos anti- sociais utilizando os seguintes recursos: reparação mental e física , argumentação e dissimulações.
<i>Ações efetivas, fuga, evasão, desvio, contenção. Dos 9, chegou-se a 10 e finalmente, para os 28.</i>	28 (73,68%) com ações efetivas visando à preservação da vida e da saúde .	9 (23,68%) usam a recusa amigável e a negociação enfaticamente. Trabalhou-se aqui também o direito à escolha e tomada de decisão.

Nesse sentido, pode-se dizer que houve uma melhoria do 2º levantamento para o 3º levantamento, pois, de maneira visível, os números apontam uma relação melhor para comportamentos e ações efetivas do que para conhecimento e atitudes.

O impacto foi bastante favorável e, em certos aspectos, além do que se esperava. Dessa forma, fica a validação de que os trabalhos de educação preventiva são

capazes não só de minimizar os problemas relacionados ao uso/abuso, consumo e tráfico de drogas, principalmente nos ambientes de trabalho, bem como, por gravitação, conseguem atrair pessoas que já tiveram experiências com drogas ou que sejam usuárias, na busca de formas de tratamento.

5.3. COMENTÁRIO SOBRE AS OFICINAS.

5.3.1. Nas oficinas de sensibilização (3ª e 4ª semana de abril/2000):

Nestas oficinas (foram dois encontros - oficinas), os objetivos eram sensibilizar os participantes do grupo no sentido de que, ao mesmo tempo em que se adaptavam às novas atividades e ao novo ambiente organizacional, poderiam estar contribuindo com a Organização participando de uma série de levantamentos que passavam desde os interesses pessoais em alguns temas para discussão até sobre uso de drogas.

Foram estimulados a falarem de suas expectativas a curto prazo (para os próximos nove meses, onde permaneceriam trabalhando na Organização), à médio prazo (tão logo saíssem da Organização) e à longo prazo (dez, vinte, trinta... anos a frente). Também foram apresentadas as expectativas dos outros trabalhadores e da própria Organização sobre eles tanto enquanto ligados à Organização (nos próximos nove meses), e nos períodos posteriores.

Foram convidados para participarem de um programa de Educação Preventiva com fins à promoção de Qualidade de Vida (entendida aqui como a aquisição de habilitações e competências individuais na busca de sua felicidade, realização pessoal e profissional, preservação da saúde e do bem-estar física, mental e social), a de maior autonomia.

Nestes encontros foi apresentado o *Programa Sistematizado de Educação Preventiva* e após uma rodada de opiniões e sugestões, tanto dos sujeitos – participantes quanto da equipe de facilitadores, foram estabelecidos as bases dos encontros que estruturariam o Programa propriamente dito. Por decisão da equipe de facilitadores, filmes em vídeo foram utilizados. Exibiu-se algumas cenas dos filmes: “*Patch Adams, o Amor é contagioso*” no 1º encontro e “*O desafio do nosso tempo*” no 2º encontro. Provocados no sentido de exprimirem os sentimentos que tinham ao ver e interpretar aquelas cenas dos filmes. Todos os sentimentos foram registrados em um papelógrafo e serviu de motivo para trabalhar algumas categorias importantes para o programa. Fichas de observações dos facilitadores também foram preenchidas, foi-se anotando nas fichas

de observação os sentimentos que aquelas cenas, os trechos através de palavra, desenho ou reflexões as bases dos filmes, colocações e sessão de conversa onde apontavam e refletiam essas cenas (a íntegra do filme foi trabalhado nos encontros de vídeo). O filme na íntegra, para registro daquilo que emergia nos encontros, o uso dos cadernos de campo de observadores e facilitadores, as fotografias e as gravações foram permitindo uma releitura dos trabalhos executados.

Percebeu-se a possibilidade de identificar expectativas comuns no grupo e a possibilidade de planejamento cooperativo, tanto dos temas quanto dos filmes que sustentariam os debates subseqüentes.

Os encontros se caracterizaram por atitudes de aproximação com todos os participantes do grupo. Foram registrados sentimentos em relação às perspectivas do trabalho. Emergiram inúmeros sentimentos:

- Solidariedade;
- Companheirismo;
- Amizade;
- Empenho;
- Dedicção;
- Realização pessoal e profissional;
- Vontade de Vencer;
- Felicidade e Prazer, dentre outros.

Estes sentimentos foram trabalhados através da dramatização em situações cotidianas e o grupo pôde refletir sobre como estavam se sentido em relação a essas atividades. Houve um grande avanço no entendimento pessoal e uma franca melhoria nas relações e na integração do grupo.

Os resultados práticos dos dois encontros da Oficina de Sensibilização foram:

1. planejamento participativo dos envolvidos com o trabalho preventivo;
2. estabelecimento de objetivos e metas em comum;
3. estabelecimento de uma norma vigente entre os participantes do trabalho.

5.3.2. Nas Oficinas de Saúde:

Inúmeros elementos foram sendo coletados nas *Oficinas de Saúde*. Com relação aos que tratavam dos aspectos de **valorização da vida, obtenção e conservação da Saúde e do Bem – Estar e também as relacionadas ao Uso de Drogas** percebeu-se uma intensa participação quer na verbalização participativa, quer na construção de conceitos, quer na participação nas dinâmicas quer em outras formas de participação.

Alguns conceitos construídos coletivamente durante as Oficinas de Saúde:

- saúde;
- de bem-estar;
- de qualidade de vida;
- de cuidados e auto-cuidados, preservação de saúde física, mental e social;
- de métodos preventivos;
- de conservação da saúde, entre outros.

Os participantes perceberam que os conceitos teóricos e apresentados por autores renomados e tidos como referências estavam muito próximos dos conceitos empregados e entendidos por eles no cotidiano de suas vidas. Isso os encorajou a participarem mais e mais. Pode-se constatar uma discricção a partir de suas vidas do que faziam para conservar a saúde e evitar doenças, e como alguns fatores conduziam a doenças de todas as ordens (as físicas, as mentais e as espirituais).

Provocou-se ampliação desses conceitos através de desafios:

afinal, o que é ter saúde?

- como podemos dizer que uma pessoa é saudável?
- o que é ter qualidade de vida ?
- o que é ser feliz?
- o que as pessoas podem fazer para realizar-se completamente?
- o que você pode fazer para se aproximar mais desse patamar de felicidade?
- o que tornaria as pessoas melhor resolvidas na vida?
- o que é ter caráter ?
- o que é ser assertivo ? Equilibrado?

Em relação à ação das drogas no organismo, um grupo se ofereceu para dramatizar vários aspectos da dependência química e as diversas teorias sobre dependência puderam ser trabalhadas a partir das falas, das crenças e da emissão de valores que acolhidos pelo grupo.

Foi possível trabalhar no grupo a interação entre todos os participantes e formas de cooperação na busca de soluções.

Nesta oficina, o ser humano foi apresentado com ser cultural, social e também espiritual. Esse ser humano construído com o grupo

** é também um ser de consciência de ética nos aspectos singular (do próprio ser humano) e plural (dele em relação aos outros homens, à coletividade , à comunidade e à natureza)" (Visca, 1996, p.34)*

Ficou entendido que estar na vida é estar para aprender.

"Através do aprendizado formal ou não é um aprendente da vida. No seu processo de evolução – transformação que se dá de acordo com inúmeros fatores (cultura, sexo, classe social, características biológicas, características emocionais e tantas outras), esse ser humano executa cuidados de saúde, individuais e grupais, durante todo o processo de viver, compreendidos dentro de crenças, valores e práticas originadas em seu ambiente através de sua história de vida " (Visca, 1995, p.25).

Executar cuidados de saúde (individual e coletivo).

Aprender a viver num processo de ser saudável.

Valorizar sua história.

Essas foram algumas reflexões importantes no aprendizado do cuidado com a saúde que vieram dos próprios sujeitos - participantes . Enquanto se construíam conceitos e práticas, avançava-se nos objetivos do próprio programa, que era transformar aquele espaço em espaço de aprendizado coletivo, onde cada um dos participantes fosse capaz de desenvolver suas potencialidades e, ao criar, buscar, ampliar e manter componentes dessas relações homem- sociedade – natureza, pudesse

"Utilizar-se de tecnologias, de processos formais e informais de educação, enfim, utilizar todo seu potencial para promover os condicionantes essenciais para *uma melhor qualidade de vida e, por isso, para viver mais saudável.* (Haviasas, 1999, p.67)

Resgataram-se e valorizaram-se os conceitos de cultura que, segundo Patrício:

"Se a cultura é um processo permanente de auto – reordenação, serve de orientação e significação às ações humanas, trazendo características de intensa dinamicidade e reorganização, as representações sociais, as crenças, os valores, as normas e as práticas de vida também o são, o que consolida padrões e características dominantes em um indivíduo ou em um grupo social (Patrício, 1995, p. 69)."

Nesse sentido, foi extremamente positivo e rico o entendimento de auto-cuidado, auto –preservação: com a alimentação, com os aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Os sujeitos – participantes adquiriram nas oficinas, uma melhor visão sobre eles próprios, uma valorização pessoal nos aspectos de sentimentos, conhecimentos e possibilidades (auto-conhecimento), uma noção mais clara de auto- cuidado, auto-estima e auto-crítica.

Trabalharam-se conceitos de assertividade, feiicidade, prazer de viver, qualidade de vida, autonomia, solidariedade, cidadania, possibilidades do ser humano, criatividade, valor e ética, respeito e moral, desenvolvimento, cultura, ecologia e preservação ambiental, enfim, uma série de elementos que emergiram visando a um olhar mais otimista neles próprios e em seus futuros.

Ficou claro, nas discussões e nas reflexões estabelecidas que todas as coisas estão interligadas e que

“não há uma descontinuidade entre o social e o humano e suas raízes biológicas. O fenômeno do conhecer é um todo integrado, e todos os seus aspectos estão fundamentados sobre a mesma base” (Maturana e Varela ;1987/1995 p.69)

Foram sendo trazidos para discussão os vários elementos (categorias) que sustentam os conceitos de qualidade de vida; a importância do trabalho, a formação profissional e a educação continuada, a importância do lazer e da cultura, a importância de uma mobilização social por uma “cultura de preservação ambiental, pela não violência, pela paz e pela solidariedade” como formas de superação dos grandes desafios da nossa sociedade do conhecimento.

5.3.3 .Categorias especiais ali apresentadas

- Cooperação como caminho da solidariedade;
- Compreensão para a cooperação;
- Ética como valor do fazer;
- Evoluir como forma de existir;
- Crer, confiar, como formas de relacionar-se;
- Justiça social como forma de desenvolvimento e progresso pessoal e coletivo;
- Saberes: saber conhecer, saber fazer, saber conviver, saber ser.

5.3.4. Advindos das Histórias de Vida:

Em vários exercícios de avaliação da história de vida de cada um dos sujeitos – participantes, emergiram muitas categorias , muitas delas anteposições e ambigüidades porém, todas as categorias foram amplamente trabalhadas no grupo através de reflexões, desenhos, pinturas, dramatizações e discussões. As principais categorias foram:

- alegrias e tristezas;
- prazer e desprazer;
- possibilidades e realizações;
- feliz e infeliz;
- valor e desvalor;
- justiça e injustiças;
- ser e parecer;
- desejar e realizar, dentre outras.

Assim, aprendia-se a lidar com situações ambíguas e contidas de sentimentos e emoções.

"A cada novo passo na resolução de problemas às vezes "seculares"
, novos e terríveis desafios põem em xeque tudo aquilo que foi conquistado" (Morin,
1999, p.56).

E nesse sentido, cada um e todos iam aprendendo coletivamente, entendendo que o ser humano é um todo: é profissional, é pessoal, é trabalhador, é filho, é pai, é funcionário, é dono, é vizinho..., todos desempenham muitos papéis, que são indissolúveis e fazem parte do mesmo ser humano. Aprenderam de modo entender que:

"o conhecimento é passível de ser aprendido de múltiplas formas e de maneira contextualizada, pois, está altamente circunscrito pela cultura a história e o contexto social, sendo que as formas como são descritos os fenômenos sociais são em si mesmas formas de ação social e de intenso aprendizado". (Gergen, 1995, p.32)*;

Quer nas Oficinas, quer no contato diário uns com os outros nas situações do cotidiano, aprendiam a construir uma consciência ampliada do seu próprio Eu, de sua importância para si próprio e para os que conviviam consigo e para a comunidade, aprendiam a melhor cuidar do seu Corpo, não só no sentido de auto-preservação ou da interidade física, mas no olhar de bem estar, no olhar estético, no olhar ecológico. Valorizar a Vida, a sua própria e as dos outros, aprender a cuidar dos diversos aspectos da sua própria Saúde, saúde física, mental, espiritual, social... Então assim

"passa a refletir que tudo que faz com o corpo, a partir de suas necessidades, desejos, metas, angústias ou prazeres, está, na verdade, fazendo de si próprio, tudo que faz com o corpo e a mente reflete em seu viver. E mais, passa a ter consciência que o corpo e a mente, mostram todos os sinais e que refletem todo o seu estilo de viver, de mais dor e sofrimento ou de mais prazer e felicidade – o corpo fala (Patrício, 1991, 1995, p. 18-22),.."

5.3.5 Nas Oficinas de Cidadania:

Oficinas de Cidadania eram encontros- oficinas, onde através de uma série de técnicas previamente apresentadas, exemplificadas e ensaiadas como: técnicas de simulação, técnicas de dramatização, de apresentação de seminário, de jogral, paródia de músicas, uso de massa de modelagem ou da confecção de desenhos e de caricaturas, os sujeitos – participantes aplicavam os conceitos construídos nas Oficinas de Saúde relacionando-se direitos e deveres, justiça social e de como poderiam estar participando na construção de suas próprias histórias. Era objetivo desses encontros que ao mesmo tempo de estivessem aplicando conceitos, pudessem estar se revendo como sujeitos.

As técnicas mais usadas foram *simulação de casos ou situações*. Nelas, procurava-se reproduzir o mais próximo possível, as situações cotidianas vivenciadas pelos próprios sujeitos - participantes e/ou de situações relatadas por eles, nas quais o uso de drogas e/ou situações conflitantes e de difícil tomada de decisão eram os temas comuns.

Trabalhou-se nessas Oficinas a aplicação em situações simuladas de conceitos construídos nas Oficinas de Saúde . Aplicação dos conceitos dava-se através de simulações de casos onde:

1. ocorria a existência de situações conflitantes;
2. as questões relacionadas a dinheiro fácil advindos do tráfico de drogas com visíveis níveis de corrupção;
3. a tomada de decisão implicaria aspectos éticos e morais;
4. a pressão de grupos e/ou do dinheiro era muito apelativa;
5. questões de ordem sexual estavam presentes;
6. questões de direitos e deveres, questões de preconceitos, exclusão- inclusão, Movimento sem Terra, cidadania e educação, mercado de trabalho, globalização, dentre outros, eram trabalhadas sob forma de dramatizações.

Enfim, o objetivo básico das Oficinas de Cidadania era a aplicação do conhecimento adquirido nas Oficinas de Saúde na vida cotidiana de cada um dos participantes.

5.3.6. Algumas observações:

Dois soldados que usavam maconha antes da incorporação (usavam desde 16 anos e só interromperam quando do ingresso na Organização Militar), voltaram a fazer uso

esporádico (1 baseado por semana) em fins de outubro. Tudo leva a crer que a partir da aplicação do Programa de Prevenção, não fizeram mais uso (quer no trabalho ou onde anteriormente usavam). O fato é que em nov/2000, procuraram ajuda. Foram trabalhados pelo psiquiatra em sessões individuais e freqüentaram algumas reuniões do Grupo PHOENIX, um dos grupos de Grupo de ajuda mútua, extremamente oxigenado que muito pode colaborar para uma abstinência desejada. As informações que temos indicam que ambos estão muito bem e não voltaram a usar desde início de dez/2000.

Dados importantes:

O que foi trabalhado com os participantes dos grupos e que pode contribuir verdadeiramente para a ampliação da visão que tinham a respeito de dependência de drogas foi:

1. trabalhar as diversas facetas da droga: faceta histórica – social –cultural faceta política, faceta econômica enfim desmistificar o uso de drogas, tira-la da condição de “falta de vontade” ou “falta de personalidade ou caráter” e conduzi-la a uma condição de doença.
2. uma visão mais crítica sobre o contexto social nos aspectos: distribuição de renda no país, mercado de trabalho, educação no Brasil e em Santa Catarina, crises econômicas e reflexos no Brasil, as crises internas no Brasil, saúde, segurança pública, escalada da violência e o tráfico e o consumo de drogas no contexto brasileiro;
3. trabalhar os conceitos técnicos aplicados à dependência de drogas com base no conhecimento prévio de cada pesquisado somados ao conhecimento metodológico dito conhecimento científico;
4. trabalhar as múltiplas e complexas razões para o uso e para o não uso de drogas; isto é, trabalhar as várias teorias: Genética, Neurológica e Aprendizado Social; e a partir desse entendimento, ampliar discussões nesse sentido;
5. refletir com o grupo a faceta econômica da droga ao longo da história e trazer para os dias atuais suas tremendas implicativas;
6. refletir com o grupo a faceta social da droga e buscar juntos construir uma visão crítica sobre a mesma;
7. refletir a dependência de drogas como uma condição que dificulta a plena realização pessoal e/ou que interfere no comportamento e no estado de consciência;

8. refletir com o grupo a complexidade do ser humano quanto um ser histórico – social e portanto, impar e insubstituível.

O gráfico a seguir mostra a evolução de aspectos absolutamente qualitativos (conhecimento, atitudes, comportamentos e ações efetivas) mensurados de forma quantitativa em função tanto de respostas de questionário - aplicado em três momentos bem definidos, abordando os itens KAPB o que seria um componente de avaliação linear.

Através de inúmeras outras formas de avaliação como: ficha de observação, caixa de sugestão, bate papo informal, ficha de avaliação de monitores, observadores e facilitadores e fichas de avaliação dos próprios sujeitos participantes, pode-se fazer ao longo de todo o processo uma outra modalidade de avaliação (avaliação circular).

Levando em consideração os dados obtidos nos levantamentos, temos taxas positivas nos três intervalos, sendo que:

- a taxa nos 4 itens (KABP) é positiva nos três levantamentos;
- a taxa de melhoria no 2º levantamento foi menor que no 3º levantamento.

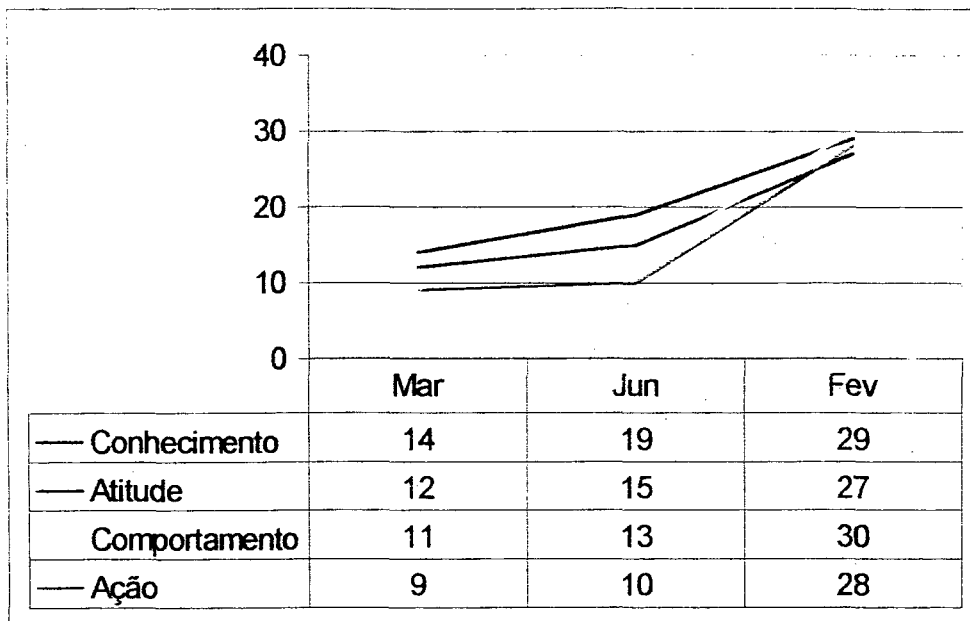
Dessa forma, em relação à respostas positivas :

1. O crescimento do 1º levantamento para o 2º é de 7,5 %;
2. O crescimento do 2º levantamento para o 3º é de 37, 45%;
3. O crescimento entre os 1º e o 3º levantamentos é de 44,70%.

É um crescimento superior à média para trabalhos de prevenção a curto prazo, ou seja, inferior a cinco anos de aplicação. Cerca de 25 a 30% para o conjunto: conhecimento, atitudes, comportamentos e ações efetivas no sentido de não usar drogas, mas também numa inequívoca adesão de estívolos de vida saudáveis com ênfase na pró- atividade, assertividade e de uma melhoria significativa na qualidade de vida, expressa por ampliação da autonomia e do aumento da competência na resolução de problemas e conflitos e na resistência à pressões de pessoas e/ou grupos.

Figura 24 – Avaliação do Programa de Prevenção

Atitude	Comportar	Ação	Meses
12	11		9 Mar
15	13		10 Jun
27	30		28 Fev



n= 38 indivíduos

Os dados apontam para as seguintes conclusões acerca do Programa:

1. O Programa é eficaz na redução de novos casos de uso de drogas. Sabe-se que em anos anteriores, quando apenas 8 a 10 horas de Programa Preventivo eram desenvolvidos, o número de ocorrência de novos casos de usuários de drogas no Hospital de Guarnição era de 12 casos de uso de drogas (descobertos e/ou auto-declarados) para cada grupo de 38 soldados. Além disso o número de problemas como: chegar atrasado sistematicamente ao trabalho, não possuir todos os itens ou peças do uniforme, faltar as atividades previstas no calendário de atividades semanais, negligenciar com tarefas de sua responsabilidade, pequenos roubos em armários, roubo de dinheiro, venda e revenda de objetos de procedência duvidosa, comportamentos auto-destrutivos ou tempestivos como brigas, bate-bocas, destruição de mobília ou o não cuidado com uniformes, equipamentos e ferramentas eram muito comuns. Registrava-se uma a duas ocorrências destas por semana.
2. A frequência de punições eram na ordem de 2 a 3 por semana. Com a aplicação do Programa em 1998, sua ampliação em 1999 e, com sua sistematização a partir de 2000, os resultados são significativamente melhores em todos os itens

acima listados, chegando agora em 2000 com um total de 14 punições/ano contra 85 em 1998 e 44 em 1999.

Ano	Número de casos de uso de drogas no H GuFI	Observações:
1996	14 casos entre os 38 incorporados (36,84%)	A aplicação do Projeto Esperança ocorreu somente na 1ª Fase do Serviço Militar Inicial
1997	16 casos entre os 38 incorporados (42,10%)	A média de tempo de aplicação do Projeto Esperança é de aproximadamente 10hs
1998	7 casos entre os 38 incorporados (18,42%)	A partir de Abril de 1998 foram adicionados mais 50hs de Educação Preventiva
1999	4 casos entre os 38 incorporados (110,52%)	O Programa de Ed Preventiva passou para 100hs e as técnicas passaram a ser interativas: sócio – interacionismo
2000	2 casos entre os 38 incorporados (5,26%)	O número de casos preditivos para essa faixa da população é de 19,35%(CAMPANA,2000)

3. Para cada grupo de 38 soldados incorporados nas Unidades Militares do Exército em Florianópolis o número de usuários de drogas passou de 3 em 1996, 4 em 1997, 6 em 1998, 7 em 1999 chegando a 9 casos de uso de drogas o que representa um total de 23,7% de todos os soldados. As quatro Unidades do Exército em Florianópolis (Comando da 14ª Brigada de Infantaria Motorizada, 63º Batalhão de Infantaria, Hospital de Guarnição de Florianópolis e a 16ª Circunscrição do Serviço Militar), incorporam juntas cerca de 530 homens isto significou que perto de 120 soldados usaram drogas.

Efetivo Total nas 4 Unidades do Exército em Florianópolis

Ano	Efetivo total	Incorporados Total	Usuários de drogas		% de usuários drogas	
			Incorporados	Efetivo	Incorporados	Efetivo
1996	2200	780	62	12	7,89%	0,84%
1997	2050	650	68	19	10,52%	1,36%
1998	1650	600	95	35	15,78%	3,33%
1999	1315	550	101	42	18,42%	5,49%
2000	1278	530	126	54	23,68%	7,05%

Número de soldados incorporados em 2000

Unidades Militares	Efetivo	Incorporados	Total de militares
Comando da 14ª Brigada de Infantaria Motorizada	380 militares	120 militares	500 militares
3º batalhão de Infantaria Motorizada	670 militares	350 militares	1020 militares
Hospital de Guarnição de	210 militares	38 militares	248 militares

Florianópolis			
16ª Circunscrição do Serviço Militar	18 militares	22 militares	40 militares
Total Geral	1278 militares	530 militares	1808 militares

Comparativamente no Hospital de Guarnição, em função da aplicação do Programa de Prevenção os números passaram a diminuir cada vez. Entre trabalhadores recrutados (Serviço Militar Constitucional) a queda foi de 14 casos em 1996 para 2 casos em 2000. Também entre os profissionais (entende-se aqui todos os militares com mais de um ano de serviço militar, independente do nível hierárquico e todos os trabalhadores civis) os números despencaram de 16 casos em 1996 para apenas 1 caso em 2000.

3. Analisando o gráfico 4, pode-se perceber que não houve aumentos significativos nos itens analisados no primeiro trimestre. As razões para tal vão desde a inadequação de carga-horária até as técnicas utilizadas. Como os aplicadores do Projeto Esperança concentraram –no em 4 sessões de 2hs/cada e em dias, e desenvolveram essas sessões em horários e com metodologias diferentes daquelas previstas no próprio Projeto. Os resultados não foram animadores.

4. Os recursos utilizados para a aplicação do Programa de Prevenção - e aqui foram contabilizados todos os gastos desde os mais simples como o papelógrafo até a montagem de transparências ou o aluguel de fitas de vídeo não passa de R\$ 2,70 para cada soldado.
5. O tempo dedicado de cada dos seis facilitadores para o acompanhamento das atividades – incluindo reuniões de preparação, reuniões de avaliação, montagem e participação das Oficinas não passou de 5 horas por semana. O que permitiu que todos os profissionais pudessem estar desenvolvendo suas atividades sem grandes prejuízos no atendimento de seus compromissos. A carga horária média de cada um dos profissionais facilitadores no Hospital é de 30horas semanais (2ª à 6ª feira de 07 às 13hs ou de 13 às 19hs)
6. Os objetivos iniciais foram plenamente atendidos na execução da pesquisa.

Olhando cuidadosamente o gráfico abaixo, e processando uma análise de dados percentuais, somos levados a seguinte interpretação:

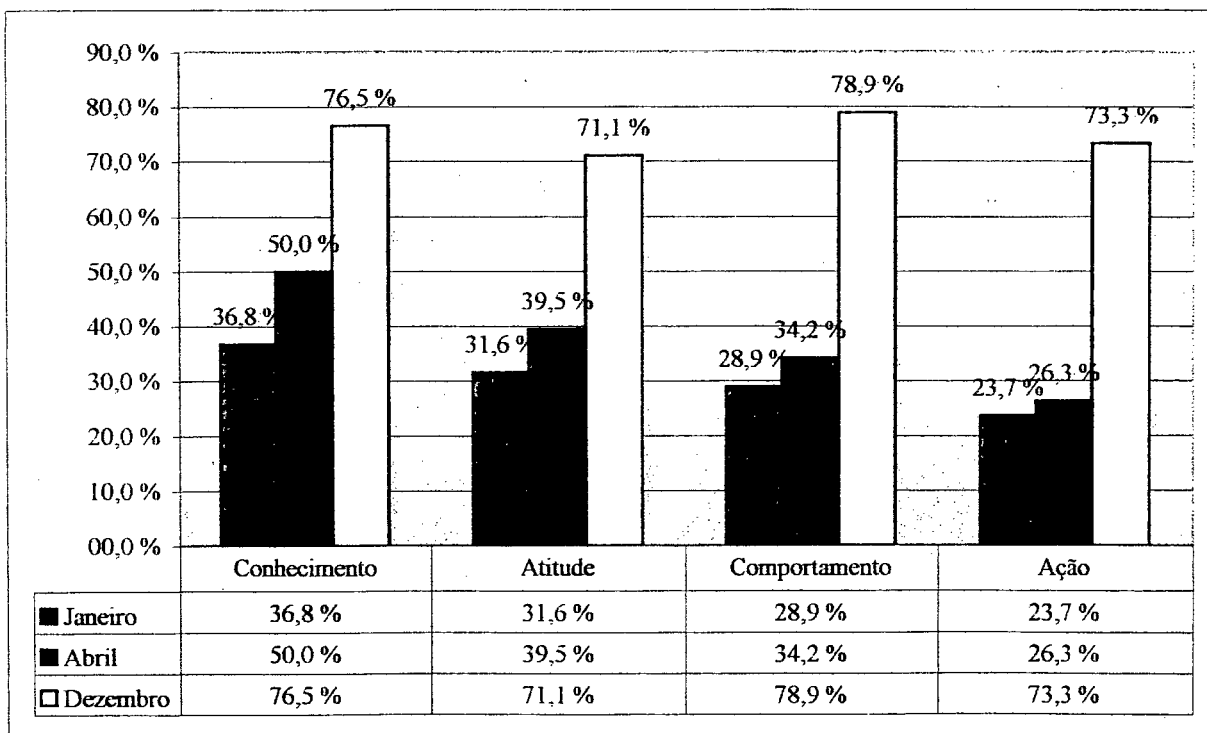
- Os níveis preditivos de 25% em média (itens KAPB e avaliações circulares) foram de muito superados, chegando a uma taxa de 44,75%.
- O item ações efetivas, que a incorporação de todos os outros itens checados nos questionários e a síntese dos objetivos do Programa, chegaram de 73,3% isto é passou de 9 sujeitos no início do programa para 28 indivíduos.

O ideal é que se tenham programas de educação preventiva com:

1. Trabalhos sistemáticos pelo menos 1h/semana
2. Programa que esteja amplamente apoiado em investimento na qualidade de vida dos trabalhadores
3. Programas que sejam construídos para todos os que vão posteriormente tomar parte dele (todos os funcionários devem ter a oportunidade de colaborar com críticas e sugestões)
4. Programa que seja amplamente difundido para que todos os trabalhadores em todos os níveis possam participar
5. Um acompanhamento do programa e suas avaliações sejam circulares, isto é, que possa estar sendo constantemente avaliado.

Figura 25 – Avaliação total do programa.

N= 38 sujeitos



A figura 29 apresenta valores que confirmam que no primeiro trimestre não houve uma mudança significativa de atitude em relação ao uso de drogas; porém, no final de 4º trimestre (fev/2001) os valores globais para os 4 itens KAPB, isto é, a média de categorias sobre conhecimento, atitudes, comportamentos e ações efetivas (valores estes qualitativos) tiveram uma superação dos valores preditivos iniciais de 25% , chegando a 44,50%. Para Programas preventivos de curta duração como este (1ano), os valores médios oscilam entre 25 à 30%. Ter como média global dos 4 itens KAPB 74,95%, significa que houve um crescimento muito grande como valor redutor de demanda. Resultados médios em Dez/2000, foi de 74,95% quer dizer que, 29 desses sujeitos foram capazes de aprender a resistir às pressões para o uso de drogas, melhoraram sua capacidade crítica sobre eles mesmos e sobre os outros, tornaram-se mais competentes para solucionar situações conflitantes e portanto aprenderam a ser mais assertivos, mais equilibrados e a agirem de maneira pró-ativa.

Em contraposição aos dados iniciais de 30,25% (dados médios para os 4 itens KAPB em mar /2000), houve um verdadeiro aprendizado.

A partir dos dados obtidos é importante que ao aplicar este programa de educação preventiva, ele possa ter as seguintes características:

Atividades sistemáticas pelo menos 2h/semana;

Que seja apoiado em Programas de Investimento na Qualidade de Vida dos Trabalhadores. Um Programa de Prevenção deve ser um componente da Política Global da Organização.;

Que seja construído a partir de um diagnóstico sobre a Organização em relação ao uso de drogas e assim, constitua-se um Comitê Organizador que estimule a todos para uma ativa participação desde funcionários e empregadores. Também é importante que o Programa seja amplamente difundido para que todos os trabalhadores em todos os níveis possam participar e seja avaliado circularmente.

6. CONCLUSÕES

6.1. SOBRE O TRABALHO EM SI:

Foram treze encontros de Oficinas nos quais temas ligados à saúde e ao desenvolvimento social e pessoal serviram de crescimento coletivo. Utilizaram-se 13 filmes em que os conteúdos fossem resgatados pelas mensagens que o grupo e cada em si, pudessem apreender.

Os participantes desta pesquisa (construção de Programa de Educação Preventiva ao uso Indevido de Drogas no Trabalho), puderam aproveitar bastante as técnicas desenvolvidas na execução do programa, como estratégias para superação de barreiras na comunicação intra e interpessoal, aumento de confiança, melhoria na auto-estima e melhoria na tomada de decisões.

Simulações para resolver problemas significavam desenvolver a criatividade e melhorar as relações (internas e externas) para a auto-regulação espontânea.

Tivemos a oportunidade de perceber a tremenda influência do programa na vida pessoal dos participantes. Pode-se verificar, através de uma série de dados como: ingresso em cursos de suplência, ingresso em cursos de formação profissional, retomada e continuidade de estudo, preparação para o mercado de trabalho e mudanças de comportamento na resolução de problemas como fatores muito positivos do programa.

Percebeu-se uma maior autonomia nas decisões, um maior equilíbrio nos relacionamentos e uma maior maturidade entre os sujeitos participantes.

No que diz respeito aos objetivos gerais, que eram os de promover amplo levantamento de dados a partir da realidade dos participantes da pesquisa de tal modo que esses dados pudessem estar contribuindo para uma melhor compreensão sobre o fenômeno do uso e abuso de drogas nas Organizações, podemos dizer que:

1. os dados colhidos nos encontros eram trabalhados à luz dos referenciais da complexidade e contrastados com os dados obtidos dos Centros de Pesquisa em álcool e outras drogas (NIDA, CEBRID, ABEAD, FGV) e que contribuíram enormemente para a ampliação do entendimento dos participantes sobre o fenômeno da dependência do uso de drogas, na vida e no trabalho;

2. os conceitos técnicos foram apoiados no DSM IV (Dicionário de Sistematização de Doenças por Especialidade Médica – Revisado IV Capítulo relacionado à Psiquiatria) e no Código Internacional de Doenças (CID 10) ;

2. Pesquisas referentes à maconha e álcool tiveram suporte nos trabalhos científicos publicados no periódico *Addiction*, das publicações do National Institute Drugs Abuse dos Estados Unidos da América do Norte e do NIDA Canadense.
3. O estudo das teorias sobre uso de drogas foi pesquisado em autores renomados como Griffith Edwards, Malcom Lader, Joyce H Lowinson, Pedro Ruiz, Robert B Millman, John G Langroad, J Kalina, dentre outros.
4. Durante a aplicação de Programas de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas no Trabalho (PEPUIDT), houve de fato uma procura na “busca individual de maior autonomia e competência, quer no trabalho, quer na família, quer na sociedade, visando à realização pessoal e profissional e a uma melhor qualidade de vida”.
5. A partir da identificação da realidade, das crenças e de valores, estes jovens trabalhadores militares (recrutas), designados para o HGuFI, puderam primeiro se apropriar do saber construído por muitas mãos e, com isso, começar a estabelecer uma visão mais crítica sobre o uso de drogas.
6. Puderam, através de dinâmicas, jogos e simulações, perceber as múltiplas redes relacionadas ao uso de drogas, as suas intensas diversificações, interconexões e, na visão de Gergen, construir níveis de aprimoramento pessoal e profissional;
7. Puderam estabelecer vastas conexões, fazendo, como propõe Gergen, uma ampla discussão histórica -social das razões do uso de drogas e quais seriam as saídas criativas para essa problemática;
8. Puderam perceber o nível de complexidade do fenômeno dependência de drogas e como esse entendimento influencia na tomada de decisões e na auto – regulação espontânea;
9. Puderam identificar suas ansiedades e como trabalhar no sentido de canalizar essa energia para a criatividade . Puderam avaliar a ansiedade ao lidar com conflitos ou situações embaraçosas e, por meio de simulações, criar maneiras de “ cuidar de si, do corpo, da saúde, da mente, do tempo ocioso, do tempo de trabalho, do tempo de lazer, de prazer, enfim, cuidar-se de forma holística - ecológica para o pleno desenvolvimento pessoal e profissional.
10. Fizeram registros, sugeriram e contribuíram na produção de conhecimento sobre o fenômeno da dependência ao uso de drogas quanto da aplicação do Programa de Educação Preventiva ao Uso Indevido de Drogas, tais como:

- a condução que a mídia dá para as drogas entendidas como ilícitas e a desatenção às drogas lícitas, que via de regra são os verdadeiros problemas de saúde pública em nosso país;
- que esse é o país que mais abusa de medicamentos e é necessária ampla discussão para que a sociedade brasileira substitua gradativamente o intenso consumo de fármacos por uma vida mais saudável e de melhor qualidade.

6.2. NO TOCANTE AO PROGRAMA DE PREVENÇÃO :

Acredito que, em programas de prevenção nos quais os participantes interajam permanentemente e se percebam na condição de co-autores, co-gestores e co-participante, ocorra, por parte dos interlocutores, a vontade para opinar, sugerir, propor, enfim, dialogar. Esse é um bom mecanismo de construir juntos um clima organizacional melhor para a própria empresa e para o indivíduo. É possível que essa co-autoria possa melhorar as relações inter e intra-pessoais, e ao longo do tempo, vá interferindo positivamente na comunicação da Organização. É importante que cada indivíduo se sinta fazendo parte da Organização. Ele, indivíduo, precisa ter assegurada a sua relevância no contexto do trabalho e, por extensão, em sua família e na sociedade em que está inserido.

Acredito que Programas de Prevenção possam ser bons instrumentos de minimização do uso de drogas nas organizações, nas famílias e na sociedade, desde que sintonizados com outros Programas dentro da própria Organização.

Os programas só serão verdadeiramente eficazes, quando estiverem fazendo parte de uma política global da Organização, com onde o Ser humano trabalhador sendo estimulado a participar, a criar e a desenvolver suas potencialidades . Os indivíduos poderão tornar-se mais cooperativos, aumentando na organização, a sua capacidade de neo-organização criativa, onde suas competências sejam reveladas. As Organizações precisam de bons negociadores, que tenham habilidades para a resolução de problemas desafiadores, que tenham um elevado nível de resistência a frustrações e que estejam dispostos a aprender contínua, coletiva e solidariamente.

No plano individual, o aumento de suas capacidades em buscar soluções criativas e imaginativas, relacionadas a um entendimento da ética, de valores promotores da vida, de uma cultura pela paz universal e pela preservação ambiental, tendo como ponto

central o entendimento de sua participação na história social, nas possibilidades de transformações pessoais e coletivas, neste contexto em que vivemos.

Os programas podem fazê-los perceber-se como seres de maior autonomia e também podem estimulá-los a uma melhor integração, partindo de uma maior especificidade para uma maior generalidade, de uma maior diversidade para uma maior unidade, de uma maior competência individual para uma maior competência coletiva e social, uma maior compreensão de si para uma melhor compreensão do outro, enfim, um maior competência humana.

6.3. SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS:

Os dados conduzem ao entendimento de que 2 dos indivíduos em 38 representam menos de 6% o que já é um excelente número. Ele é muito menor que os 12, 35% para essa faixa-etária, segundo CAMPANA (2000)

Mesmo para esses dois que já possuíam um histórico progresso de uso de maconha, e retornaram ao uso em outubro e novembro, houve um benefício direto do Programa. Eles se sentiram encorajados em buscar ajuda.

Já em dezembro ambos estavam em terapias cognitivas – comportamentais. E isso é extremamente positivo.

No geral, os resultados do 1º levantamento (em média com 30,25% de itens positivos em termos do questionário KAPB) passaram para 37,50% no segundo levantamento e atingiram em fev, 74,95% de itens positivos. Isso demonstra um crescimento de 7,5% nos três primeiros meses e de 37,45% nos seis meses seguintes. A média total de crescimento foi de 44,75%, o que parece ser muito melhor que os 25% previsíveis para programas de curta duração com características próximas a este.

Os mecanismos aprendidos, tais como: a negociação, a assertividade, as respostas e atitudes pró-ativas, a adequação de posturas e a avaliação de conseqüências, já podem ser consideradas como muito positivas para o Programa cujo objetivo era minimizar o uso de drogas na Organização.

As conclusões são óbvias:

- o Programa funciona,
- é barato,
- pode ser aplicado em Organizações de forte marca hierárquica..

6.4. OBSERVAÇÕES:

1. Os conceitos mais importantes trabalhados com os participantes da pesquisa foram: as múltiplas facetas das drogas (histórica – social – cultural – econômica – ideológica – religiosa - política) e sua contextualização no panorama atual ;
2. os conceitos técnicos a partir do conhecimento prévio de cada pesquisado;
3. as razões do uso de drogas; isto é, trabalhar as várias teorias: Genética, Neurológica e Aprendizado social e, com base no entendimento de cada uma delas, ampliar discussões nesse sentido de se fazer refletir com o grupo:
 - . a faceta econômica da droga ao longo da história;
 - . a faceta social da droga;
 - . as drogas como fenômeno complexo;
 - . as inúmeras possibilidades de se viver e ser feliz;
 - . a possibilidade de ter cada pessoa como protagonista de sua vida.

6.5. RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se este Programa de Educação Preventiva, como qualquer outro programa dessa natureza, seja sistematicamente avaliados no sentido de que sua aplicabilidade e função consigam atingir os objetivos desejados, isto é, a promoção da saúde, a melhoria das relações no trabalho, aumento nos patamares de qualidade de vida no trabalho e no trabalhador, com repercussões em sua vida pessoal, profissional, familiar e comunitária.

Recomenda-se que este ou qualquer outro Programa de Prevenção quando da sua efetiva aplicação esteja totalmente articulado a Ações Integrativas da própria Organização, isto é, que esteja vinculado à Política da Organização, e não um trabalho isolado. Sabe-se que programas bem articulados à Política da Empresa, gera um melhor clima organizacional transpirando mais segurança e possibilitando relações mais saudáveis.

- Recomenda-se que estes programas oportunizem o exercício da criatividade a partir da melhoria na comunicação de tal modo que seus integrantes se sintam:
 - melhor atendidos em suas necessidades pessoais e profissionais;
 - capazes de contribuir a partir de sua confiança e sua segurança;
 - capazes de exercer sua criatividade em virtude do clima na organização;
 - encorajados a uma atitude pró-ativa;

- capazes de compreender seu papel e a importância das suas contribuições;
- capazes de ampliar sua competência pessoal e sua integração com o grupo;
- mobilizados às realizações e à valorização pessoal e profissional;
- adequados na política da empresa;
- satisfeitos e felizes de estarem contribuindo para si e para a organização e se sintam encorajados a fazer cada vez mais.

Recomenda-se que hajam investimentos nas áreas de desenvolvimento social e que os Programas de Prevenção sejam encarados como um dos elementos dessas Ações de Desenvolvimento gerenciados tanto na Organização como na Comunidade onde encontra-se inserida.

Recomenda-se que haja um contínuo trabalho de aprimoramento, de aprendizado e de desenvolvimento pessoal e profissional por parte dos facilitadores e responsáveis pela aplicação desses programas de educação preventiva, o que os capacitaria a estarem intermediando as necessidades dos trabalhadores e da organização;

Como é extremamente complexo o fenômeno da dependência ao uso de drogas, e múltiplas são as suas abordagens, recomenda-se que estes programas estejam não só vinculados a programas de prevenção mais globais, como os sistemas municipais, estaduais e nacionais de prevenção, mas também que sejam capazes de incorporar técnicas, posturas e ações absolutamente específicas, dando tanto um cunho globalizador e articulado como um cunho regional e local (específico);

Recomenda-se que estes programas devam ser trabalhados através da co-autoria dos diversos segmentos da organização, de forma objetiva, clara, onde as múltiplas facetas da dependência de drogas possam ser refletidas.

Recomenda-se que os programas devam estar buscando uma linguagem direta, porém afetiva, inclusiva e não preconceituosa, em que posturas moralistas e tendenciosas devem ser evitadas.

A preocupação de um programa de educação preventiva deve centrar- **se no ser humano** e não na droga. Todos os esforços são para a promoção de atitudes positivas e de superação frente ao uso de drogas, elevando os sentimentos **de auto-estima**, propiciando a **incorporação de valores construtivos** e auxiliando na **capacidade de resistir às pressões sociais** no sentido de consumir drogas. Deve-se oferecer condições para que os participantes **elevem suas competências pessoais e sociais**

em busca de **um estilo saudável de vida e de autonomia**, de tal modo que se sintam capazes de **auto-realização**.

Especificamente sobre a aplicação desse programa de prevenção nas Organizações Militares junto a esses trabalhadores (soldados recrutas), pode - se recomendar que:

- este programa possa melhorar relações entre os todos os militares;
- os aspectos qualitativos predominem sobre os aspectos quantitativos;
- todos os militares, em todos os níveis possam estar colaborando, participando e se beneficiando desse programa;
- a comunicação seja a mais direta e objetiva possível, e que a exacerbação da formalidade flexione no respeito da informalidade;
- se permita a auto-regulação espontânea, ou seja, que se dê condições para o auto – gerenciamento de conflitos;
- se trabalhe com metáforas, simulações, práticas esportivas, práticas de relaxamento;
- se possa aliviar ansiedades, stress e constrangimentos com doses bem equilibradas de bom humor ;
- se entenda que as ambigüidades, ao invés de atrapalharem, ajudam, pois retratam a realidade vivenciada por todos nós e que os paradoxos são, em muitas ocasiões, as moedas correntes de resolução de problemas;
- as redes sombras podem ser muito eficientes na comunicação e na apresentação de propostas para o poder legitimado;
- as tensões entre o formalismo excessivo e a liberdade exagerada têm uma zona de criatividade intensa quando se permite uma auto – regulação;
- por mais paradoxal que pareça, há sempre uma tendência caórdida (uma certa “ordem” diríamos assim) na desordem (caos).

Recomendo que sejam adicionados ao programa de valorização da vida e da saúde todos os aspectos que emergirão das relações com os interlocutores na sua montagem.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1 Obras Consultados

- FERNANDEZ, F.L. *A personalidade pré- alcoólica*. Temas. São Paulo: Cultrix, 1992
- FORNEY, M.A. ; RIPLEY, W.K ; FORNEY, P.D. *A profile and prediction study of problem drinking among first – year medical students*. British Journal of Addiction, p.32-45, ago/99 . London: BJA, 1999.
- GORGULHO, M. *Uso de drogas, conceitos e preconceitos*: Pediatría Moderna. São Paulo: JBM, 1995.
- KANDEL, D.B. ; DAVIES, M. *High school students who use crack and other drugs*. Arch. Gen. Psychiatry. New York: MacHill, 1996
- KANDEL, D.B. ; YAMAGUCHI, K. ; CHEN, K. *Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory*. *J Stud Alcohol*. New York : Dalawe, 1992
- MAGALHÃES, M.P. Padrões de frequência do uso de maconha por estudantes universitários. *Revista ABP – APAL*, São Paulo, v. 3, p.23-31, abr. 1989.
- MANSUR, J. *O que é alcoolismo ?* São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.
- MEDEIROS, J.G.M. Avaliação epidemiológica do padrão de consumo de bebidas alcóolicas entre adolescentes residentes na cidade de João Pessoa. *Revista Pediatría Atual*, v.13, n.7, p.21-29, set.2000.
- MESQUITA, A.M.C. ; BUCARETCHI, H.A. Estudantes da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo: uso de substâncias psicoativas em 1991. *Revista ABP – PAL*. V.17, n.2, p. 47-54, jul. 1995
- MILLMAN, R. ; KHURI, E. Substance abuse: clinical problems and perspective. In: Lowsinson, R. *Adolescence and substance abuse* . 2 ed. New York: MacHill, 1981. p. 739-751
- PATON, A. *Proc. Nutri. Soc.* 7ed. New York: MacHill, 1988. cap. Alcoholol : lessons from epidemiology . p. 79-83.
- PECHANSKY, F. Padrões de consumo de bebidas alcóolicas em adolescentes residentes na cidade de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, São Paulo, v.44, n.5, p. 231-242, ago. 1995.
- PELA, O.A. Adolescent alcoholism in Bennin city, Nigéria. *Adolescence*, Nigéria, v. 21, n.23, p.487-492, out. 1989.

PINSKY, I ; SILVA, M.T. As bebidas alcóolicas e os meios de comunicação. Revisão da literatura. **Revista ABP-APAI**, v. 17, n. 3, p. 115-121, mar. 1995.

SCHORLING, J.B. ; BUCHSBAUM, D.G. **Abuso de álcool e de outras drogas**. Rio de Janeiro: Interlivros Edições, 1997. cap. Rastreamento do abuso de álcool e de outras drogas. p. 87-94.

SCHUCKIT, M.A. Genetics and the risk of alcoholism. **JAMA**, v.254, p. 2614-2617, jun. 1985.

SPESSOTO, L.B. O uso de drogas na infância e na adolescência. **Pediatria Moderna**, v. 7, n.33, p. 550-552, abr. 1997.

7.2. Obras Citadas

ABEAD – **Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas**. Programa Valorização da Vida. Brasília: MEC/FNDE, 1990.

ADDICTION RESEARCH FOUNDATION. *The Hidden Majority: a guidebook on alcohol and other drug issues for counsellors who wiht women*. Ontario: Addiction Research Foundation, 1996.

AIRES, J. **Softwares Educativos: uma tecnologia de informação e comunicação na educação**. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: UFSC, 2000.

ÁLCOOL E DROGAS – Revista da ABEAD. O uso de Álcool e outras Drogas pela Mulher. Ano 2, n. 1999.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. *Viver sóbrio*. CLAAB (Centro de Distribuição de Literatura de Alcoólics Anônimos para o Brasil), São Paulo: 1997.

ALMEIDA FILHO, N ; SANTANA, V.S. Validação de uma técnica para o estudo do consumo de drogas em estudantes. **Revista ABP- APAL**, São Paulo, v.11, p.13 – 24, nov. 1989.

AMAR, A.M. **A verdade sobre drogas**. V.I. São Paulo: Ícone, 1988.

_____. **A verdade sobre drogas**. V.II. São Paulo: Ícone, 1988

ANDRADE, A.G. ; BASSIT, A.Z. **Manual de avaliação de programas de prevenção de drogas**. São Paulo: Cultrix, 1995

ARRUDA, L.H.M. **A vontade**. Rio de Janeiro: CELD, 1996.

AZEVEDO, L.B. Consumo de bebidas alcóolicas por menores de 15 anos em um município de colonização tipicamente italiana do Rio Grande do Sul. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 35, p. 15-18, jan. 1991.

BANDEIRA, P. **A droga da obediência**. 38.ed. São Paulo: Editora Moderna, 1984.

- BARRETO, M. *Ciências e saúde- curso básico sobre substâncias tóxicas*. Rio de Janeiro: Essinger, 1994.
- BAPTISTA, M. ; INEM, C.(org). *Toxicomania: uma abordagem Multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.
- BELL, A.H. ; SMITH, D.M. *Como lidar com pessoas difíceis*. 3.ed. Trad. de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Ediouro, 1991.
- BERGERET, J. ; LEBALNC, J. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- BITTENCOURT, L.(org.) *A Vocação Do Êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas*. Rio de Janeiro: Imago Ed: UFRJ, 1994.
- BLACKBURN, M.R. ; ZEINER , A.R. Change in subjective behavioral assessment after ethanol ingestion. *Alcohol Technical Reports*, New York, v. 9, p. 8-12, ago. 1980.
- BORINI, P. ; OLIVEIRA, C.M. Padrão de uso de bebidas alcólicas de estudantes de Medicina (Marília, São Paulo). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, São Paulo, v.43, p. 93-103, mar. 1994.
- BOLETIM CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas- São Paulo, n 34, junho/98.
- BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Projetos Educacionais Especiais. *Diretrizes para uma política educacional de prevenção ao uso de drogas- Série Educação Preventiva Integral vol I e II*. MEC/SEPESPE. Brasília: MEC, 1994.
- BRITO, A.G. *O desafio das drogas: como vencê-lo*. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1988.
- BRITO, P.L. ; ALMEIDA., E.C.S. *Adolescência: Uma visão clínica* . Revista *Pediatria Atual*, v. 5., p. 74-82. São Paulo: RPA , 1997.
- BUCHER, R. *Prevenção ao uso indevido de drogas*. Brasília: UNB, 1991.
- _____. *Drogas: o que é preciso saber*. Revista do Governo de São Paulo, v.4, p.30-39, abr/1992. São Paulo: Imprensa Oficial, 1992.
- _____. *Drogas*. 3.ed. São Paulo:Ed. Governo do Estado de São Paulo, 1993.
- _____. *Drogas e Drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- _____.(org.) *Prevenção ao Uso Indevido de Drogas*. Programa de Educação Continuada/ Extensão Universitária. 2ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- BURNS, J. *O Caminho dos Doze Passos: o tratamento da dependência do álcool e outras drogas*. São Paulo : Loyola, 1995.

- CAMPANA, Â.A.M. ; BAPTISTA NETO, F.C. **1º Levantamento Nacional sobre Consumo de substâncias psicoativas na população geral: Projeto piloto – CONAD/SENAD.** Brasília: SENAD,1998.
- CAMPBELL, D. ; GRAHAM, M. **Drogas e Álcool no local de trabalho.** São Paulo: Ed. nórdica,1991.
- CAMPOS, S.B.R. **Educação preventiva integral.** São Paulo: Perspectiva,1996.
- CAPLAN, G. **Princípio de psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- CAPRA, F. **A Teia da Vida.** São Paulo: Cultrix: 1996.
- _____. **O Ponto de Mutação.** São Paulo: Cultrix: 1982.
- CARLINI, B.H et all. **O consumo de bebidas alcóolicas entre estudantes de 1º grau na cidade de São Paulo.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 35, 5ª ed., p 279-285. São Paulo: JBP, 1986.
- CARLINI, E.A. **Drogas: subsídios para uma discussão.**2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- CARLINI, E.A. ; COTRIN, B. et all. **II Levantamento Nacional sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1º e 2º Graus (1989).** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas- CEBRID. São Paulo: UNIFESP, 1990.
- CARVALHO, P. **A didática dos tóxicos.** Curitiba: O formigueiro instituto assistencial de autores do paraná, 1977.
- CASSWELL, S. et all. "Longitudinal study of New Zealand Children's experience with alcohol". **British Journal of Addiction**, London, v.86, n.3, p. 227-285, mar. 1992.
- CEBRID. **4 Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1 e 2 graus.** Dez,1997.
- CHALMERS, A. F. **O que é Ciência Afinal ?** São Paulo: Brasiliense: 1993.
- CHARBONNEAU, P.E. **Drogas: prevenção, escola.** São Paulo: Paulinas, 1988.
- CHAUDRON, C.D.; WILKINSON, D.A. **Theories on Alcoholism. Toronto. Canadá: Addiction Research Foudation.** Toronto: ARF, 1988.
- CIOTTI, L. ; VACCARO, G. **Pais, filhos e droga.** 2.ed. São Paulo: Edições Paulinas, 1986.
- CLIMENT L. , C.E. **Como proteger seu filhodos drogas.** Trad. de Cláudio César Montoto. Sao Paulo: Maltese ; Editora Norma, 1992.
- CONGER, J. **Adolescência: geração sob repressão.** São Paulo: Harper, 1986.
- CONTRIM, B.C. **A Prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. Prevenção ao Uso Indevido de Drogas – diga Sim à Vida,** Brasília,v 2,1999.

- COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. Tradução de Jurandir Craveiro. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- CORREIA E SILVA, R. "Política do Ministério da Saúde na Área de Drogas". In: Anais do IX Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências. CONFEN, Belo Horizonte: 1995.
- COSTA, J.B.D. **O fumo no banco dos réus: culpado ou inocente?** 3.ed. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1987.
- CRUZ, N. ; BUCKINGHAM, J. **Foge Nick, foge!** Belo Horizonte: Editora Betânia, 1980.
- DELLORS. **Educação: um tesouro a descobrir**, UNESCO / MEC. São Paulo: Cortez: 2000 .
- DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO DOS E.E.U.U. Currículo para prevenção de drogas. 1998.
- DIOS, V.C. **Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua**. In: CARVALHO, Denise Bomtempo B. de e SILVA, Maria T. (org.). **Prevenção a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI**. Brasília, MS/COSAM/UnB/PRODEQUI,UNDCP 1999.
- DOLL, W.E.Jr. **Currículo: uma perspectiva pós –moderna**. Porto Alegre: Artes Médicas: 1997.
- Drogas – receita para fugir do abismo. **Revista VEJA** , São Paulo, p. 90-91, 12 de jan 2000.
- DUARTE JR, J.F. **A política da loucura: a antipsiquiatria**. 3.ed. Campinas: Papirus, 1987.
- EDWARDS, G. **O tratamento do alcoolismo**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- EDWARDS, G. ; DARE, C. **Psicoterapia e Tratamento de Adições**. Porto Alegre. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- EDWARDS, G.; LADER. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- Estado de Santa Catarina. Documento – Regimento Interno da Comissão estadual de Prevenção e Controle de DST/HIV/AIDS do Estado de Santa Catarina – CEDAISDS, 2000.
- FEATHERSTONE, M. **Cultura de consumo e pós-modernismo**. São Paulo: Studio Nobel, 1995.

FERRANI, E. **Tóxico e Alcoolismo: O que devem saber pais, professores e jovens.** 7.ed. São Paulo: DAG gráfica e Editora, 1981.

_____. **Tóxico e Alcoolismo: orientação para todos.** São Paulo: DAG gráfica e Editora, 1981.

FEYERABEND, P. **Adeus a Razão.** Rio de Janeiro: RJ Editora, 1970.

FILHO, G.M. **Eu venci as drogas.** Brasília: Gráfica e Editora Itamarati, 1996.

FILHO, J.P. **O Alcoólico.** Rio de Janeiro: Relisul, 1987.

FÓRUM, 1^o Fórum Nacional Antidrogas. Relatório do 1^o Fórum nacional Antidrogas. Brasília, Senad, 1999.

FRIDMAN, I.S. ; PELLEGRINI, I.L. **Uso de substâncias psico-ativas no trabalho.** Rio Grande do Sul: Ed. SESI ,1995.

GAMARD, P. **A criança de 6 a 11 anos, desenvolvimento físico, psico-social.** São Paulo: Paulinas, 1993.

GITLOW ; PEYSEER. **Alcoolismo: Um guia prático de tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA DE CATARINA. Programa de prevenção, educação e vida – PREVIDA. SED, Imprensa Oficial. Florianópolis: 1995.

GRAEFF, F.G. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação.** 2.ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária (EPU), 1990.

GRAEFF, F.G. ; BRANDÃO, M.L. **Neurobiologia das Doenças Mentais.** 4.ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GRIFFITH, E.; LADER, M. **A natureza da dependência de drogas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

GUARESCHI, P.A. **Representações Sociais: alguns comentários oportunos.** Porto Alegre: PUCRS (Mimeo).

GUARESCHI, P.A. ; JOVCHELOVITCH (orgs.) **Textos em representação Social.** 2ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HARMAN, W. **Uma Total Mudança de Mentalidade.** São Paulo: Cultrix: 1994.

HARVEY, H. **Condição Pós- Moderna.** 7. ed. São Paulo: Loyola: 1998.

HEALTH Publications. **Drugs, a parent's guide to signs and dangers, what to do.** Unit Heywood Stores: England, 1992.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

HEMFELT, R. ; FOWLER, R. **Serenity: A companion for twelve step recovery.** Nashville: Thomas Nelson Publishers, 1982.

- HOWARD, B.A.M. **Alcohol & Drugs Problems: A practical guide for counselors.** Additions Research Foundation. Toronto: ARF, 1994.
- INABA, B.S. ; COHEN, W.E. **Drogas estimulantes, depressoras, alucinógenas.** Rio de Janeiro: Zahar, 1991.
- JACOBS, M.R. Problems presented by alcoholic clients: a handbook of counseling strategies. Addition Research Foundation, Toronto: 1988.
- JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Pensamiento y vida social. Moscovici, Serge(Ed.) – Psicología Social. V.II,1986,p.469-494.
- JOHNSON, V. Chega de beber. Guia prático para tratamento do alcoolismo. Petrópolis: Vozes, 1992.
- JORDAN, E. **Entorpecentes, tóxicos: drogas psicotrópicas.** Sao Paulo: Editora Salesiana Dom Bosco, 1986.
- KALINA, E. **Drogadição II.** Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora,1988.
- _____. **Os Efeitos das Drogas no Cérebro Humano: a contribuição da neurociências no campo da dependência química.** São Bernardo do Campo: Bezerra, 1997.
- _____. **Psicologia do Fumante.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- KUHN, T. **A Estrutura das Revoluções Científicas.** 3.ed.São Paulo:Perspectiva, 1962.
- LAZO, D.M. **Alcoolismo – o que você precisa saber.**São Paulo: Paulinas, 1989.
- LOPES, A. **Pais educando para o ano 2000.** São Paulo : Paulinas, 1987.
- LOSSO, D.T.C. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Retrospectiva histórica.** Departamento de Enfermagem, SANPS, CCS-UFSC, Florianópolis: 1997.
- LUCAS, M. **Como trabalhar nossos problemas.** São Paulo: Paulus, 1995.
- LYOTARD, J.F. **A Condição Pós- Moderna.**5.ed.Rio de Janeiro:José Olímpio: 1998.
- MARLATT, G.A. ; GORDON, J.R. **Prevenção da Recaídas: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MARQUES, F. ; DONEDA, D. A Política Brasileira de Redução de Danos à Saúde pelo uso indevido de Drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos Estados e Municípios. In: Dependência Química. **Revista – O mundo da Saúde,** São Paulo, v. 23, n.1,p.35-45, jan.1999.
- MARTINS, C. ; PASTANA, J.A . ; FORMIGA, L.C. et all. **As drogas e suas conseqüências.** 3.ed. Belo Horizonte: Editora Espírita Cristã Fonte Viva, 1997.
- MASCARENHAS, E. **Alcoolismo, drogas e grupos anônimos de mútua ajuda.** São Paulo: Siciliano, 1990.

MASUR, J. ; CARLINI, E.A. **Drogas: subsídios para uma discussão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

MEC- Ministério da Educação e do Desporto. Diretrizes para uma Política Educacional de Prevenção ao Uso de Drogas. Brasília, 1994 (Série educação Preventiva Integral).

MENDES, R.H.D. **O drogado e a família**. São Paulo: Edições Paulinas, 1989.

MENEZES, M.S.C. **O que é amor exigente?: resposta para pais e filhos**. São Paulo: Edições Loyola, 1994.

MILAM, J.R. ; KETCHAM, K. **Alcoolismo: os mitos e a realidade**. 2.ed. Trad. Auriphebo Berrance Simões. São Paulo: Nobel, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e Procedimentos na Abordagem do Abuso de Drogas. Brasília, 1991.

_____. CN-DST/AIDS. Projeto: Centro de Atenção ao Usuário de Drogas. SES-SC, Florianópolis, 1999.

_____. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Diretrizes para uma política educacional de prevenção ao uso de drogas. PRONAICA. Brasília: 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política do Ministério da Saúde na Área de Drogas. Brasília, 1994.

MIRANDA, C.F.de ; MIRANDA, M.L.de. **Construindo a Relação de Ajuda**. 10ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996.

MORIN, E. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**, UNESCO/ MEC. São Paulo: Cortez, 2000.

MOSCOVICI, S. **Sobre Representações Sociais**. Tradução de Cléia M. Nascimento Schulze (do Núcleo de Psicologia Social- Depto. de Psicologia/CFH). Florianópolis: UFSC, 1985.

_____. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NETO, F.B. ; OSÓRIO, L.C. **Aprendendo a Conviver com adolescentes**. Florianópolis: Insular, 2000.

NEVES, L.D. **Na era do consumismo como ficam os dependentes de drogas?**. TCC, Serviço Social, UFSC, Florianópolis: 1993.

NOWLIS, H. **A verdade sobre drogas**. Programa Unesco. BECC/UERJ. Rio de Janeiro: 1975.

OLIVEIRA, C.R.M.(org.) **Por que você não usa drogas?:** com licença, sou feliz sem drogas. Brasília: Gráfica Valci, 1999.

OLIVENSTEIN, C. **A vida do toxicômano.** Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

_____. et al. **A clínica do Toxicômano: a falta da falta.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

_____. **A dependência: um fenômeno psíquico ativo.** In: A clínica do toxicômano: a falta da falta. Porto Alegre: Artes Médicas s/d. p. 13-22.

ONU – Relatório Anual – UNDCP – 1996.

O Estado de São Paulo – 22/02/1998 – p. A4 e 23/02/1998 p.A4. São Paulo: 1998

PAIVA, M.W. **Aids: o que é? Como evitar?** São Paulo: Paulinas, 1987.

PALMA, R.H.B.F. ; JEZIERSKI, M.A.(org.). **Drogas, Prevenção e Tratamento.** São Paulo: Ícone Editora, 1988.

PATRICIO, Z.M. ; CASAGRANDE, J.L. ; ARAÚJO, M.F.(org.) **Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas.** Florianópolis: Ed. do autor, 1999.

PAULA, W.K. Comissão de prevenção integral e grupo de estudo dos problemas das drogas na escola. Departamento de Enfermagem, SANPS, CCS-UFSC, Florianópolis: 1997. Trabalho escrito e distribuído para elaboração da Proposta Curricular.

_____. **Tangenciando a Teoria de Horta: uma abordagem situada em experiência de Enfermagem Psiquiátrica.** Tese(Livro de Docência), UNI-RIO, Rio de Janeiro: 1991.

_____. **Tratamento do uso indevido de álcool e outras drogas: Proposta alternativa.** Departamento de Enfermagem, SANPS, CCS-UFSC, Florianópolis: 1996. Relatório de Atividades.

_____. **Drogas e Dependência Química: noções elementares.** Florianópolis: Papa Livros, 2001.

PENTEADO, J.R.W. **A técnica da comunicação humana.** 7.ed. São Paulo: Pioneira, 1980.

POLIZZI, V.P. **Depois daquela viagem: diário de bordo de uma jovem que aprendeu a viver com aids.** 13ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

RAMOS, S.P. et all. **Alcoolismo Hoje.** 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

REED; RHFELDT, K. **Ele (ou ela) é alcoólatra! O que fazer.** Florianópolis: Lunardelli, 1994.

ROCHA, L.C. **As drogas.** São Paulo: Editora Ática, 1987.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa.** São Paulo: Martins Fontes Editora, 1991.

- SANTOS, B.S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- SCHMIDT, I. **A ilusão das drogas**. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1984.
- Secretaria do Estado da Educação e do Desporto. **PREVIDA**. 4 ed. Florianópolis 1995.
- Secretaria de Estado da Saúde. Serviço de Saúde Mental. **Espaços de Assistência aos Dependentes de Substâncias Químicas em SC**. Florianópolis, IOESC, 1998.
- SEIDL, E.M.F. (org.) **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas- diga Sim à Vida**, v.1 e 2. Brasília: Senad, 1999.
- SERRAT, S.M. **Programas preventivos em farmacodependência**. Estudos de Psicologia, v.3, nº 1. São Paulo: Cultrix, 1986.
- _____ **A prevenção na Escola**. São Paulo: Cultrix, 1998.
- SIELSKI, F. **Filhos que usam drogas: Guia para os Pais**. Curitiba: Adrenalina, 1999.
- SILVA, M.L. et all. **Alcoolismo: um problema com o qual muitos convivem, porém poucos conhecem**. São Paulo: EDICON, 1986.
- SILVEIRA, D.X.S. ; SILVEIRA, E.D.X. **Um Guia para a Família**. Brasília: SENAD, 1999.
- SOUZA, P. **Society cocaína**. 3.ed. São Paulo: Traço Editora, 1981.
- SPINK, M.J.P.(org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- STAHL, S.M. **Essential Psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications**. New York: Cambridge Press, 1996.
- STRASBURGER, V.C. Os adolescentes e a mídia – impacto psicológico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- SUZIN, A.B. **O processo comunicativo no projeto de prevenção ao uso de drogas no trabalho**. Porto Alegre: SESI; FIERGS ; UNDCP, 1998.
- VAGNER, L & TUMA, R. **Educando para a Vida**. Programa educacional permanente sobre drogas. Curitiba: Posigraf, 1994.
- TIBA, I. **Puberdade e adolescência**. São Paulo: Agora: 1985.
- _____ **123 repostas sobre drogas**. Brasília: UNB, 1995.
- _____ **Disciplina: o limite na medida certa**. São Paulo: editora Gente, 1996.
- _____ **Amor, Felicidade & Cia: coletânea de textos**. São Paulo: Editora Gente, 1998.
- UCHOA, M.A. **Crack: o caminho das pedras**. São Paulo: Editora Ática, 1996.
- VARGAS, A.S.; NUNES, S.O.; VARGAS, H.D. **Prevenção Geral das drogas**. São Paulo: Incone, 1993.

VARGAS, H.S. **Manual de prevenção ao abuso de drogas pela educação**. Secretaria da Justiça e da Cidadania. Curitiba: Conselho Estadual de Entorpecentes. Imprensa Oficial 1996.

VIZZOLTO, S; SEGANFREDO, C. A. **A escola, a droga e a prevenção**. Petrópolis: Vozes, 1992.

_____. **Uma onda perigosa – fumo, álcool, drogas**. Petrópolis: Vozes, 1990.

_____. **Tim-tim – o consumo de bebidas alcoólicas: questão para debate com adolescentes**. Petrópolis: Vozes, 1991.

_____. **Drogas – questões para pais e educadores**. Petrópolis: Vozes, 1992.

_____. **Educação preventiva integral: Programa PREVIDA – Texto complementar**. Florianópolis: SED - SC, 1997.

WEINSWIG, M.H. **Use & miuse of drugs subject to abuse**. New York: Library of Congress, 1973.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

ZALUAR, A. **Drogas e cidadania, repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

ZIMERMAN, D.E. ; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ANEXOS

ANEXO 1 - AVALIAÇÃO COGNITIVA- Unidades: I,II, III e IV

Unidade I – Valorização da Vida

Responda (C) para Certo ou (E) para Errado.

- () Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social.
- () Dentre as capacidades do homem destacamos a inteligência.
- () O homem é uma máquina imperfeita.
- () A missão básica do homem é a preservação da vida.
- () Podemos reconhecer o trabalho como uma das riquezas do homem.
- () A natureza é uma criação do homem.
- () O homem para preservar a vida busca evoluir, progredir e construir.
- () A destruição da fauna e da flora são úteis ao progresso.
- () O animal é mais inteligente do que o homem.
- () A falta de cuidados com o corpo e com a mente proporciona uma vida saudável.
- () Comer muito é Ter saúde.
- () Valorizamos a vida quando valorizamos nossa vida e a vida dos outros a nossa volta
- () Alimentação equilibrada, atividade física e desenvolvimento integral são fatores importantes na valorização da vida.
- () É possível manter boa forma física através da prática de hábitos de higiene pessoal, repouso adequado, precaução contra doenças, alimentação equilibrada, higiene da nossas residências, dos locais de trabalho, preocupação com saneamento básico, emissão de poluentes e segurança pessoal e coletiva.

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Unidade II – Fatores que repercutem na Saúde

Responda (C) para Certo ou (E) para Errado

- () Para manter-se ativo e sempre criativo é necessário tomar muito remédio.
- () A higiene pessoal é pouco importante para a manutenção da saúde.
- () O homem aprende mais quando vive isolado.
- () A cultura é um dos aspectos mais importantes para o desenvolvimento do homem.
- () Praticar esportes é bom para ocupar o tempo livre.
- () A vida em sociedade é regulada por leis.
- () Todas as pessoas têm qualidades boas e más.
- () Estar descontente consigo mesmo é sinal de saúde.
- () Não Ter vontade para fazer nada é um hábito muito saudável.
- () Durante a gravidez, a mulher não precisa ter uma alimentação saudável.
- () Lazer é um dos fatores importantes na manutenção da saúde mental
- () Formação profissional deve ser uma preocupação constante nos dias de hoje
- () Cultuar a paz e tão necessária quanto preservar o meio ambiente.
- () cada um de nós pode contribuir para o desenvolvimento de nossa comunidade.

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Unidade III – Efeito de substâncias psicotrópicas no Organismo

Responda (C) para Certo ou (E) para Errado.

- () O sistema nervoso controla todas as nossas ações

- Toda substância que, por natureza, afeta a estrutura e funcionamento de um organismo físico é chamada tóxico.
- Todas as drogas atuam diretamente sobre o cérebro, aumentando a nossa percepção.
- Chama-se tolerância a necessidade de aumentar a dose da droga para obter o mesmo efeito.
- A maconha é uma droga liberada.
- Cheirar cola faz bem para a memória.
- Toda a população deve colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito de drogas.
- Incentivar alguém a usar drogas não é crime.
- Quem usa drogas cria dificuldades para a família.
- Nas estatísticas de acidente de trabalho, o álcool não é fator considerado.
- Álcool, cigarro comum são chamadas de drogas lícitas (permitidas para maiores de 18anos)
- Mesmo sendo lícita as drogas como o álcool e o cigarro apresentam muitos problemas para a saúde de que as usa.
- Drogas ilícitas são aquelas proibidas por legislação específica
- Cocaína, maconha, crack, haxixe e LSD são exemplos de drogas ilícitas.

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Unidade IV – Caminhos que levam à Vida

Responda (C) para Certo ou (E) para Errado

- Um bom relacionamento familiar nos leva a uma vida saudável.
- Reagir à propaganda mal intencionada é um dos fatores que condicionam a vida plena.
- A falta de lazer é prejudicial à saúde.
- A criança bem alimentada terá, provavelmente, um desenvolvimento normal
- Quanto mais ocioso for o homem melhor para a saúde
- O estudo é irrelevante para o aprimoramento profissional
- Antes de tomar qualquer tipo de remédio é preciso procurar um médico
- As úlceras são uma das conseqüências do "stress"
- O trabalho é um dos caminhos que levam à vida
- Com a evolução da sociedade surgiram novas formas de trabalho
- Cada pessoa tem o direito de fazer da sua vida uma história especial
- Cidadania plena é quando eu entendo os meus direitos e deveres e os ponho em prática
- Todo Ser Humano tem direito a ser feliz
- Ao decidir sob o efeito de drogas, nossa decisão não é clara e objetiva
- Viver sob o efeito de drogas é abdicar de sua autonomia
- Existimos para sermos responsáveis pelas nossas decisões e escolhas.

ANEXO 2 - AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTO

Responda (S) para Sempre, (N) para Nunca e (A/V) para Algumas Vezes. Se possível, dê exemplos curtos das situações que evidenciem a presença ou a ausência do atributo.

Unidade I – Valorização da Vida

- Tem observado mudanças no cuidado com a higiene física
- Consegue desempenhar-se bem diante de várias situações
- Demonstra preocupação em preservar a natureza a sua volta
- Consegue agir em harmonia com suas idéias e pontos de vistas em qualquer situação
- Demonstra interesse em participar das atividades diárias

- () Consegue identificar entre várias possibilidades qual será a mais adequada para a solução do problema
- () Consegue perceber e compreender quais as capacidades do ser humano
- () Tem dificuldade no trato interpessoal
- () Consegue identificar a vida como um valor a ser preservado pelo homem
- () Demonstra interesse em participar do grupo

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Responda (S) para Sempre, (N) para Nunca e (A/V) para Algumas Vezes. Se possível, dê exemplos curtos das situações que evidenciem a presença ou ausência do atributo

Unidade II – Fatores que repercutem na Saúde

- () Consegue estabelecer novos padrões para sua alimentação
- () Demonstra facilidade no relacionamento de grupo
- () Evidencia modificação nos hábitos de higiene corporal
- () Demonstra interesse pelas atividades culturais desenvolvidas na Unidade
- () Reconhece a importância do trabalho, realizando suas atividades profissionais com dedicação
- () Participa ativamente dos afazeres (extracurriculares)
- () Age de acordo com os preceitos e normas contidos nos regulamentos
- () Incumbem-se adequadamente das tarefas determinadas
- () Procura auxiliar os companheiros na realização das diversas atividades
- () Age de acordo com seus valores mesmo sob pressão

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO.

Responda (S) para Sempre, (N) para Nunca e (A/V) para algumas Vezes. Se possível, dê exemplos curtos das situações que evidenciem a presença ou a ausência do atributo

Unidade III – Ação de substâncias psicoativas sobre o organismo;

- () É capaz de suportar situações de tensão ou fadiga sem recorrer a remédios
- () Aceita com naturalidade as situações de derrota
- () Procura utilizar os bons exemplos fornecidos por superiores e/ou pares
- () Mantém atitude íntegra mesmo nas situações que evidenciam a pressão do grupo
- () Consegue emitir opiniões isentas, não se deixando levar por propagandas ou outros estímulos
- () Normalmente mostra-se disposto a colaborar com superiores e/ou pares
- () Demonstra estar motivado e em perfeitas condições físicas e mentais
- () Costuma discordar de superiores e/ou pares
- () Costuma queixar-se de dificuldades no relacionamento familiar
- () Tem o hábito de oferecer objetos usados para os companheiros, com intenção de auferir lucros
- () Tem demonstrado consideração e estima pelos companheiros
- () Tem apresentado-se sob o efeito de drogas

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Responda (S) para Sempre, (N) para Nunca e (A/V) para Algumas Vezes. Se possível, dê exemplos que evidenciem a presença ou a ausência do atributo

Unidade IV – Caminhos que levam à Vida

- () Estabelece relações amistosas com seus companheiros
- () Demonstra conhecer e aceitar suas limitações e qualidades pessoais
- () Consegue atender organizadamente as várias tarefas em um dado momento
- () Quando solicitado a trabalhar em grupo, atende espontaneamente
- () Evidencia interesse para aprender coisas novas, visando ao aprimoramento profissional
- () Executa suas tarefas de forma satisfatória mesmo encontrando dificuldades
- () Suporta o desconforto e a fadiga, mantendo a eficácia
- () Tenta compreender, orientar ou modificar de maneira satisfatória as atitudes dos membros do grupo
- () Consegue perceber e compreender fatos e situações com clareza
- () Demonstra percepção correta da relação entre trabalho e vida saudável

ANEXO 3 - ASPECTOS ATUAIS SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A. Conceitos

1. Droga: Todo mundo já tem uma idéia do significado da palavra droga. Em linguagem popular define o que não é bom, sem qualidade. Já na linguagem médica, droga é sinônimo de medicamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu droga como toda e qualquer substância que introduzida num organismo vivo, seja capaz de modificar função(ões) fisiológicas ou comportamentais.

2. Droga psicotrópica ou substância psicoativa: são aquelas que tem afinidade (=tropismo) pelo Sistema Nervoso Central (SNC) e por isso, quando utilizadas, ligam-se a receptores existentes no SNC e alteram funções neurológicas.

3. Classificação das drogas psicotrópicas :

3.1 Drogas estimulantes: aquelas capazes de acelerar a atividade cerebral ou seja, fazem com que o SNC funcione mais intensa e velozmente. Dessa forma, o estado de vigília, de alerta aumentam. Também facilita as atividades que exigem mais energia, diminuindo a fadiga e dando a impressão de que as pessoas que as utilizam ficam “ligadas” ou “energizadas”. Existem muitos estimulantes lícitos como: cafeína, xantinas, nicotina, anfetaminas entre outras e alguns estimulantes ilícitos: cocaína, crack, e outros.

3.2 Drogas depressoras: aquelas que diminuem a atividade do SNC, ou seja deprimem o funcionamento cerebral. A sensação resultante é a letargia, a demora nas respostas, como se a pessoa funcionasse em uma velocidade menor. A impressão resultante é o desligamento isto é, como se ela ficasse “desenergizada” ou seja, “desligada da realidade”. Podem causar desde sonolência até inconsciência. Existem depressores lícitos como o álcool, os soníferos ou hipnóticos (drogas indutoras do sono como os barbitúricos e alguns

benzodiazepínicos) e os ansiolíticos (drogas que inibem a ansiedade como o diazepam e lorazepam). Ainda nesse grupo temos os opiáceos ou narcóticos (drogas que aliviam a dor e dão sonolência, como a morfina, heroína, codeína, meperidina e outros) e os inalantes ou solventes como as colas, tintas, removedores, thiners dentre outras.

3.3 Drogas perturbadoras: são aquelas que promovem alterações significativas no SNC quase sempre conduzindo a alucinações e delírios. Dentre as mais conhecidas de origem vegetal temos a mescalina (cacto mexicano), o tetrahydrocannabinol (THC) da maconha e do haxixe, a psilocibina de alguns cogumelos, o lírio (trombeteira, zabumba ou saia branca) e a 5 Hidroxi – Triptamina presentes no chacrona e na yuoasca utilizadas em beberagem nos ritos do Santo Daime e da União Vegetal. Os de origem sintética são o LSD 25, o êxtase e os anticolinérgicos como o artane e o bentlyl (medicamentos registrados).

4. Outros termos importantes:

4.1 Tolerância: com o uso repetitivo de uma droga, o usuário necessita de doses cada vez maiores para produzir os efeitos experimentados anteriormente. Quando a droga produz tolerância, a pessoa que a usa vai aumentando cada vez mais a quantidade da mesma até que o organismo não mais a suporte.

4.2 Síndrome de Abstinência: é um conjunto de sinais e de sintomas que, dependendo da substância utilizada podem ser traduzidos por: tremores, perturbações auditivas e visuais, náuseas, vômitos, diarreia, confusão mental, delírios, convulsões, suores frios, mal estar geral, dores generalizadas, arritmias cardíacas e palpitações entre outros, causados por interrupção parcial ou total da droga, ou quando as doses não são suficientes para manter a fase de compensação orgânica.

4.3 Síndrome de Privação: podemos entender como sinônimo de Síndrome de Abstinência, ou seja, são os sintomas e os sinais gerados quando o fornecimento da droga é interrompido total ou parcialmente e/ou quando a dose não é suficiente.

4.4 Escalada: pode ser entendida como a passagem do consumo esporádico a consumo intensivo (escalada quantitativa), ou como a passagem do consumo de drogas “mais leves” para drogas ditas “mais pesadas”(escalada qualitativa).

5. Critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre dependência de drogas:

A OMS não classifica as pessoas dependentes de drogas como “adictas” nem como “viciadas”. De fato, considera-se que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e da frequência do uso. Assim, uma pessoa só pode ser considerada como dependente se o seu padrão de consumo apresentar ao longo dos últimos doze meses, pelo menos três dos seguintes indicativos:

.forte desejo ou compulsão de consumir drogas;

- .incapacidade de controlar o uso;
- .uso consciente de outras substâncias psicoativas para aliviar os sintomas de abstinência;
- .estado fisiológico de abstinência;
- .tolerância, isto é, necessidade de doses maiores para alcançar efeitos anteriormente produzidos;
- .diminuição da auto- crítica em relação ao ambiente, hora ou motivos para o consumo de drogas, isto é, passa a consumir em ambientes inadequados, a qualquer hora e sem motivo especial;
- .consciência de que a droga está lhe fazendo mal, porém não tem “força” para deixar de usar;
- .negligência progressiva de prazeres e interesses outros em favor do uso de drogas;
- .persistência no uso de drogas, apesar de esforços mal sucedidos em abandoná-la;
- .retorno ao uso de drogas após períodos de abstinência.

Nota: Atualmente falamos que a dependência está acompanhada ou não de transtornos fisiológicos ao invés de dizemos que apresenta dependência física ou dependência psicológica. Assim, se ocorrer tolerância e síndrome de abstinência, dizemos que há dependência acompanhada de transtornos fisiológicos, se não há tolerância nem síndrome de abstinência dizemos que a dependência não está acompanhada de transtornos físicos.

6. Critérios para padrão de uso, segundo a OMS (muito utilizado em pesquisa):

Uso na vida: uso de qualquer substância psicoativa pelo menos uma vez na vida.

Uso no ano: uso de qualquer substância psicoativa pelo menos uma vez nos últimos 12 meses.

Uso no mês: uso de pelo menos uma vez nos últimos trinta dias.

Uso freqüente: uso de drogas 6 ou mais vezes nos trinta dias antecedentes à consulta.

7. Critérios para tipo de uso: (OMS)

Uso de risco: apresenta alto risco para provocar danos futuros à saúde física ou mental, porém, não se percebe ainda doenças e problemas orgânicos ou psicológicos. Por exemplo: fumar 20 cigarros/dia pode ou não, dependendo do caso, se fazer acompanhar de tosse, pigarro, falta de ar... que são os transtornos visíveis de que algo vai mal, contudo, sabe-se que esses prejuízos fatalmente ocorrerão.

Uso prejudicial: os prejuízos orgânicos já existem, mesmo assim o uso continua, contribuindo para o seu agravamento.

Nota:

UNDCP é a sigla para United Nations International Drugs Control Programme, ou Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas. Como Agência da Organização das Nações Unidas (ONU), tem como missão orientar e operacionalizar o controle de drogas e crimes correlatos, monitorando as tendências de produção, consumo e tráfico ilícito de drogas. Nas Convenções Internacionais tem-se apresentado dados estatísticos sobre uso e consumo e a produção de drogas em todo o mundo. Dados recentes revelam que entre nós brasileiros, há uma tendência do aumento no consumo de drogas ilícitas porém, as drogas lícitas como álcool, cigarro e abuso de medicamentos lideram de longe o ranking nacional.

Outra tendência observada é o incremento de uso entre crianças e uma tendência da escalada do uso de drogas entre adolescentes e adultos.

8. Tipos de usuários:

Experimentador: limita-se a experimentar a droga por diversos motivos: curiosidade, desejo de novas experiências, pressão do grupo, dentre outras inúmeras motivações. Na maioria dos casos, o contato com a droga não passa das primeiras experiências.

Usuário ocasional: utiliza um ou vários produtos, de vez em quando, se o ambiente é favorável e a droga estiver disponível. Não rompe suas ligações afetivas, profissionais e sociais.

Usuário habitual: faz uso freqüente da droga. Em sua vida já se observam sinais de rupturas afetivas, profissionais e sociais. Mesmo assim, ele parece ainda estar funcionando bem, embora perceba-se prejuízos.

Usuário dependente: vive numa relação muito estreita com a(s) droga(s) de sua preferência. As conseqüências são geralmente: ruptura com todos vínculos anteriores o que frequentemente produz muito sofrimento, aborrecimentos quase sempre conduzindo a um processo de marginalização.

ANEXO 4 – ABORDAGEM PREVENTIVA

A OMS considera como mais propensa ao uso de drogas pessoas:

- sem adequadas informações sobre os efeitos e conseqüências do uso de drogas;

- com uma saúde deficiente ou temporariamente abalada;
- insatisfeita com a sua qualidade de vida pessoal;
- com personalidade deficientemente integrada;
- com fácil acesso às drogas;
- com padrão de auto – estima baixo;
- facilmente influenciável por pessoas e/ou por grupos;
- com baixa resistência a frustrações;
- com dificuldades de relacionamentos intra e interpessoal;
- com baixa motivação para o trabalho, o estudo e para a vida;
- aquelas que não tem um projeto de vida pessoal e profissional.

2. Em contrapartida as pessoas com menores chances de utilizar drogas seriam aquelas:

- bem informadas;
- com boa saúde (física e mental);
- bem integrada (na família, no grupo social ...);

- com difícil acesso às drogas;
- com padrão de auto-estima elevada;
- com qualidade de vida pessoal satisfatória;
- com alta resistência à frustração;
- com alta motivação para o estudo, o trabalho e para a vida.

É importante notar que:

Não é a natureza da droga que faz a pessoa se tornar dependente ou não, mas sim uma série de fatores como: genéticos, metabólicos, neurobiológicos, sociais, culturais, psicológicos dentre outros. Os indivíduos são muito diferentes nesses aspectos, isto é, esses fatores se expressam diferentemente em cada um. As drogas sempre fazem muitas alterações orgânicas e psicológicas, porém, em algumas pessoas essas alterações ocorrem com maior intensidade e num período de tempo menor.

Na verdade, com o uso continuado de drogas, em algumas pessoas ocorrem modificações gradativas no organismo que o desequilibra, tornando-o mais susceptível a desequilíbrios cada vez maiores.

Podemos ainda dizer que o fenômeno da dependência de drogas é resultado da confluência de três fatores interligados entre si: o produto que é a própria droga em si, o indivíduo com toda a sua complexidade e necessidades e o contexto social onde o indivíduo esta inserido.

3. Motivações para o uso de drogas entre adolescentes (segundo pesquisa realizada pela Escola de Pais do Brasil).

- influência intensa do grupo freqüentado pelo adolescente;
- a busca do prazer imediato;
- a superficialidade na maioria das relações sociais;
- a falta de modelos assertivos a serem seguidos (adultos modelos);
- jogo da vida e morte;
- a possibilidade da transgressão da lei, da ordem e das regras;
- a baixa resistência às frustrações ;
- a dificuldade de estabelecer metas e prioridades no cotidiano e na vida;
- a permissividade de alguns pais (tudo é permitido);
- a falta de reflexão, quando ocorre a quebra de regras pré-estabelecidas;
- não aprendizado e a não valorização de limites;
- dificuldades na valorização de suas conquistas pessoais;

ANEXO 5 – FICHA DE OBSERVAÇÃO

O Caderno de Anotações pretende constituir-se em um sistema auto-regulado, que será reajustado em decorrência das observações realizadas durante a sua execução. Esta ficha deverá ser utilizada para que se possa relatar essas observações.

1- A técnica de discussão dirigida está sendo desenvolvida de acordo com o preconizado nas instruções metodológicas?

Sim

Não

Por quê?

2- Que outras medidas foram utilizadas, além das relacionadas, para atingir os objetos propostas pela filosofia do projeto?

3-De acordo com o seu nível de conhecimento do assunto, julga adequada a inclusão ou retirada de alguns temas?

Sim

Não

Quais?

4-Em relação aos instrumentos de apoio (audiovisual e textos), estão atingindo os objetivos preconizados pelo Programa?

Sim

Não

Por quê?

5-Outras observações ocorridas durante a aplicação do Programa que o julgue importantes relatar.
