UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTADE DE CIENCIAS DA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DO COMPORTAMENTO E DA EDUCACIÓN

DROGADICÇÃO NA ADOLESCÊNCIA, POLÍTICAS DE AÇÃO E MODELOS EDUCATIVOS DE PREVENÇÃO:

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ESTUDANTES DA REDE DE ENSINO MÉDIO DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL

TESE DE DOUTORADO

AUTOR: ELIZABETH REMOR KROWCZUK

DIRECTOR: DR. DAVID DE PRADO DÍEZ

Santiago de Compostela- España
2003

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP

K93d Krowczuk, Elizabeth Remor

Drogadicção na adolescência, políticas de ação e modelos educativos de prevenção : estudo comparativo entre estudantes da rede de ensino médio de Porto Alegre-RS-Brasil / Elizabeth Remor Krowczuk. - Santiago de Compostela : Universidade de Santiago de Compostela, 2003.

643 p.

Tese (doutorado) - Universidade de Santiago de Compostela. Facultade de Ciencias da Educación. Departamento de Métodos e Técnicas de Investigación en Ciencias do Comportamento e da Educación, Santiago de Compostela, ES, 2003. Prado Díez, David de, orient.

1. Drogadição - Adolescente - Ensino médio - Porto Alegre. 2. Políticas públicas - Prevenção - Drogas - Uso. 3. Relação família-adolescente - Psicanálise. 4. Modelo holístico - Prevenção - Uso - Drogas. I Prado Díez, David de. II. Título.

CDD - 615.1
CDU - 615.099-053.6

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB-10/463

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Métodos e Técnicas de Investigación en Ciencias do Comportamento e da Educación de la Facultade de Ciencias da Educación da Universidade de Santiago de Compostela-España, para obtenção do título de Doutor em Filosofia e Ciencias da Educación.

Autor: Elizabeth Remor Krowczuk

Orientador: Prof. Dr. David de Prado Díez

Santiago de Compostela – España
2003

PENSAMENTO

Criatividade é uma das habilidades mais misteriosas do ser humano. O ser criativo se destaca por revelar maior sensibilidade, tolerância, flexibilidade, agilidade com originalidade na busca de soluções e ao tomar decisões. Ao confrontar-se com os problemas cotidianos utiliza suas capacidades mentais e distintas formas de expressão da elaboração de atitude inovadora artística, literária, intelectual, ou na forma de estilo de viver a vida atual e futura com dinamismo.

Geralmente a criatividade ocorre quando esquecemos de nós mesmos e nos concentramos inteiramente naquilo que estamos realizando como algo importante em nossa vida. A concentração e a criatividade vencem o peso do passado, o medo e a ansiedade de nos sentirmos incapazes de construir algo que possa contribuir para maior conscientização e busca de meios direcionados a valorização da vida. Buscamos a obtenção de um equilíbrio, pois a verdadeira ciência da vida inclui a arte de refletir sobre nossas atitudes e comportamentos manifestos, e acreditar em nosso potencial criativo de autodomínio de ansiedades geradora de quadros de angústias e desestima predeterminantes de comportamentos desfuncionais autodestrutivos como a drogadependência. Revelação de sentimentos de desafeto, perda da identidade, de valores referências, de frustrações não elaboradas pelo narcisismo patológico são manifestações de um intenso desamor pela vida.

DEDICATÓRIA

Ao Gustavo que soube enfrentar suas frustrações e ansiedades de adolescente utilizando todo seu potencial criativo voltado para a valorização de um estilo de vida saudável.

A todos os adolescentes do Brasil como símbolo da esperança que deposito no papel do jovem a desempenhar no futuro deste país, que se encontram no sistema educacional e os excluídos socialmente, mas que conseguiram enfrentar esta etapa de vida com paixão, preservando valores e laços familiares, livres, adotando estilo de vida saudável ,valorizando suas vidas, resistindo à sedução e não se tornando escravos das drogas, nem do mundo fantasioso que elas oferecem.

.

AGRADECIMENTOS

Não me sendo possível mencionar a todas as pessoas e instituições que de algum modo colaboraram para a concretização deste estudo, quero no, entanto, apresentar meus agradecimentos a todos que direta ou indiretamente prestaram sua inestimável contribuição a esta tese de doutorado.

À Universidade de Santiago de Compostela - Espanha, pelo excelente padrão dos Cursos de Pós- Graduação ofertados, pelo pioneirismo e competência organizacional no empreendimento dessa natureza.

Ao Coordenador do Programa de Doutorado "Reformas e Processos de Inovação na Educação" Prof. Dr. Dom Felipe Trillo, pela habilidade e competência profissional no encaminhamento das questões relativas ao curso.

Ao corpo docente do Curso de Doutorado "Reformas e Processos de Inovação na Educação" Profs. Drs. Dom Felipe Trillo, Miguel Zabalza Beraza, Lisardo Doval Salgado (in memoriam), Antônio Vara Coomonte, David de Prado Díez, José Antônio Caride Gómez, Augustin Requejo Osório, Luís Sobrado Fernández, pelos ensinamentos que sem restrições foram ministrados.

Agradecimento especial ao meu Orientador e Diretor Prof. **Dr. David de Prado Díez**, pelos sólidos ensinamentos, dedicada orientação recebida durante a elaboração desta tese e principalmente pela liberdade de pensamento e expressão de meu potencial criativo, pelo estímulo, compreensão e apoio nos períodos difíceis durante o longo período de convalescença que estive afastada do trabalho pela limitação física e debilidade na saúde, conseqüências das inúmeras intervenções cirúgicas, sem o que não seria possível a sua conclusão.

Ao Dr. Manuel Araújo Gallego Comisionado do Plan Autonômico sobre Drogodependencias – Consellería de Sanidade e Servicios Sociais da Xunta de Galícia pela disponibilidade e acolhida afetuosa durante a entrevista concedida, bem como a doação de obras que compõem a Colección Drogodependencias, Manuais e tantas outras produções, que viabilizaram um maior conhecimento para poder discorrer sobre políticas e programas sobre drogas desenvolvidos na Comunidade Autônoma da Galícia.

Ao Profesor Dr. Elisardo Becoña Iglesias, Director do Magister en Drogodependencias, Prof. Titular do Depto. de Psicologia Clinica e Psicobiologia da Facultad de Psicología da Universidade de Santiago de Compostela pela acolhida afetuosa durante a entrevista concedida.

Aos Drs. Emiliano Martín González, Juan Manuel Camacho Grande, respectivamente Jefe del Departamento e Jefe de la Sección de Prevención del Plan Municipal contra las Drogas do Ayuntamiento de Madrid pela acolhida afetuosa e abrangência de informações prestadas durante a entrevista, bem como a doação de publicações e materiais didáticos e Programa Municipal de Prevencion del Alcoholismo Juvenil.

Ao Profesor Dr. José Santacreu Mas, Subdiretor General de Información, Investigación y Avaluación do Plan Nacional Sobre Drogas, Prof. Titular do Depto. de Psicologia Biológica y de la Salud da Facultad de Psicologia da Universidad Autónoma de Madrid pela acolhida afetuosa, informações prestadas durante a entrevista concedida, bem como a doação de sua publicação.

Ao Profesor Dr. Domingo Comas Arnau, Prof. de Sociologia da Universidad Autônoma de Madrid, Director del Grupo de Investigación em Drogodependencias, Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas (G.I.D) de Madrid pela acolhida afetuosa e informações relevantes prestadas durante a entrevista concedida, bem como pela doação das publicações do G.I.D que possibilitaram construir capítulos desta tese.

A Profa. Concha Fernandez Iglesias, Gerencia del Programa de Prevención de Drogodependencias em Centros Educativos de la Comunidade de Madrid, pela acolhida afetuosa e informações prestadas na entrevista concedida, bem como pela doação das publicações, coleción Materiales de Formacion em Prevencion de Drogodependencias e Programa de Prevención de Prevencion de Drogodepencias em Centros Educativos de la Comunidade de Madrid "A tu Salud " que nortearam minha proposta de modelo de prevenção.

Ao Dr.Joan Colom Farran, Director del Organ Tecnic de Drogodependencies de la Generalitat de Catalunya, Dr. Josep Maria Ollé Oltra, médico Serviço Doenças Sexualmente Transmissíveis/SIDA, Depto. Sanidad de Barcelona pela disponibilidade e acolhida afetuosa durante a entrevista concedida.

Ao Dr. Jaume Tort i Bardolet, Director del Programa d'Educació per a la Salud a l'Escola da Generalitat de Catalunya, Barcelona, e Dr. Joaquim Cabra i Soler participante do Programa agradeço pela amável atenção e colaboração durante a entrevista concedida, bem como da doação do volume da publicação collecció "Quaderns d'educació per a la salut a l'escola - Prevenció de les drogodependències".

Ao Dr. Antonio Luis Carrion Ramirez, Psicólogo do Programa Prevención as Drogodependencias do Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, e Dr. Luiz Robles Programa de Prevención de Drogodependencias en el Médio Educativo de Granada pela amável atenção e colaboração durante a entrevista concedida, bem como a doação de material e publicações.

Ao Profesor Dr. Antonio Hernández Jerez, Coordinación Del Máster/Experto Universitário en Drogodependencias da Facultad de Medicina da Universidad de Granada pela amável atenção durante a entrevista concedida.

Ao Dr. Manuel Busto, Jefe do Setor Movil da Jefatura Superior de Polícia de Granada pela acolhida afetuosa, facilitador do acesso aos Serviços de Assistencia a Drogadependentes agendamento e acompanhamento na realização de entrevistas com autoridades de Granada.

A Profa. Dra. Maria Estela Dal Pai Franco, Professora Titular Depto. de Estudos Especializados e Curso de Doutorado da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e CNPq pela amizade e por sua contribuição na análise e validação do instrumento de pesquisa de campo.

Ao Prof. Dr. Juan José Mouriño Mosquera, Professor Titular Curso de Doutorado da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Pós- Graduação Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul pela amizade e por sua contribuição na análise e validação do instrumento de pesquisa de campo.

A Profa. Dra. Carmen Lins Baia de Solari Ph.D., Professora Titular (aposentada) Curso de Doutorado da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e do Pós-Graduação em Psiquiatria da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre pelo envolvimento intelectual que com espírito crítico e sabedoria me impulsionou a vencer os desafios que representou essa tese.

Aos Diretores e Professores de Ensino Médio (2º Grau) das Escolas Públicas e Privadas do Municipio de Porto Alegre- RS-Brasil que se dispuseram a colaborar diretamente fornecendo material e informações solicitadas, concedendo entrevistas e reuniões, oportunizando acesso direto aos estudantes, e a APM (Associação de Pais e Mestres) a autorização dos pais e familiares dos adolescentes integrantes do estudo, organizando ambiente adequado para todas as fases da pesquisa de campo.

Aos adolescentes estudantes do Ensino Médio das Escolas Públicas e Privadas do Município de Porto Alegre do Estado do Rio Grande do Sul - Brasil, participantes desse estudo que espontaneamente se dispuseram a colaborar diretamente desde a fase de pré testagem do instrumento de pesquisa até as demais fases da pesquisa de campo, prestando depoimentos e indicadores enriquecedores, viabilizando a elaboração e construção desta tese.

Aos colegas profissionais da Saúde Mental, psiquiatras, psicanalistas e professores da UFRGS, com quem confrontei saberes agradeço pelo estímulo e apoio recebido durante a elaboração desta tese.

Aos colegas do Curso de Doutorado, com quem compartilhei esta difícil jornada em prol da educação para a saúde, o meu reconhecimento e a minha amizade.

As bibliotecárias da Universidade de Santiago de Compostela pela disponibilidade e presteza na localização do acervo bibliográfico e viabilidade de consultar teses e periódicos especializados.

A bibliotecaria Lucia V. M. Nunes da EE/UFRGS, pela amizade, estímulo e assessoramento recebido na organização das referências bibliográficas.

A Nadia Neves pela amizade, sua colaboração e imensa disponibilidade na digitação e apresentação dessa tese.

À minha família, especialmente meu sobrinho-filho Gustavo com sua participação efetiva e sugestões criativas, e a todos os meus familiares, que privados da minha companhia me impulsionaram a vencer os obstáculos ao longo desta caminhada para a concretização desta tese, quero apresentar os meus sinceros agradecimentos.

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS 018

LISTA DE QUADROS 022

LISTA DE FIGURAS 024

LISTA DE TABELAS 025

RESUMO 031

ABSTRACT 033

RESUMEN 035

INTRODUÇÃO 037

PRIMEIRA PARTE
PLANEJAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO DO ESTUDO

CAPÍTULO I
ESPECIFICAÇÃO DAS ETAPAS DO PLANEJAMENTO TEÓRICO METODOLÓGICO UTILIZADO NA ELABORAÇÃO DA TESE 049
Introdução 049
1 Definição e Especificação do Problema 049
2 Objetivos que Nortearam o Estudo 052
2.1 Gerais 052
2.2 Específicos 052
3 Definição de Conceitos Fundamentais 053
4 Metodologia Utilizada 057
4.1 Procedimentos Utilizados nas Diversas Fases do Estudo 057
4.2 Esquema de Variáveis 059
4.2.1 Variáveis de Influências Intraindividuais 059
4.2.2 Variáveis de Influências Socioambientais 060
4.3 Dificuldades e limitações 061

SEGUNDA PARTE
CONFIGURAÇÃO HISTÓRICO-CONTEXTUAL DAS DROGAS: FARMACOLOGIA E ASPECTOS GLOBAIS, POLÍTICAS, EPIDEMIOLOGIA DE CONSUMO E MODELOS DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS NO MUNDO E NO BRASIL

CAPÍTULO II
DROGAS: HISTÓRIA, EFEITOS, DROGADICÇÃO, ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA E SOCIOLÓGICA 063
Introdução 063

1 História e Efeitos do Uso e Abuso de Drogas e a Drogadicção 63
1.1 Álcool (bebidas alcoólicas)..... 64
1.2 Tabaco..... 66
1.3 Anticolinérgicos..... 68
1.4 Ópio e Opiáceos (analgésicos narcóticos)..... 70
1.5 Cannabis e seus produtos: maconha, haxixe, THC..... 73
1.6 A Coca: cocaína, crack e merla..... 74
1.7 Anfetaminas..... 78
1.8 Alucinógenos sintéticos e naturais..... 79
1.8.1 Alucinógenos sintéticos: LSD-25 ,Ecstasy "Êxtase"(MDMA)..... 79
1.8.2 Alucinógenos naturais: plantas..... 83
1.9 Ansiolíticos, Hipnóticos e Barbituricos..... 85
1.9.1 Benzodiazepinicos..... 85
1.9.2 Barbitúricos..... 86
1.10 Inalantes: colas, solventes e aerossóis..... 87
1.11 Esteróides Anabolizantes..... 89
1.12 Codeina, Zipeprol: xaropes e gotas para tosse..... 90
2. Uma Visão Antropológica e Sociológica do Consumo de Drogas pela Humanidade 92
2.1 Abordagem Antropológica..... 92
2.2 Abordagem Sociológica..... 95
Considerações 101

CAPÍTULO III
AS POLÍTICAS DE COMBATE ÀS DROGAS NO MUNDO..... 102
Introdução 102
1 Política de Combate às Drogas nos Estados Unidos da América (EUA) 104
1.1 Diretrizes para controle e prevenção de drogas na comunidade e sistema educacional norte-mericano 104
1.1.1 Avaliação dos Diferentes Tipos de Programas Escolares de Prevenção de Drogas..... 105
1.1.2 Tipos de Programas 106
1.1.3 Avaliação..... 107
1.2 Diretrizes e estratégia nacional de controle e prevenção do uso de drogas..... 108
1.2.1 Resposta ao uso de drogas nos Estados Unidos-EUA..... 108
1.2.2 Tratamento do Problema das Drogas..... 108
1.2.3 Proteção de crianças dos EUA através da educação e de prevenção às drogas 109
1.2.4 Proteção dos conjuntos residenciais por meio da Ação Policial e Comunitária 109
1.2.5 Estratégia Nacional de Controle de Drogas e combate ao tráfico internacional centrada nos países de origem..... 110
1.2.6 Política de controle de consumo de drogas no trabalho..... 113
1.2.7 Política de combate ao tabagismo 114
2 Políticas de Combate as Drogas em Países da Europa Central, Ocidental e Oriental 115
2.1 Proposta das Nações Unidas de um plano de ação mundial de combate ao uso indevido de drogas 115
2.2 Plano Europeu de ação sobre o álcool 116
2.2.1 Estratégias..... 116
2.2.2 Áreas de Ação..... 116
2.2.3 Políticas nos Estados Membros da União Européia 117
2.2.4 Consenso entre as Organizações Intergovernamentais..... 117
2.2.5 Práticas Preventivas em Industrias de Álcool e Hotelaria..... 117
2.2.6 Modelos de Proteção a Saúde 117

2.2.7 Ação Comunitária..... 117
2.2.8 Consumo mais seguro do álcool 117
2.2.9 Sistemas de Atenção e Assistência a Saúde..... 117
2.2.10 O papel da Regional Office for Europe da OMS..... 117
2.3 Recomendações da Comissão Européia sobre educação para a saúde e o uso indevido de drogas..... 118
2.3.1 Recomendações de uma política preventiva sobre drogas..... 118
2.3.1.1 Educação sobre drogas no contexto escolar..... 118
2.4 Política de Combate às Drogas na Grã Bretanha 119
2.4.1 Política de Combate às drogas na Inglaterra 119
2.4.2 Programas de Prevenção ao Uso de Drogas na Grã Bretanha..... 121
2.4.2.1 Informações para os indivíduos com disposição em tomar decisões 121
2.4.2.2 Valores e Aptidões para indivíduos socialmente inadaptados 122
2.4.2.3 Estratégias de Resistência à oferta de drogas diante das pressões sociais externas 123
2.4.2.4 Programas 124
2.4.2.5 Redução de demanda mediante a aplicação de medidas repressivas de caráter leve 129
2.4.2.6 Programas Especiais: CSV (drogadictos como pessoal voluntário) e "Técnica Outreach" em serviços de drogadependência na Comunidade da Grã Bretanha..... 129
2.5 Política de Combate às Drogas na França 131
2.5.1 Serviços de tratamento para drogadependências..... 131
2.5.2 Políticas de Prevenção e Tratamento: novas estratégias na abordagem as drogadependências para redução de riscos..... 132
2.6 Política de Combate às Drogas na Suiça 134
2.6.1 Definição de objetivos para o grupo de indivíduos consumidores..... 135
2.6.1.1 Prevenção primária, secundária e terciária da patologia somática 135
2.6.1.2 Decréscimo da marginalidade 135
2.6.1.3 Prevenção secundária das drogadependências..... 135
2.7 Política de Combate às Drogas na Alemanha..... 136
2.7.1 Política sobre drogadependências 136
2.8 Política de Combate às Drogas na Finlândia 136
2.8.1 Políticas sobre drogas: Programas de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas 136
2.9 Política de Combate às Drogas na Itália 137
2.9.1 O Sistema Sanitário na Itália..... 137
2.9.2 Serviços de Atenção às Drogadependências SERT "Servizi Tossicodipendenze" e legislação 137
2.9.3 Comitê Regional e o Sistema de Avaliação de Programas no das drogadependências em Veneto 138
2.9.4 Programas de Prevenção e Tratamento das Drogadependências e Avaliação de novos projetos..... 138
2.9.4.1 Programa do Sistema de Informação Regional sobre drogas "DIP. SANITÁ''..... 138
2.9.4.2 Programas de Tratamento as Drogadependências..... 139
2.9.4.3 Programas de Prevenção às drogas na Escola: projetos C,D,E e F 140
2.9.4.4 Programas Anti-drogas na Comunidade:projetos G, H e I 142
2.10 Política de Combate às Drogas na Espanha..... 145
2.10. 1 Legislação..... 145
2.10.1.1 Legislação Administrativa 145
2.10.1.2 Código Penal..... 147
2.10.1.3 Legislação Trabalhista 147
2.10.2 Normas sobre Drogadependência 147

2.10.3 Plano Nacional Sobre Drogas..... 147
2.10.3.1 Prevenção 148
2.10.3.2 Assistência e Reintegração..... 148
2.10.3.3 Coordenação..... 148
2.10.3.4 Formação, Documentação e investigação..... 148
2.10.4 Planos Autônomos 148
2.10.5 Planos Municipais 148
2.10.6 Programa de Prevenção de Drogadependência no Contexto Escolar do Ministério de Educação e Ciência..... 149
2.10.6.1 Marco Teórico de Referencia do Programa de Drogadependência 150
2.10.6.2 Avaliação do Programa..... 150
2.10.7 Políticas de drogas em distintas regiões da Espanha..... 151
2.10.7.1 Comunidade Autônoma de Madrid CAM: Plano Municipal AntiDrogas: Programas de Prevenção, Programas em diversas áreas desenvolvidos pelo Plano Autônomo sobre Drogadependência 151
2.10.7.2 Comunidade Autônoma de Andalucía CAA: Plano Sobre Drogas, Programas de Prevenção, Programas em diversas áreas Desenvolvidos pelo Plano Autônomo sobre Drogadependência 163
2.10.7.3 Comunidade Autônoma de Cataluña CAC: Plano sobre Drogas, Programas de Prevenção, Programas de Assistência e Reintegração Social, Programas em Diversas Áreas Desenvolvidos pelo Plano Autônomo sobre Drogadependência 169
2.10.7.4 Comunidade Autônoma de Galícia CAG: Plano Sobre Drogas, Programas de Prevenção, Programas de Assistência e Reintegração Social, Programas em Diversas Áreas Desenvolvidos pelo Plano Autônomo sobre Drogadependências 174
2.10.7.5 Comunidade Autonóma Del Pais Vasco CAPV: Políticas, Plano Sobre Drogas, Programas de Prevenção Assistência e Reintegração Social, Programas em Diversas Áreas Desenvolvidos pelo Plano Autônomo sobre Drogadependências 192
2.11 Países Membros da União Européia:Políticas de drogas, Diretrizes Antidrogas, Prevenção e Repressão..... 200
2.12 Legislação sobre Drogas dos Países Membros da União Européia (UE) 202
3 Políticas de Combate às Drogas no Brasil 204
3.1 Políticas e Legislação..... 204
3.2 PNAD-Política Nacional Antí-drogas (2000 a 2003)..... 207
3.3 Plano Nacional sobre Drogas do Brasil 1993 - 1998 - Diretrizes e propostas para uma política educacional de prevenção, tratamento e repressão aos usuários e dependentes de drogas 216
3.4 Propostas do I Fórum Nacional Antidrogas (1998) para o Plano Nacional Antidrogas do Brasil 1998 a 2003..... 218
3.4.1 Grupo Prevenção ao uso e abuso de drogas..... 220
3.4.2 Grupo Tratamento da drogadicção..... 228
3.4.3 Grupo Global..... 234
Considerações 240

CAPÍTULO IV
EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE DROGAS NO MUNDO 241
Introdução 241
1 Epidemiologia do Consumo de Drogas nos Estados Unidos da América 245
2 Epidemiologia do Consumo de Drogas em Países da Europa Central, Ocidental e Oriental 251
3 Epidemiologia do Consumo de Drogas na Espanha 260
4 Epidemiologia do Consumo de Drogas no Brasil..... 272

Considerações 281

CAPÍTULO V

MODELOS INTERNACIONAIS DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS 282
Introdução..... 282
1 Modelos Clássicos de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas..... 283
1.1 Distintos Enfoques ou Modelos de Prevenção ao uso de Drogas..... 283
1.1.1 Enfoque ou Modelo Jurídico – Moral..... 284
1.1.2 Enfoque ou Modelo Médico - Sanitarista ou de Saúde Pública..... 285
1.1.3 Enfoque ou Modelo Psico-Social..... 286
1.1.4 Enfoque ou Modelo Sócio-Cultural..... 287
2 Modelos de Prevenção ao Abuso de Drogas na Escola..... 290
2.1 Linhas de Ação a Prevenção na Escola..... 290
2.1.1 Aumento do Controle Social..... 290
2.1.2 Oferecimento de Alternativas 291
2.1.3 Educação..... 291
2.1.3.1 Modelos Pedagógicos de Prevenção ao Abuso de Drogas na Escola..... 291
Considerações..... 296

CAPÍTULO VI

MODELO HOLÍSTICO DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS NAS ESCOLAS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS – BRASIL..... 298
Introdução 298
1 Características do modelo 302
1.1 População alvo 303
2 Objetivos 303
2.1 Objetivos Gerais 303
2.2 Objetivos Específicos 303
2.2.1 Junto aos alunos/ estudantes 303
2.2.2 Junto à família 304
2.2.3 Junto à comunidade..... 304
3 Planejamento de ações de educação preventiva 305
3.1 Estratégias 305
3.1.1 Técnicas de abordagens 305
3.2 Recursos materiais e humanos 306
Considerações 307

TERCEIRA PARTE
CONFIGURAÇÃO DA ADOLESCÊNCIA: VALORES, POTENCIALIDADES E FATÔRES RELACIONADOS AO CONSUMO DE DROGAS

CAPÍTULO VII

ADOLESCÊNCIA, VALORES, POTENCIALIDADES E FATORES RELACIONADOS AO CONSUMO DE DROGAS 309
Introdução 309
1 Adolescência e adicção as drogas..... 314
1.1 Personalidade..... 314
1.2 Adolescência..... 316
1.2.1 Modelos de compreensão da adolescência..... 316
1.2.2 Adolescência e suas fases..... 317
1.2.3 Imagem corporal e psiquismo do adolescente..... 320
1.2.4 Síndrome da Adolescência Normal..... 322
1.3 Drogadicção na adolescência..... 324

1.3.1 Classificação dos fatores de risco ao uso de drogas..... 324
1.3.2 Fatores de risco ao uso de drogas na adolescência..... 325
1.3.3 Ambiente familiar e social e adicções na adolescência..... 326
1.3.4 Fatores de proteção ao uso de drogas na adolescência..... 328
2 Auto-estima e Adolescência..... 329
2.1 Descrição e dimensões de auto-estima..... 329
2.2 Adolescência e auto-estima..... 330
2.3 Auto-conceito..... 331
2.4 A sociedade moderna e os reflexos na auto-estima..... 333
2.5 A auto–estima do adolescente drogadicto..... 335
2.6 Indicadores de auto-estima..... 338
2.7 Indicadores de uma baixa auto-estima (desestima)..... 338
2.8 Indicadores de uma alta auto-estima..... 338
2.9 O sentido da vida como resgatar..... 339
2.10 Como melhorar/ aumentar a auto-estima..... 340
3 Valores na adolescência e adicção as drogas..... 341
3.1 Definição de valores..... 342
3.2 Classificação de valores..... 342
3.3 Comportamento manifesto e o sistema de valores..... 343
3.4 Valores e personalidade..... 345
3.5 Desenvolvimento dos valores na adolescência..... 345
3.5.1 Julgamento moral e educação moral..... 346
3.6 Os valores e sua dimensão com a globalização mundial..... 348
3.7 Educação em valores conducentes a valorização da vida..... 349
3.8 Valores dos adolescentes e adicção as drogas..... 350
3.9 Abordagem terapêutica do drogadicto centrada na reformulação de valores..... 353
4 Criatividade e Adolescência 354
4.1 Criatividade: Abordagens teóricas..... 354
4.1.1 Abordagem Cognitiva..... 356
4.1.2 Abordagens Integrativas..... 356
4.1.3 Abordagens Sociais e Históricas..... 357
4.1.4 Abordagem Neurológica..... 358
4.2 Personalidade criativa..... 359
4.2.1 Características cognitivas e afetivo-emocionais na personalidade da pessoa criativa..... 359
4.2.2 Características do adolescente criativo e inteligente..... 361
4.3 Barreiras no contexto familiar e social ao desenvolvimento e manifestação da criatividade..... 363
4.4 O desenvolvimento da criatividade na escola..... 363
4.5 Treinamento e estimulação da criatividade: algumas técnicas..... 364
4.6 Criatividade e tecnologia desafio diante da globalização mundial..... 366
5 Exclusão Social e Escolar..... 367
Considerações 370

QUARTA PARTE
O ESTUDO DE CAMPO

CAPÍTULO VIII
METODOLOGIA UTILIZADA NO ESTUDO DE CAMPO 373
Introdução 373
1 Caracterização 373
2 População Convidada..... 374
3 Amostra..... 374
3.1 Procedimentos para definição da amostra participante..... 375
4 Instrumento..... 376

4.1 Validação do instrumento através de juízes..... 378
4.2 Aplicação do instrumento para verificação e adaptação..... 378
4.3 Reaplicação do instrumento na sua forma definitiva..... 378
5 Procedimentos na coleta de dados..... 378
6 Aspectos éticos..... 379

CAPÍTULO IX
ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO DE CAMPO 380
Introdução 380
Descrição da Apresentação dos Resultados da Pesquisa 380

Parte I

1 Estudo das Características da Família dos Adolescentes de Ambos os Sexos Estudantes do Ensino Médio da Rede Pública (Grupo A) e Privada (Grupo B) participantes do estudo. 384

Perfil sócio-econômico, psico-educacional, estrutura e composição familiar, estilo de vida dos pais dos adolescentes conhecendo seus: valores, atitudes, hábitos, lazer, crenças, estilo de relacionamentos, conhecimentos e hábitos de uso e abuso de drogas.

1.1 Aspectos sócio-demográficos dos pais dos adolescentes de ambos os sexos..... 384
1.2 Contexto da habitação e situação sócio-econômica da família dos adolescentes de ambos os sexos 385
1.3 Contexto do bairro e ambiente residencial e os recursos utilizados pela família dos adolescentes de ambos os sexos 385
1.4 Estrutura e composição familiar dos adolescentes de ambos os sexos 386
1.5 Estilo de vida, valores, atitudes e hábitos da população parental(pai e mãe) fornecidos pelos adolescentes de ambos os sexos 387
1.6 Crenças, religião e práticas de doutrinas, seitas/filosofias pelas figuras parentais (pais e mães) fornecidos pelos adolescentes de ambos os sexos 388
1.7 Hábitos de consumo de tabaco pelas figuras parentais (pais e mães) fornecidos pelos adolescentes de ambos os sexos 388
1.8 Hábitos de consumo de álcool (bebida) pelas figuras parentais (pais e mães) fornecidos pelos adolescentes de ambos os sexos 389
1.9 Hábitos de consumo de medicamentos e psicotrópicos pelas figuras parentais fornecidos pelos adolescentes de ambos os sexos 392
1.10 Hábitos de uso e abuso de drogas/tóxicos na vida pelas figuras parentais (pais e mães) fornecidos pelos adolescentes de ambos os sexos 394
1.11 Atitudes, reações e comportamentos, nível de informações, interesse pelo tema drogas demonstrados pelas figuras parentais (pais e mães) fornecidos pelos filhos adolescentes de ambos os sexos 394
1.12 Fontes de informações e aquisição de conhecimentos sobre o tema drogas utilizados pelas figuras parentais (pais e mães) fornecidos pelos adolescentes de ambos os sexos 396
1.13 Valores, atitudes e tipo de relacionamento demonstrado pelas figuras parentais (pais e mães) fornecidos pelos filhos adolescentes de ambos os sexos 396

2 Estudo das Características dos Adolescentes de Ambos os Sexos Estudantes do Ensino Médio da Rede Pública (Grupo A) e Privada (Grupo B) Participantes do Estudo 413

Perfil sócio-econômico-cultural-educacional-psicológico e estilo de vida, valores, crenças, motivações e sua relação com o uso e abuso de drogas, grau de conhecimento, autoconceito de imaginação criadora, perfil criativo e potencial de criatividade de adolescentes.

2.1 Aspectos sócio-demográficos e étnicos de adolescentes de ambos os sexos..... 413
2.2 Escolaridade, desempenho, dedicação e motivações de adolescentes de ambos os sexos 414
2.3 Comportamento diante do estilo de vida das figuras parentais (pai e mãe) percepções manifestadas por adolescentes de ambos os sexos..... 415
2.4 Relações interpessoais com as figuras parentais (pai e mãe) quanto a qualidade, Valores, atitudes, sentimentos manifestados por adolescentes de ambos os sexos . 416
2.5 Relações interpessoais com irmãos (homem e mulher) quanto a qualidade, Valores e atitudes, sentimentos manifestados por adolescentes de ambos os sexos 417
2.6 Relações interpessoais com colegas de classe quanto a sentimentos, auto-conceito, auto-estima manifestados por adolescentes de ambos os sexos 419
2.7 Relações interpessoais com corpo docente (professor e direção), quanto ao perfil psico-sócio-cultural-educacional do professor, sentimentos, auto-conceito e auto-estima manifestados por adolescentes de ambos os sexos 421
2.8 Estilo de vida, valores, atitudes e hábitos cultivados e praticados na vida, manifestados por adolescentes de ambos os sexos 425
2.9 Valores, atitudes e cultivo de hábitos, tempo dedicado às atividades preferidas manifestados por adolescentes de ambos os sexos 427
2.10 Crenças, religião e práticas de doutrinas, seitas e filosofias manifestadas por adolescentes de ambos os sexos 429
2.11 Hábitos de consumo de tabaco (idade, tipo, freqüência, local e companhia) manifestados por adolescentes de ambos os sexos..... 430
2.12 Hábitos de consumo de álcool (idade, parceria, tipo de bebida, freqüência na vida) manifestados por adolescentes de ambos os sexos 433
2.13 Hábitos de consumo de medicamentos e psicofármacos, auto-medicação e/ou prescrição médica (idade, motivos, classificação farmacológica, tipo) manifestados por adolescentes de ambos os sexos..... 438
2.14 Hábitos de consumo de drogas "tóxicos" (idade, parceiro, classificação, tipo, freqüência, local e acesso) manifestado por adolescentes de ambos os sexos 442
2.15 Motivações sociais, experimentais, sintomatológicas e psicocognitivas para o consumo de drogas: tabaco, álcool, psicofármacos e "tóxicos" manifestados por adolescentes de ambos os sexos 450
2.16 Grau de conhecimento e/ou nível de informação sobre o tema "drogas" manifestados por adolescentes de ambos os sexos 454
2.17 Autoconceito de imaginação criadora, qualidades criativas expressadas por adolescentes de ambos os sexos 455

Parte II

3 Turbilhão de Idéias (TI) ou "BRAINSTORMING", Fluidez de Pensamentos, Imaginação, Visualização de Cenas, Sentimentos, Mitos e Crenças, Curiosidades sobre o Tema "Drogas de Uso Lícito e Ilícito" Opiniões expressadas por Adolescentes de Ambos os Sexos Estudantes do Ensino Médio da Rede Pública e Privada de Porto Alegre- RS-Brasil 497

3.1 O que pensa, visualiza, idéias, mitos e sentimentos sobre o uso de drogas 497
3.2 Aspectos positivos e negativos do uso de drogas descritos..... 504

3.3 O que necessitam saber sobre o uso e abuso de drogas..... 510
3.4 O que os pais devem fazer junto aos filhos como prevenção do uso e abuso de drogas..... 521
3.5 O que deveria ser feito na escola (sala de aula) pelos professores para prevenção do uso e abuso de drogas 524
3.6 O que deveria ser feito entre colegas e amigos na escola (entre eles) para prevenção do uso e abuso de drogas 528
3.7 O que deveria ser feito por eles jovens para prevenção do uso e abuso de drogas entre os amigos e grupos de iguais no bairro residencial e na comunidade 531
3.8 Por que motivos alguns jovens rejeitam a oferta de drogas apesar da pressão dos amigos e grupos de iguais 535

CAPÍTULO X
SÍNTESE DOS RESULTADOS DO ESTUDO DE CAMPO 539
Introdução 539

Apresentação da Síntese dos Resultados da Pesquisa

Parte I

1 Perfil sócio-econômico, psico-educacional, estrutura e composição familiar e estilo de vida dos pais dos adolescentes - conhecendo seus: valores, atitudes, hábitos, lazer, crenças, estilo de relacionamento, conhecimentos e hábitos de uso e abuso de drogas..... 540

2 Perfil sócio-econômico-cultural-educacional-psicológico e estilo de vida, valores, crenças, motivações e sua relação com o uso e abuso de drogas, grau de conhecimento, autoconceito de imaginação criadora, perfil criativo e potencial de criatividade de adolescentes 548

Parte II

3 Turbilhão de Idéias (TI) ou "*Brainstorming*", Fluidez de Pensamentos, Imaginação, Visualização de Cenas, Sentimentos, Mitos e Crenças, Curiosidades sobre o Tema "Drogas de Uso Lícito e Ilícito" Opiniões expressadas por adolescentes de ambos os sexos Estudantes do Ensino Médio da Rese Pública e Privada de Porto Alegre-RS-Brasil 564

3.1 O que pensa, visualiza, idéias, mitos e sentimentos sobre o uso de drogas 564
3.2 Aspectos positivos e negativos do uso de drogas descritos 566
3.3 O que necessitam saber sobre o uso e abuso de drogas 567
3.4 O que os pais devem fazer junto aos filhos como prevenção ao uso e abuso de drogas 567
3.5 O que deveria ser feito na escola (sala de aula) pelos professores para prevenção ao uso e abuso de drogas 568
3.6 O que deveria ser feito entre colegas e amigos na escola (entre eles) para a prevenção ao uso e abuso de drogas 568
3.7 O que deveria ser feito por eles jovens para a prevenção ao uso e abuso de drogas entre os amigos e grupos de iguais no bairro residencial e na comunidade 569

3.8 Porque motivos alguns jovens regeitam a oferta de drogas, apesar da pressão dos amigos e grupos de iguais 569

CONSIDERAÇÕES FINAIS 571

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 595

ANEXOS..... 622

Anexo 1- Instrumento de coleta de dados: Questionário estruturado..... 623

LISTA DE SIGLAS

AARS- Adolescent Assessment and Referral System (Programa de Assistência a Adolescentes com Problemas Múltiplos)

ABEAD- Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas

ABRADEQ- Associação Brasileira de Centros de Tratamento de Dependência Química

AIDS/SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

ALERT- Experiências de Aprendizagem a Resistencia

APAS- Associação de Pais e Alunos.

ASAM- American Society of Addiction Medicine

BCA- Benefit-Cost-Analysis (Análise Custo Benefício)

CA- Comunidad Autónoma-España

CAC-Comunidad Autónoma de Cataluña-España

CAD-Comunidad Autónoma de Andalucia-España

CAG-Comunidad Autónoma de Galicia-España

CAM-Comunidad Autónoma de Madrid-España

CAPV-Comunidad Autónoma del Pais Vasco-España

CAT- Clubs Degli Alcolisti in Tratamento-Itália

CCAA- Centro Comunitário de Atenção ao Alcoolismo

CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CEF- Clube de Ecologia Familiar

COFEN-Conselho Federal de Entorpecentes-Brasil

COMAD- Conselho Municipal AntiDrogas-Brasil

COMENs-Conselhos Municipais de Entorpecentes-Brasil

CONAD- Conselho Nacional Antidrogas- Brasil

CONENs-Conselhos Estaduais de Entorpecentes-Brasil

CPAD- Comissão do Plano Autônomo sobre Drogadependências

CPM- Circulo de Pais e Mestres

CSAP- Center for Substance Abuse Prevention-EUA

CSV- Serviço Comunitário de Voluntários

CT- Comunidades Terapêutica

DAÍ- Dissertation Abstracts International

DARE- Drug Abuse Resistance Education " junior high school"(Programa de Educação estudantes para desenvolver habilidades de Resistência a pressão dos grupos pares e iniciar o consumo de álcool e abuso de outras drogas)

DGPNSD- Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas- España

DPF-Departamento da Polícia Federal- Brasil

EDEX Kolektiboa- Centro de Recursos Comunitários

EGO- Espoir Goutte d'Or –França- Organização Não Governamental

EPSS- Educação Pessoal, Social e Sanitária

EUA- Estados Unidos da América

FAD- Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción-España

FAT- Fundo de Amparo ao Trabalhador

FEBRACT-Federação Brasileira de Comunidades Terapeuticas- Brasil

FIESP- Federação das Industrias do Estado de São Paulo

FUNAD- Fundo Nacional Antidrogas- Brasil

HBM- Health Believe Model (modelo que destaca a influência das crenças nos comportamentos futuros)

ICM- Institute of Medicine –EUA

L'OGSE- Lei Organica Reforma Sistema Educación-España

MEC-Ministerio de Educación y Ciencia-España

MEC-Ministério de Educação e Cultura-Brasil

MS- Ministério da Saúde- Brasil

NCR- National Research Council-USA

NHSDA- National Household Survey on Drug Abuse-USA (Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Abuso de Drogas)

NIDA- National Institute on Drug Abuse-USA.

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONGs-Organización

ONU- Organização das Nações Unidas

ORE- Regional Office for Europe

OSAT-Office of Substance Abuse Training- EE.UU

PACE- Police and Criminal Evidence Act

PACS –Programa de Agentes Comunitários em Saúde- Brasil

PAD-Plan Autonómico sobre Drogodependencias (Planos Autonomos de Drogas)-España

PAD-Plan Andaluz sobre Drogas-España

PAD-Programa de Assistência aos Drogadependentes-España

PAT- Programa de Assistência ao Trabalhador

PEP-Programa de Educação de Pais-

PET-Parent Effctiveness Training (Programa de Treinamento Adaptação e Capacitação dos Pais em Habilidades da Vida Familiar)- USA

PYD- Parents Yangs Drug- USA (Programa Pais Juventude e Drogas capacitação para melhorar as interrelações no âmbito da comunicação familiar)

PMM- Programa de Manutenção com Metadona

PNAD- Política Nacional Antidrogas-Brasil

PND-Plan Nacional sobre Drogas-España

PPD-Programas de Prevención de Drogodependencias-España

PRD-Programas de Reducción del Daño-España

PRECEDE- Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes for Educational Diagnosis and Evaluation

RIE-Resources in Education

RU- Reino Unido

SERT- Servizi Tossicodipendenze- Itália (Serviço de Atenção as Drogadependências)

S.E.I.T.- Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías- España

SENAD- Secretaria Nacional Antidrogas-Brasil

SISNAD- Sistema Nacional AntiDrogas- Brasil

SOE- Serviço de Orientação Educacional

S.P.S- Strategia Preventiva Per la Scuola –Dip. Politiche Giovanili e Prevenzione- Veneto-Ítalia

SR-Servicios de Reinserción- España

STAR- Students Taught Awareness and Resistance (Programa Escolar de Resistência a Pressão dos Grupos Pares)

STEP- Systemacis Training for Effective Parents (Treinamento Sistemático para Pais Eficazes)

TACADE- Teachers Advisory Council on Alcohol and Drug Education

UAD-Unidade Assistencial de Drogadependência

UE- União Européia

UNICAMP- Universidade de Campinas-SP

UNIFESP- Universidade Federal Estado de São Paulo- SP

UDVP-Usuários de drogas via parenteral

WHO- World Health Organization

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO III

QUADRO I	LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS DOS PAÍSES MEMBROS DA UNIÃO EUROPÉIA	203

CAPÍTULO V

QUADRO II	MODELOS CLÁSSICOS DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS	289
QUADRO III	MODELOS PEDAGÓGICOS DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS NO SISTEMA ESCOLAR	295

CAPÍTULO IX

QUADRO RESUMO IV	ORDEM DE POTENCIAL DE IMAGINÇÃO CRIADORA DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE -RS - BRASIL, POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO	456
QUADRO RESUMO V	ORDEM DO POTENCIAL DE IMAGINAÇÃO CRIADORA DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO	458
QUADRO VI	SÍNTESE "BRAINSTORMING" DAS INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES SOBRE O TEMA DROGAS: CATEGORIAS EMERGENTES A PARTIR DAS PRÉ-DEFINIDAS	383
QUADRO VII	INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS - BRASIL O QUE PENSA, VISUALIZA, IDÉIAS, MITOS E SENTIMENTOS SOBRE O USO DE DROGAS	499
QUADRO VIII	INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL SOBRE OS ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO USO DE DROGAS	505
QUADRO IX	INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL O QUE NECESSITAM SABER SOBRE USO E ABUSO DE DROGAS "LICITAS E ILÍCITAS"	510
QUADRO X	INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL SOBRE O QUE OS PAIS DEVEM FAZER JUNTO AOS FILHOS COMO PREVENÇÃO DO USO E ABUSO DE DROGAS.	521
QUADRO XI	INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL SOBRE O QUE DEVERIA SER FEITO NA ESCOLA (CLASSE - SALA DE AULA) PELOS PROFESSORES PARA PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS.	524

QUADRO XII INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL SOBRE O QUE DEVERIA SER FEITO ENTRE COLEGAS E AMIGOS NA ESCOLA (ENTRE ELES) PARA PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS. 528

QUADRO XIII INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL SOBRE O QUE DEVERIA SER FEITO POR ELES JOVENS PARA PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS ENTRE OS AMIGOS E GRUPOS DE IGUAIS NO BAIRRO RESIDENCIAL E NA COMUNIDADE 531

QUADRO XIV INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL POR QUE MOTIVOS ALGUNS JOVENS REJEITAM A OFERTA DE DROGAS APESAR DA PRESSÃO DOS AMIGOS E GRUPOS DE IGUAIS. 536

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO III

FIGURA 1 PROGRAMA MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DO ALCOÓLISMO JUVENIL NO MUNICÍPIO DE MADRI 1994 157

FIGURA 2 ORGANOGRAMA DA SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD – 1998 206

FIGURA 3 ORGANOGRAMA ATUAL DA SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD/2000 206

CAPÍTULO VII

FIGURA 4 OS DOIS TIPOS DE VALORES, TERMINAIS E INSTRUMENTAIS, SEGUNDO ROKEACH (1973) 343

FIGURA 5 OS TIPOS DE COMPORTAMENTO MANIFESTO DE ESTUDANTES CRIATIVOS E INTELIGENTES, SEGUNDO S. DE LA TORRE (1995) 361

CAPÍTULO IX

FIGURA 6 INDICADORES DE MOTIVAÇÕES SOCIAIS AO CONSUMO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA, SEGUNDO KROWCZUK, 2002 451

FIGURA 7 INDICADORES DE MOTIVAÇÕES EXPERIMENTAIS AO CONSUMO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA, SEGUNDO KROWCZUK, 2002 451

FIGURA 8 INDICADORES DE MOTIVAÇÕES SINTOMATOLÓGICAS AO CONSUMO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA, SEGUNDO KROWCZUK, 2002 452

FIGURA 9 INDICADORES DE MOTIVAÇÕES PSICOCOGNITIVAS AO CONSUMO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA, SEGUNDO KROWCZUK, 2002 453

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO IX

TABELA 1 IDENTIFICAÇÃO PESSOAL DOS PAIS SEGUNDO A IDADE, ESCOLARIDADE, TRABALHO E REMUNERAÇÃO MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS- BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 399

TABELA 2 CARACTERÍSTICAS DA HABITAÇÃO E PATRIMONIO DA FAMÍLIA DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS- BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 400

TABELA 3 LOCALIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA DA FAMÍLIA, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGURANÇA PÚBLICA E LAZER DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS- BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 401

TABELA 4 ESTRUTURA E COMPOSIÇÂO FAMILIAR SEGUNDO TIPO DE UNIÂO, IDADE, SEPARAÇÃO, VÍNCULOS AFETIVO DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS- BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 402

TABELA 4A ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO FAMILIAR ATUAL, SEGUNDO CONVIVÊNCIA, NÚMERO DE IRMÃOS E POSIÇÃO DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS- BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 403

TABELA 5 ESTILO DE VIDA, VALORES, ATITUDES E HÁBITOS DE PAIS MANIFESTADOS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS- BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO . 404

TABELA 6 CRENÇA, RELIGIÃO/ PRATICAS DE PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS- BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO. 405

TABELA 7 HÁBITOS DE CONSUMO DE TABACO SEGUNDO O TIPO, FREQÜÊNCIA E QUANTIDADE, DOS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS - BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 406

TABELA 8 HÁBITOS DE USO E ABUSO DE BEBIDA ALCOÓLICA SEGUNDO O TIPO, FREQÜÊNCIA, QUANTIDADE DOS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS- BRASIL –POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 407

TABELA 9	HÁBITOS DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS COM E SEM PRESCRIÇÃO (RECEITA) MÉDICA DOS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL –POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO	408
TABELA 10	HÁBITOS DE USO E ABUSO DE DROGAS/TÓXICOS, TIPO, FREQÜÊNCIA, VIA DE CONSUMO, DOS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO	409
TABELA 11	ATITUDES, NÍVEL DE INFORMAÇÃO, DE INTERESSE, DE DIÁLOGO, SOBRE O TEMA DROGAS "OFICIAIS/LÍCITAS" E "TÓXICOS/ILÍCITAS" DOS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO	410
TABELA 12	FONTES DE INFORMAÇÕES E SERVIÇOS QUE ORIENTAM A ABORDAGEM EDUCATIVA SOBRE O TEMA DROGAS/TÓXICOS DOS PAIS, MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS – BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO .	411
TABELA 13	VALORES, TITUDES, E RELACIONAMENTO DOS PAIS COM A ESCOLA, MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO	412
TABELA 14	IDENTIFICAÇÃO PESSOAL SEGUNDO A IDADE, ETNIA DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL –POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO	459
TABELA 14[A]	IDENTIFICAÇÃO PESSOAL SEGUNDO ESTADO CIVIL, NATURALIDADE, PROFISSÃO E RENDA MENSAL DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS – BRASIL - POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO	460
TABELA 15	ESCOLARIDADE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, TURNO, DEDICAÇÃO, DESEMPENHO E MOTIVAÇÕES DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO	461
TABELA 16	ATITUDES, VALORES E SENTIMENTOS SOBRE O ESTILO DE VIDA DOS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS- BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO	462
TABELA 17	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM OS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL –POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO.	463

TABELA 18 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM SEUS IRMÃOS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS – BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 464

TABELA 19 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM SEUS COLEGAS DE CLASSE EM RELAÇÃO À QUALIDADE, VALORES, ATITUDES, DESCONTENTAMENTO, INTENSIDADE DE AFETO E AMIZADE MANIFESTADOS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 465

TABELA 20 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM OS PROFESSORES E DIREÇÃO DA ESCOLA, MANIFESTADOS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS- BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 466

TABELA 21 ESTILO DE VIDA, VALORES, ATITUDES, HÁBITOS DE 1004 ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS - BRASIL –POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO 467

TABELA 21[A] ESTILO DE VIDA, VALORES, ATITUDES, HÁBITOS DE 524 ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE- RS – BRASIL – POR ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO 468

TABELA 21[B] ESTILO DE VIDA, VALORES, ATITUDES, HÁBITOS DE 480 ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS –BRASIL – POR ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO 469

TABELA 22 VALORES, ATITUDES, HÁBITOS E TEMPO DIÁRIO DEDICADO ÀS ATIVIDADES PREFERIDAS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS- BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO 470

TABELA 22[A] VALORES, ATITUDES, HÁBITOS E TEMPO DIÁRIO DEDICADO A ATIVIDADES PREFERIDAS POR ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE- RS – BRASIL– POR ESCOLAS E SEXO 471

TABELA 22[B] VALORES, ATITUDES, HÁBITOS E TEMPO DIÁRIO DEDICADO A ATIVIDADES PREFERIDAS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL – POR ESCOLAS E SEXO 472

TABELA 23 CRENÇA, RELIGIÃO, SEITA E PRATICAS DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL –POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO . 473

TABELA 24 HÁBITOS DE CONSUMO DE TABACO SEGUNDO O TIPO, FREQÜÊNCIA, QUANTIDADE POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 474

TABELA 24[A] IDADE, LOCAL E COMPANHIA DE CONSUMO DE TABACO PELA 1[A] VEZ DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 475

TABELA 25 CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, SEGUNDO O TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL –POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO 476

TABELA 25$_{I}$ CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, SEGUNDO O TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL –POR ESCOLAS E SEXO 477

TABELA 25$_{II}$ CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA SEGUNDO O TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA DE PORTO ALEGRE –RS – BRASIL –POR ESCOLAS E SEXO 478

TABELA 25[A] IDADE, LOCAL, COMPANHIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, PELA 1[A] VEZ DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS –BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 479

TABELA 25[B] CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NA VIDA, QUANTIDADE, E FREQÜÊNCIA DE EMBRIAGUEZ, LOCAL ATUAL E COMPANHIA DE CONSUMO POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 480

TABELA 26 HÁBITOS DE CONSUMO DE PSICOFÁRMICOS E MEDICAMENTOS COM E SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA, DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 481

TABELA 26[A] HÁBITOS DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS POR AUTOMEDICAÇÃO, POR IDADE DE USO, MOTIVOS E PROBLEMAS FÍSICO-EMOCIONAIS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS – BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 482

TABELA 26[B] USO DE PSICOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS SEM PRESCRIÇÃ0 (RECEITA) MÉDICA, POR TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS- BRASIL- POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO 483

TABELA 26[B]$_{I}$ USO DE PSICOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS SEM PRESCRIÇÃO (RECEITA) MÉDICA POR TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE – RS BRASIL – POR ESCOLA E SEXO 484

TABELA 26^{B}_{II} USO DE PSICOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS SEM PRESCRIÇÃO (RECEITA) MÉDICA POR TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS– BRASIL -POR ESCOLA E SEXO 485

TABELA 27 DROGAS/ TÓXICOS SEGUNDO TIPO E FREQÜÊNCIA DE USO NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO 486

TABELA 27_{I} DROGAS/ TÓXICOS SEGUNDO O TIPO E FREQÜÊNCIA DE USO NA VIDA, DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE-RS- BRASIL- POR ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO 487

TABELA 27_{II} DROGAS/ TÓXICOS SEGUNDO TIPO E FREQÜÊNCIA DE USO NA VIDA, DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS –BRASIL -POR ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO 488

TABELA 27^{A} USO DE DROGAS/TÓXICOS SEGUNDO A FORMA DE CONSUMO, IDADE, LOCAL E PESSOAS QUE OFERECERAM PELA PRIMEIRA VEZ AOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL –POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 489

TABELA 27^{B} USO DE DROGAS/TÓXICOS SEGUNDO COMPANHIA DE QUEM CONSUMIU PELA PRIMEIRA VEZ E A ATUAL, LOCAL ATUAL DE CONSUMO, DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL –POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 490

TABELA 27^{C} USO DE DROGAS/TÓXICOS SEGUNDO ACESSO, TIPO DE CONSUMIDOR E TRÁFICO POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL- POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 491

TABELA 28 MOTIVAÇÕES SOCIAIS E EXPERIMENTAIS DO CONSUMO DE DROGAS: TABACO, ÁLCOOL, PSICOFARMACOS/MEDICAMENTOS E DROGAS/ TÓXICOS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE- RS - BRASIL- POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS, TIPOS DE DROGAS E SEXO 492

TABELA 28^{A} MOTIVAÇÕES SINTOMATOLÓGICAS E PSICOCOGNITIVAS DO CONSUMO DE DROGAS: TABACO, ÁLCOOL, PSICOFÁRMACOS/ MEDICAMENTOS E DROGAS/TÓXICOS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL- POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS, TIPOS DE DROGAS E SEXO 493

TABELA 29 GRAU DE CONHECIMENTO (VERDADEIRO- FALSO- NÃO SABE)- SOBRE O TEMA DROGAS DE 1004 ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS –BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO 494

TABELA 29[A] GRAU DE CONHECIMENTO (TEM, NÃO TEM) SOBRE O TEMA DROGAS DE 1004 ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO 495

TABELA 30 AUTOCONCEITO DE IMAGINAÇÃO CRIADORA, QUALIDADES MANIFESTAS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL –POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO 496

RESUMO

O estudo desta tese sobre drogadicção na adolescência objetivou descobrir, através da análise do Estilo de Vida dos pais e do próprio adolescente, indicadores de fatores de risco (nível individual, microsocial e macrosocial) predeterminantes do consumo de substâncias psicoativas entre os estudantes do Ensino Médio da cidade de Porto Alegre-RS-Brasil; diagnosticar e revelar os perfis das figuras parentais (pai e mãe), dos adolescentes e do professor; mostrar a descontextualização das políticas de ação e modelos de prevenção ao uso e abuso de drogas referenciados em programas educativos de prevenção escolar; e apresentar um Modelo Holístico de Prevenção ao uso e abuso de drogas para as escolas da rede de ensino público e privado da cidade estudada.

Participaram da amostra um mil e quatro (1004) adolescentes, sendo 462 do sexo masculino e 542 do sexo feminino. Esta amostra foi selecionada, intencionalmente, de oito (8) escolas da rede estadual, sendo quatro (4) escolas da rede pública (Grupo A) e quatro da rede privada (Grupo B) da cidade de Porto Alegre – RS -Brasil. A faixa etária dos sujeitos se situou entre quatorze (14) e vinte e um (21) anos.

O Instrumento utilizado foi o Questionário sobre Estilo de Vida, para estudantes, estruturado em duas partes: questões fechadas e questões abertas.

A metodologia de análise do estudo de campo foi de caráter quantitativo com Técnicas de Estatística Descritiva (média e percentuais) e qualitativo descritivo e interpretativo assentada na Análise de Conteúdo (Bardin,1977; Krowczuk, 1988) do material obtido através da Técnica de Turbilhão de Idéias (Prado,1995) ou brainstorming a partir das grandes categorias pré-definidas, tendo como referencial teórico a Psicanálise.

Os resultados mostram que os estudantes fizeram uso, alguma vez na vida, das drogas: álcool (87,22%); tabaco (38,55%); medicamentos (35,70%); cannabis (79,39%); inalantes/solventes (22,03%); cocaína (19,99%); alucinógenos (6,98%) e opiáceos (2,55%). E (30,99%) consumiram drogas de uso ilícito alguma vez na vida; experimentadores multidrogas (48,37%). Adolescentes das escolas públicas (Grupo A) apresentam maior comportamento disfuncional de consumo em relação aos das privadas (Grupo B). Quanto aos fatores de risco identificados como facilitadores para o uso e abuso de substâncias psicoativas destacam-se: conflitividade pessoal; imaturidade; baixa auto-estima e auto-imagem corporal e social; ansiedade; depressão; vitimização; estilo de vida irreverente (busca emoções; rebeldia); motivações sociais, experimentais, sintomatológicas e psicocognitivas do uso; influência da conduta adictiva dos pais, dos lideres de classe, dos amigos e grupos de iguais, da mídia e publicidade; estrutura familiar deteriorada; sofrimento psíquico; presença de patologia sócio-familiar; isolamento e conflito interpessoais nas relações parentais, com companheiros e professores; insuficiente grau de conhecimento sobre conseqüências do uso; não ter religiosidade; estilo de vida dos pais/ mães (valores, hábitos, atitudes); estilo de educar anti psicopedagógico (pais, professores); despreparo de pais e professores ao abordar conseqüências do uso; ausência de estímulos do potencial criativo; ausência de projeto de vida pessoal; fracasso escolar; exclusão social e escolar; marginalização; delinqüência; atitude social permissiva; poder de aquisição de drogas; pertencer a nível sócio-econômico mais elevado; ausência de integração família x escola x lideranças da comunidade residencial; ausência de planejamento estratégico de programas de prevenção; uso excessivo de mecanismos de defesa (família, professores, estudantes, sociedade); comunicação de duplo vinculo (doublé bind) pais e professores. Os fatores de risco identificados e as sugestões dos estudantes nortearam a elaboração do Modelo Holístico de Prevenção. As políticas públicas vigentes revelam modelos de prevenção ao consumo de drogas fora do contexto e um discurso social inoperante dos governantes (nível Municipal, Estadual e Federal) do país.

Descritores: Drogadicção na Adolescência, Políticas e legislação, Epidemiologia, Prevenção, Modelo Holístico, Estilo de Vida, Fatores de risco, Consumo de substâncias psicoativas, Psicanálise.

Título: Drogadicção na Adolescência, Políticas de ação e Modelos Educativos de Prevenção: Estudo comparativo entre estudantes da rede de Ensino Médio de Porto Alegre – RS – Brasil.

ABSTRACT

This doctoral thesis on adolescent drugaddiction aimed at finding out, by analyzing the lifestyle of parents and adolescents themselves, indicators of risk factors (individual, microsocial and macrosocial levels) that may predetermine the tendency to psychoative substances consumption among High School students in the city of Porto Alegre, RS, Brazil. The thesis also is intended to diagnose and to reveal the profiles of both the adolescent's parents and the teachers; to show how the policies and models used in educational programs for the prevention of use and abuse of drugs in schools is not in keeping with reality, and, finally, to suggest a Holistic Model for Prevention of the use and abuse of drugs to be offered to both private and public schools in the city under study.

One thousand and four (1004) adolescents, four hundred and sixty two (462) male and five hundred and forty two (542) female, have been sampled. The sampling was intentionally taken from eight (8) schools in Porto Alegre, RS, Brazil, four (4) from the public network (Group A) and four (4) from the private network (Group B). The age-bracket of the subjects under study ranged from fourteen (14) to twenty-one (21).

The tool male use of for the research was a Questionnaire on Life Style, to be answered by the students, and divided into two parts, namely, closed questions and open questions. The analysis methodology of the field study was both quantitative, involving Descriptive Statistics Techniques (averages and percentages) and descriptive-interpretative qualitative, based on Content Analysis (Bardin, 1977; Krowczuk, 1988) of data obtained by means of the brainstorming technique, starting from the greater pre-defined categories and having Psychoanalysis as referential.

Results have shown that, some time in their lifetime, students made use of the following drugs: alcohol (87,22%); tobacco (38,55%); pharmacy drugs (35,70%); cannabis (79,39%); inhalants/solvents (22,03%); cocaine (19,99%); hallucinogenic drugs (6,98%) and opiates (2,55%). 30,99% consumed illicit drugs at least once in their lifetime; 48,37% are multidrugs experimenters. Public school adolescents (Group A) display a higher dysfunctional behavior than their peers in private schools (Group B). Also, the study shows that the following risk factors identified as easing the way to using and abusing psychoactive substances outstand: personal conflicts; immaturity; low-level of self-esteem; low-level of bodily and self-image; anxiety; depression; victimization; irreverent life-style (emotion seeking; rebel behaviour); motivation to drug use due to environment, to yearning to experiment, to psychocognitive and symptomatic urges; influence of addictive behaviour of parents, of class leaders, of friends and peers, of midia and publicity; deteriorated family structure; psychic suffering; presence of family psycho-pathology; isolation and interpersonal conflict between parents and colleagues and teachers; poor knowledge of consequences of drug use; lack of religious feelings; life-style of parents (values, customs, attitudes); anti-psychopedagogic teaching style (parents, teachers); parents and teachers are not prepared to approach the consequences of drug use; creative potential lacking in stimulus; absence of personal life project; failure in school; social and school exclusion; marginalizing; delinquency; permissive social attitude; being able to afford drugs; belonging to a higher socio-economic level; lack of integration among family, school, and local community leaderships; lack of strategic prevention programs; excessive use of defense mechanisms (family, teachers, students, society); parent-teacher double-bind communication.

The risk factors that have been identified were the guidelines along which the Holistic Prevention Model has been structured. The public policies in power reveal not only that the models used to prevent the use of drugs is not in keeping with reality but also that the discourse of the governing officials (Municipal, State, and Country leves) is inoperative.

Key Words: Drugaddiction in Adolescence, Policies and legislation, Epidemiology, Prevention, Holistic Model, Life Style, Risk Factors, Consumption of psychoactive substances, Psychoanalysis.

Title: Drogaddiction in Adolescence, policies of action and prevention educational models: a comparative study of High-School students in Porto Alegre-RS-Brazil

RESUMEN

El estudio de esta tesis sobre drogadicción en la adolescencia pretendió descubrir, a través del análisis del Estilo de Vida de los padres y del propio adolescente, indicadores de factores de riesgo (nivel individual, microsocial y macrosocial) predeterminantes del consumo de substancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media de la ciudad de Porto Alegre – RS - Brasil; diagnosticar y revelar los perfiles de las figuras parentales, de los adolescentes y del profesor; mostrar la descontextualización de las políticas de acción y modelos de prevención al uso y abuso de drogas referidos en programas educativos de prevención escolar; y presentar un Modelo Holístico de Prevención al uso y abuso de drogas para las escuelas de la red de enseñanza pública y privada de la ciudad estudiada.

Participaron de la muestra mil cuatro (1004) adolescentes; 462 del sexo masculino y 542 del sexo femenino. Esta muestra se seleccionó, intencionalmente, de ocho (8) escuelas de la red estatal, de las cuales, cuatro (4) escuelas de la red pública (Grupo A) y cuatro de la red privada (Grupo B) de la ciudad de Porto Alegre- RS - Brasil. Las edades de los sujetos se situó entre catorce (14) y veintiún (21) años.

El Instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre Estilo de Vida, para estudiantes, estructurado en dos partes: preguntas cerradas y preguntas abiertas.

La metodología de análisis del estudio de campo fue de carácter cuantitativo con Técnicas de Estadística Descriptiva (promedio y porcentuales) y cualitativo descriptivo e interpretativo asentada en el Análisis de Contenido (Bardin, 1977; Krowczuk, 1988) del material obtenido a través de la Técnica de Torbellino de Ideas (Prado, 1995) o brainstorming a partir de las grandes categorías predefinidas, teniendo como referencia teórica el Psicoanálisis.

Los resultados muestran que los estudiantes hicieron uso, alguna vez en la vida, de las drogas: alcohol (87,22%); tabaco (38,55%); medicamentos (35,70%); cannabis (79,39%); inhalantes /solventes (22,03%); cocaína (19,99%); alucinógenos (6,98%) y opiáceos (2,55%). Y (30,99%) consumieron drogas de uso ilícito alguna vez en la vida; experimentadores multidrogas (48,37%). Adolescentes de las escuelas públicas (Grupo A) presentan mayor comportamiento disfuncional de consumo con relación a los de las privadas (Grupo B). En lo que se refiere a los factores de riesgo identificados como facilitadores para el uso y abuso de substancias psicoactivas se destacan: conflictividad personal; inmadurez; baja autoestima y autoimagen corporal y social; ansiedad; depresión; victimización; estilo de vida irreverente (busca emociones, rebeldía); motivaciones sociales, experimentales, sintomatológicas y psicocognitivas del uso; influencia de la conducta adictiva de los padres, de los lideres de clase, de los amigos y grupos de iguales, de los medios de comunicación y publicidad; estructura familiar deteriorada; sufrimiento psíquico; presencia de patología socio-familiar; aislamiento y conflictos interpersonales en las relaciones con parientes, con compañeros y profesores; insuficiente grado de conocimiento sobre consecuencias del uso; no tener religiosidad; estilo de vida de los padres/madres (valores, hábitos, actitudes); estilo de educar antipsicopedagógico (padres, profesores); falta de preparación de los padres y profesores al abordar las consecuencias del uso; ausencia de estímulos del potencial creativo; ausencia de proyecto de vida personal; fracaso escolar; exclusión social y escolar; marginalidad: delincuencia; actitud social permisiva; poder de adquisición de drogas; pertenecer a nivel socioeconómico más elevado; ausencia de integración familia x escuela x liderazgo de la comunidad residencial; ausencia de planeamiento estratégico de programas de prevención; uso excesivo de mecanismos de defensa (familia, profesores, estudiantes, sociedad); comunicación de doble vinculo (doublé bind) padres y profesores.

Los factores de riesgo identificados y las sugerencias de los estudiantes condujeron la elaboración del Modelo Holístico de Prevención. Las políticas públicas vigentes revelan modelos de prevención al consumo de drogas fuera del contexto y un discurso social inoperante de los gobernantes (nivel Municipal, Estatal y Federal) del país.

Palabras clave: Drogadicción en la Adolescencia, Políticas y legislación, Epidemiología, Prevención, Modelo Holístico, Estilo de vida, Factores de riesgo, Consumo de substancias psicoactivas, Psicoanálisis.

Título: Drogadicción en la Adolescencia, Políticas de acción y Modelos Educativos de Prevención: Estudio Comparativo entre Estudiantes de la Red de Enseñanza Media de Porto Alegre – RS – Brasil.

INTRODUÇÃO

O estudo da drogadicção na adolescência, objeto de investigação desta tese, está centrado na elucidação e interpretação deste período de desenvolvimento biopsicossociocultural que vivencia o ser humano imerso numa crise existencial.

O consumo de drogas de forma abusiva é o reflexo da grande crise vivenciada pelo homem atual interagindo numa sociedade capitalista selvagem estressora, estimuladora de um consumismo desenfreado, e promotora de comportamentos impulsivos, adictos, narcisistas e perversos desprovidos de valores morais, éticos e de fraternidade humana.

O consumo de drogas ilícitas transformou-se em uma preocupação mundial devido às proporções assumidas pelo problema do aumento da produção, do tráfico e do uso indevido. Trata-se de um flagelo humano que está presente em todos os segmentos da sociedade que afeta terrivelmente a saúde e a própria vida de milhões de pessoas, principalmente jovens em plena fase de seu desenvolvimento físico-emocional, e adultos jovens em plena idade reprodutiva , educacional e produtiva para contribuir ao desenvolvimento social, político, econômico, cultural da sociedade.

Historicamente as drogas sempre existiram e o seu consumo é uma prática milenar e universal. Os quadros de abuso e dependência ao álcool e outras drogas caracterizam-se por uma forma particular de relação dos seres humanos com tais substâncias químicas que possuem uma ação definida sobre o sistema nervoso central (SNC) e, conseqüentemente sobre o psiquismo. Portanto ao longo da história da humanidade, o homem, numa atitude individual ou grupal, por rito, busca de autoconhecimento, prazer, socialização ou diante de situações de crise existencial, tem consumido algum tipo de droga natural ou sintética visando alterar a percepção da realidade externa e interna, e poder enfrentar corajosamente as exigências e situações de estresse na vida cotidiana.

Para saber que motivos e que fatores determinam que um adolescente se sinta atraído, seduzido a experimentar e a consumir drogas de forma abusiva tornando-se dependente é necessário investigar os motivos e compreender que seu comportamento pode ser resultante de suas relações familiares e de sua exploração social.

Para a ciência as síndromes relacionadas ao abuso e dependência de substâncias devem ser vistas como um fenômeno multifatorial que o descreve como biopsicossocial, considerando que o problema tem profundas raízes na personalidade do adolescente, na sua família e no mundo que o cerca (contexto microsocial e macrosocial).

Poucos fenômenos sociais se revestem de tão grande complexidade como é o uso de drogas.

Vários estudiosos têm se voltado em identificar grupos com determinadas características na infância, que seriam preditores do envolvimento com drogas na

adolescência. Crianças com dificuldade excessiva em respeitar regras e limites, com hiperatividade, baixa tolerância a frustrações, dificuldades de aprendizagem escolar, crianças com figuras parentais (pai e mãe) que não estabelecem limites, ausência de valores norteadores e que não modulam afeto tem maior propensão a se tornarem dependentes de drogas na adolescência.

A partir do final da década de oitenta as pesquisas publicadas sobre levantamentos epidemiológicos realizados tanto em nível internacional como no Brasil revelam que o consumo de drogas tem aumentado entre os jovens de 10 a 19 anos de idade, estudantes da rede de ensino fundamental e médio, e entre os adultos jovens em idade reprodutiva (30 anos).

No Brasil é preocupante o aumento do consumo de drogas e o problema da difusão dos tóxicos entre a juventude de todos os segmentos da sociedade. Embora o país apresente profundas desigualdades sociais e econômicas, o uso e abuso das drogas acontecem apesar dessas desigualdades para preencher o vazio existencial das necessidades básicas humanas bem como o vazio existencial causado pela ausência do amor (pai). A droga seduz porque pode preencher esse vazio existencial da ausência do pai "falo organizador", embora temporariamente ilusório .

Este fato tem mobilizado profissionais das áreas das ciências da saúde, da educação, ciências sociais e humanas para, num esforço conjunto com outros segmentos da sociedade, investir em pesquisas, mesmo com parcos recursos, e promover debates sobre o consumo de multidrogas "politoxicomanias". O problema da oferta versus à procura e o aumento da violência tanto intrafamiliar quanto urbana tem sido os temas predominantes nos debates, cujo objetivo principal é alcançar medidas de redução da oferta- controle do tráfico- e medidas de prevenção ao inicio de uso e consumo abusivo de drogas.

Historicamente o governo brasileiro esboçou e apresentou em 1988 e 94 algumas diretrizes para uma política nacional de prevenção ao uso de drogas nas escolas através do Ministério de Educação e do Desporto –MEC, porém com reduzidos recursos financeiros dificultando sua plena operacionalização e obtenção de resultados menos preocupantes. O então Conselho Federal de Entorpecentes – COFEN propôs uma política de ações integradas dos recursos dos Órgãos da União e de entidades não governamentais visando obter apoio para os Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes para o fortalecimento e efetivação da política de prevenção ao consumo de drogas. As universidades Instituições Federais de Ensino Superior- IFES, enquanto responsáveis pela formação de recursos humanos, deveriam prepará-los de forma sistemática e com conhecimentos científicos indispensáveis para o futuro exercício profissional e, para o desenvolvimento de projetos de pesquisas e programas educativos de prevenção ao consumo de drogas junto às comunidades.

No Brasil falar em drogas virou modismo, compartilhado por amplas faixas da sociedade, incluindo as autoridades, que teriam como tarefa estabelecer programas racionais voltados à repressão do tráfico de drogas "narcotráfico", a prevenção do consumo na população , em especial os jovens, e ao tratamento de usuários dependentes.

O precário conhecimento científico sobre as tendências ao uso de distintas substâncias institucionalizadas e não institucionalizadas pela juventude e população adulta do país impulsionou os profissionais envolvidos diretamente com o problema de consumo de drogas a investirem na realização de pesquisas epidemiológicas, clínicas, farmacológicas, sociológica e antropológica com intuito de conhecer o problema das drogas e suas raízes, inicialmente na realidade escolar do ensino de 1º e 2º graus da rede pública e particular brasileira, visando a

formação de um banco de dados sobre o tipo de consumidor de drogas, para avaliar a extensão do problema drogas entre os jovens e adultos e para fundamentação de futuras ações na área de prevenção, tratamento e de recuperação de dependência química.

Enquanto profissional das ciências da saúde e da educação temos constatado no exercício cotidiano junto à demanda de crianças, adolescentes e seus familiares assistidos na rede ambulatorial de serviços de saúde pública e de saúde mental do governo do Estado, bem como junto à rede de escolas pública Estadual e Federal local, desenvolvemos programas preventivos e de assistência integral à saúde de estudantes que cursam o Ensino Fundamental e Médio (1º e 2º graus). As ações destes programas voltadas para a prevenção ao consumo de drogas e promoção de estilos de vida saudáveis, que visam a valorização da vida, são ações isoladas de profissionais especialistas em saúde mental, de integrantes de equipe multiprofissional e professores de escolas da rede ensino público e privado e ligados a universidades.

Estes profissionais das ciências da saúde, humanas e da educação vivenciam no cotidiano os inúmeros problemas que vivem nossas crianças e adolescentes não só como resultado das precárias condições de saúde e desenvolvimento emocional, seqüelas da condição social e econômica de suas famílias, mas como também são vítimas de diversas formas de abuso e violência sofridas no âmbito familiar e social. Diante de tais situações são estes profissionais que procuram meios para debater e aprofundar conhecimentos elucidativos dos fatores de risco e aqueles de proteção, que envolvem a adolescência normal e patológica. Deste modo eles podem adquirir instrumentos adequados a cada etapa do desenvolvimento e podem exercitar, no cotidiano, ações preventivas no campo da drogadependência em nível primário e secundário.Capacitam-se também para a elaboração do desenho e desenvolvimento de um programa preventivo para a infância e adolescência dirigido a impedir, ou postergar o surgimento/ manifestação de condutas de consumo, uso e abuso de distintas drogas "substâncias de uso lícito e ilícito".

Os programas dirigidos a educadores e profissionais da área da saúde e áreas afins para se tornarem multiplicadores junto as suas respectivas comunidades, ainda hoje, neste terceiro milênio, são muito débeis e incipientes por falta de recursos destinados a pesquisa, a capacitação de recursos humanos para a elaboração e implantação de programas preventivos em drogadependências, por descaso das autoridades a infância e adolescência brasileira , se perpetuando como mais um dos graves problemas de ordem nacional com repercussão internacional.

Na analise de legislação de políticas públicas constata-se que o governo brasileiro, avançou a partir de 1998 por pressões externas, atendendo as recomendações da Convenção Internacional contra o tráfico ilícito de drogas Narcóticas e de Substâncias Psicotrópicas, propiciou um amplo debate nacional sendo realizado o I Fórum Nacional Antidrogas onde com participação ampla de pessoas e entidades não governamentais e aquelas ligadas a órgãos do governo na esfera Federal,Estadual e Municipal e outros seguimentos da comunidade. Foram então apresentadas sugestões às questões relativas ao tratamento legal a ser dado ao problema das drogas no país, com a finalidade de aprovar a Política Nacional Antidrogas que em seu texto final demonstra que o país possui leis consideradas bem mais avançadas que as anteriores não só na área da repressão do uso indevido, do tráfico ilícito, de produção de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica, e de prevenção do uso indevido, mas também como das distintas atividades relacionadas ao tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes; do acompanhamento e avaliação de gestão de recursos do Fundo Nacional Antidrogas e do desempenho de planos e programas

de Política Nacional Antidrogas e da integração ao Sistema Nacional Antidrogas aos órgãos congêneres dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Ao divulgar a Resolução RDC Nº 101 em 30 de maio de 2001, o governo atualiza a legislação referente à internação, interdição civil, tratamento e recuperação de drogadictos, estabelece as diretrizes para assistência, regulamenta o funcionamento Técnico das Comunidades Terapêuticas, segundo o Modelo Psicossocial. Mas apesar disto continuamos nos confrontamos com uma realidade cruel, bem diferente do que apregoa a legislação em vigor.

O que presenciamos é o forte cunho excludente das políticas econômicas e sociais adotadas no país, agravado pela atual crise econômica e política, que de forma perversa continua excluindo uma grande parcela da população, especialmente crianças e adolescentes, dos direitos e benefícios da sociedade, causando danos irreparáveis ao pleno desenvolvimento desta faixa etária considerada o futuro da nação.

A justificativa ou motivações iniciais em se fazer um estudo sobre "drogadicção na adolescência", detendo-nos sobre os fatores de risco como fundamento de programas preventivos é a convicção,emanada da minha prática, de que o estilo de vida da família, as influências paternas, as influências sociais dos grupos pares, dos meios de comunicação, do ambiente educativo, do amplo ambiente sócio-cultural, das caraterísticas físicas e estruturais da personalidade, baixa autoestima, auto-imagem corporal e social percebida idealizada e desvalorada, desprovido de uma escala de valores, as atitudes manifestas "violência e o poder" pelo adolescente na sua etapa de desenvolvimento biopsicossocial inserido em seu contexto familiar, sócio-educativo-cultural, configuram a síndrome de adicções.

O estudo teve por objetivo descobrir, através do Estilo de Vida manifestado pelos estudantes, os fatores de risco (nível individual, microsocial e macrosocial) determinantes que configuram o quadro revelador da drogadicção na adolescência em ambos os sexos entre os estudantes do ensino médio de escolas da rede pública e privada de Porto Alegre capital do Estado do Rio Grande do Sul –Brasil, procurando diagnosticar, traçar e revelar:

- O perfil sócio-econômico-psico-educacional , estrutura e composição familiar, o estilo de vida: valores, crenças, hábitos de consumo de drogas das figuras parentais;
- O perfil sócio-econômico-cultural-educacional e psicológico do adolescente e seu estilo de vida , valores, crenças , motivações e sua relação com o consumo ou rejeição da oferta de drogas;
- O grau de conhecimentos e informações que dispõem sobre a ação das drogas;
- O autoconceito de imaginação criadora, perfil criador e potencial de criatividade enquanto fator de propensão ou proteção a drogadicção;
- A manifestação de opiniões e sugestões expressadas por adolescentes de como deverá ser abordado,tratado e trabalhado o programa de prevenção de drogas que contemplem a promoção da saúde;
- O perfil psicosocio-cultural-educacional do professor;
- As contradições existentes no sistema educacional, atitudes educativas estigmatizantes, posturas manifestadas pelo corpo docente, que caracterizam formas de exclusão social e escolar para com os adolescentes estudantes usuários sociais e ou dependentes de drogas, identificadas na análise sobre a qualidade das relações interpessoais entre adolescentes x professores e direção da escola;

- Tipo de atitudes manifestadas (professores e direção) e modelos de prevenção que orientam a adoção de abordagens de intervenção educativas direcionadas para a prevenção ao uso e a drogadependência junto aos adolescentes e suas famílias integradas na instituição educacional.

A sistematização do conhecimento sobre o tema "drogadicção na adolescência" partiu do problema extremamente preocupante no Brasil, tendo como reflexo o descaso das autoridades, a inoperância do Estado quanto ao cumprimento da legislação e operacionalização efetiva da Política Nacional Antidrogas em todo território nacional, não somente ao que diz respeito aos órgãos de coordenação, mas também dotar o sistema de saúde e educação de infraestrutura (recursos financeiros, humanos, materiais apropriados) com condições adequadas para que sejam planejadas e efetivamente operacionalizadas as ações e programas de prevenção às drogas direcionados especialmente à população de crianças e adolescentes estudantes da rede de ensino fundamental e médio, respeitando os diferentes contextos micro e macrosocial regionais do país.

A tese está estruturada em quatro partes. A **primeira** compreende o **Capítulo I** destinado ao planejamento teórico-metodológico do estudo que compreende: a especificação das etapas do procedimento teórico-metodológico utilizado na elaboração da tese, no qual procura-se apresentar a definição e a especificação do problema da investigação, e justificar a escolha do tema; os objetivos que nortearam o estudo; a definição de conceitos prévios que servem de referência para o estudo, bem como a metodologia utilizada para a abordagem do problema.

A **segunda** parte, refere-se ao resultado do estudo sobre a Configuração histórico-contextual das drogas: farmacologia e aspectos globais, políticas, epidemiologia e modelos de prevenção no mundo e no Brasil, que compreende os capítulos II, III, IV, V e VI.

No **Capítulo II**, são descritos os aspectos globais das drogas, dá-se uma visão sobre a história de cada tipo de substância psicoativa institucionalizada e não institucionalizada, sua evolução de consumo, destacam-se os efeitos principais no sistema nervoso central (SNC), tipo de dependência, repercussões na vida pessoal do usuário drogadicto e para a sociedade, também se analisa e apresenta uma visão de abordagens antropológica e sociológica das toxicomanias e/ ou drogadependências na humanidade.

No **Capítulo III** são destacados os aspectos mais importantes sobre a adoção de Políticas de Combate às Drogas no Mundo em relação a medidas de combate e prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas e estratégias de controle e combate ao tráfico internacional e nacional.

No primeiro momento, examina-se a Política de Combate às Drogas adotada pelos Estados Unidos da América-EUA, buscando destacar os pontos centrais de suas diretrizes direcionadas ao controle e prevenção do consumo de drogas "substâncias institucionalizadas e não institucionalizadas" na comunidade e no sistema educacional americano, destacando os modelos e programas adotados até 1995, também é descrito sobre o combate ao tabagismo, às estratégias de controle de consumo de drogas no trabalho, e as diretrizes e estratégias de controle e combate ao trafico internacional.

No segundo momento, são analisadas as Políticas de Combate às Drogas adotadas em países da Europa Central, Ocidental e Oriental. Apresenta-se a proposta das Nações Unidas com seu Plano de Ação Mundial de combate ao uso indevido de drogas, destaca-se o Plano

Europeu de Ação sobre o Álcool, as recomendações propostas pela Comissão Européia voltada a "educação para a saúde" através de ações e programas de prevenção ao uso indevido de drogas (lícitas e ilícitas) no contexto escolar.

Também são examinadas as Políticas de Combate às Drogas em alguns países como a Grã Bretanha, França, Suíça, Alemanha, Finlândia, Itália, buscando destacar aspectos relevantes da legislação, dos programas de prevenção, programas de tratamento e reinserção social dos drogadictos com suas estratégias de ação e adoção de abordagens específicas as drogadependências, ao consumo de bebidas alcoólicas, de tabaco e outras substâncias (cocaína, heroína, opiáceos, maconha, etc.) consumidas pelas populações de jovens e adultos.

No terceiro momento, aprofundamos o estudo da Política de Combate às Drogas (lícitas e ilícitas) na Espanha, analisamos e procuramos destacar a Legislação do Governo Central e dos Governos Autônomos e Local, o Plano Nacional sobre Drogas, os Planos das Comunidades Autônomas e os Planos Municipais de Madrid, Andalucia, Cataluña, Galícia e País Vasco, o Plano do Ministério de Educação e Ciência com sua política norteada nas diretrizes do Projeto de Reforma Educativa, que propõe a educação sobre as drogas na escola um enfoque diferenciado de "educação para a saúde" ao pretender que esta seja uma "linha transversal" que comprometa toda a instituição educacional. Apresentamos as metas alcançadas através da implantação e execução dos programas de prevenção a drogadependências para o contexto escolar envolvendo os professores, alunos e pais.

No quarto momento, descrevemos sobre Políticas de Combate às Drogas da União Européia (EU), destacando às diretrizes antidrogas, o trabalho de prevenção no âmbito escolar e comunitário, a política assistencial aos drogadependentes, o trabalho de repressão ao narcotráfico desenvolvido pelos países membros da EU. Apresentamos as informações que retratam a legislação sobre drogas dos Países (Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Reino Unido) Membros da União Européia (Ver Quadro I) até ano 2000.

Finalizamos o capítulo com uma analise da trajetória histórica da Política e Legislação de combate as Drogas no Brasil nas ultimas décadas. Apresentamos a Política Nacional Antidrogas-PNAD em vigor (2000-2003), e uma síntese realizada do Plano Nacional sobre Drogas do país vigente no período de 1993 a 1998, com suas diretrizes e propostas de uma política educacional de prevenção, de tratamento e repressão aos usuários e dependentes de drogas "substâncias ilícitas". Descrevemos e apresentamos a estrutura dos respectivos órgãos Conselho Nacional Antidrogas – CONAD e da Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD (1998), e a atual estrutura da SENAD (2000-2003), as Propostas do I Fórum Nacional Antidrogas (nov./1998), subsídios para a elaboração do Plano Nacional Antidrogas do Brasil 1998 a 2003. Analisamos o texto do Relatório Final, centramos-nos nas propostas debatidas e apresentamos as descritas pelo Grupo de Prevenção ao uso indevido de drogas, Grupo de Tratamento da drogadependência/ dependência química, e as apontadas pelo Grupo Global que versa sobre ações e programas direcionados à Família; à Escola; específicos a Crianças e Adolescentes; a Crianças e Adolescentes em situação de rua; a Adequação e capacitação de recursos humanos e materiais; Incentivo a pesquisa e divulgação de dados estatísticos.

No **Capítulo IV**, apresenta-se o resultado obtido após análise de estudos epidemiológicos realizados sobre o consumo de drogas "substâncias psicoativas" de uso lícito e ilícito em diversos países do mundo.

No primeiro momento, são apresentados resultados de estudos realizados nos Estados Unidos da América a partir de 1970 a 1995. Descreve-se o perfil epidemiológico do consumo de drogas "substâncias psicoativas" em nível nacional, destacando-se os dados relativos às drogas de uso lícito (álcool, tabaco, medicamentos), e aquelas de uso ilícito (maconha, cocaína, crack, heroína, PCP, esteróides, anabolizantes) obtidos de inúmeros inquéritos epidemiológicos e outros estudos (NIDA, DHHS, OSAP, Gallup International Instituts) colhidos junto a amostras representativas da população de estudantes adolescentes,com idades entre 10 a 18 anos, e adultos jovens entre 21 a 35 anos, estudantes universitários e trabalhadores norte-americanos.

No segundo momento, são apresentados os resultados de estudos reveladores do perfil epidemiológico de consumo de drogas "substâncias lícitas e ilícitas" em países da Europa Ocidental, Central e Oriental, entre os anos 1987 a 1995. Descrevemos o perfil de crianças, adolescentes, e adultos jovens consumidores álcool , tabaco e usuários de multidrogas, bem como aumento de soropositivos HIV/AIDS, de alterações no comportamento, a ocorrência de aumento de crimes e suicídios, e do tráfico de drogas.

No terceiro momento, apresentamos o perfil epidemiológico do consumo de drogas na Espanha, entre os anos 1983 a 1995. Destacamos os resultados obtidos de estudos realizados nas Comunidades Autônomas sobre o consumo de substâncias lícitas e ilícitas e os problemas derivados do uso indevido de drogas pela população de estudantes adolescentes, jovens universitários e trabalhadores, adultos jovens de ambos os sexos divulgados na Memória-1994. Apresentamos os problemas de saúde e sociais relacionados com aumento do consumo e uso indevido de drogas ilícitas.

Finalizamos este capítulo apresentando os resultados de estudos epidemiológicos e sociológicos realizados em distintas regiões do Brasil, a partir de 1987 a 1999, sobre o uso e abuso de drogas "substâncias psicoativas" lícitas e ilícitas e os problemas derivados do consumo abusivo pela população de estudantes adolescentes, jovens universitários, adultos jovens, trabalhadores e adultos de ambos os sexos. Destacamos os resultados que configuram o perfil epidemiológico de tipos de usuários de drogas entre os estudantes do Ensino Fundamental e Médio (1º e 2º grau) da rede escolar pública e privada do país, a partir de levantamentos realizados por Carlini, Carlini-Cotrin, Galduróz, Napo et al. do CEBRID nos anos 1987, 1989,1993 e 1997, e de outros estudos de pesquisadores. Apresentamos os resultados das pesquisas realizadas no Brasil, desde 1982, para verificar as taxas de prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI).

No **Capítulo V** apresentamos os modelos internacionais de prevenção ao uso e abuso de drogas até então implementados junto a populações jovens, e divulgados por organismos internacionais como a Organização dos Estados Americanos- OEA, UNESCO, Organização Mundial da Saúde –OMS/ WHO e a Organização das Nações Unidas- ONU, Nowlis, 1982.

Primeiro, apresentamos a análise realizada sobre os modelos clássicos de prevenção ao uso indevido de drogas implementados e divulgados, destacando-se seus objetivos até então norteadores de abordagens interventivas adotadas internacionalmente e inclusive no Brasil. Partindo de seus distintos pressupostos ideológicos e divergências, especialmente quanto aos tipos de abordagens interventivas e recomendações, procuramos destacar as características próprias de cada um dos seguintes enfoques ou modelos: jurídico-moral; médico sanitário ou de saúde pública; psicossocial; sócio-cultural que apresentamos no Quadro II, onde se destacam seus fins, fundamentos, estratégias de ação, vantagens, principais desvantagens (aspectos negativos) e como cada modelo se relaciona com estereótipos sociais.

A seguir são examinadas as posturas ideológicas e políticas que orientam a adoção de determinados modelos de prevenção ao uso indevido de drogas no sistema educacional internacional e no país. Apresentamos as propostas de pesquisadores e estudiosos do problema do aumento de usuários de drogas lícitas e ilícitas entre os jovens dentro do sistema educacional e na comunidade. Apontamos a relevância de realizar um diagnóstico dos fatores de risco, indutores ao consumo drogas, ou seja, identificar os fatores psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais na população alvo de programas de prevenção ao uso indevido de drogas.Apresentamos três propostas distintas de linhas de ação preventiva para o contexto escolar (estudantes, professores e pais), sendo: o aumento do controle social, o oferecimento de alternativas "mais sedutoras" e através da educação. Aprofundamos o estudo dos modelos pedagógicos de prevenção ao uso e abuso de drogas com suas distintas ideologias de abordagens de ação educacional preventiva junto à população de estudantes do ensino fundamental e médio (1º e 2º grau) e jovens na comunidade. Partindo dos pressupostos ideológicos e filosóficos procuramos destacar as características próprias de cada um dos seguintes modelos pedagógicos com suas respectivas estratégias de ação: do princípio moral; do amedrontamento; do conhecimento científico; da educação afetiva; de estilo de vida saudável; e da pressão positiva do grupo de iguais/pares (amigos de jovens).

Finalizamos este capítulo apresentando uma síntese de cada modelo no Quadro III, onde se destacam seus fins, fundamentos, estratégias de ação, vantagens e principais desvantagens (aspectos negativos).

No **Capítulo VI** apresentamos como resultado do estudo de campo, um Modelo Holístico de Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas nas Escolas da Rede Pública e Privada da cidade de Porto Alegre do Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. Trata-se de um modelo orientador de programas de prevenção de drogas na escola, inicialmente destinado aos estudantes adolescentes e pré-adolescentes por ser etapas evolutivas de desenvolvimento mais vulneráveis as influências de fatores de risco presentes no contexto micro e macrosocial.

A **terceira parte**, compreende o **Capítulo VII**, que se refere ao resultado do estudo realizado sobre a Configuração da adolescência: valores, potencialidades e fatores relacionados ao consumo de drogas.

No primeiro momento, descrevemos a adolescência enquanto etapa evolutiva que traduz todo um processo de maturação biopsicossocial do indivíduo. A partir da psicanálise apresentamos a estrutura da personalidade descrita por Freud, as instâncias do "aparelho psíquico": o Id, o Ego e o Superego, aspectos reveladores do sujeito portador de um Ego Ideal muito aquém do Ego real e o sentimento manifesto diante de insatisfação das expectativas do Ego ideal. Elucidamos sobre a origem etimológica da palavra adolescência e a diferenciação de puberdade. Apresentamos uma síntese dos principais modelos: fisiológico, sociológico e ambiental, psicanalítico, cognitivo e educativo, os quais teorizam e descrevem as características marcantes desta etapa de vida que é a adolescência. Dá-se uma visão de inúmeros autores psicanalistas e de como a Organização Mundial de Saúde entende ser a adolescência e caracteriza suas fases. Descrevemos determinadas características deste período que a configuram como uma "*Síndrome da Adolescência Normal*". Elucidamos a origem etimológica da palavra *droga* e o significado de *adicto.*

Analisamos as raízes do uso e abuso de drogas na adolescência e a configuração da drogadicção do ponto de vista psiquiátrico e psicanalítico. Apresentamos uma classificação geral dos fatores de risco (genéticos, psicológicos, ambientais ou sociais) relacionados ao uso e abuso de drogas "substâncias", destacando inúmeros fatores identificados e descritos por

americanos, europeus e brasileiros. Descrevemos sobre a crise da adolescência, e o desenrolar-se em cenários específicos contida entre a família e a sociedade. Procedemos a uma leitura psicanalítica do papel que desempenha o filho adicto dentro do contexto familiar e o que nos revela sua enfermidade "drogadependência, dependência química, toxicomania". Listamos alguns fatores considerados de proteção ao uso e abuso de drogas pelos adolescentes.

No segundo momento, aprofundamos o estudo sobre auto-estima e adolescência. Analisamos as formas de comunicações (inconscientes) utilizadas pelos jovens diante dos valores transmitidos pela família e sociedade, e dos artifícios de compensação utilizados para burlar suas carências afetivas, enfrentar os conflitos existenciais e não deixar transparecer comportamento manifesto de débil auto-estima (desestima). Aprofundamos o estudo da auto-estima do adolescente drogadicto a partir de estudos realizados sobre o tema .Descrevemos alguns sintomas manifestados que são indicadores de uma baixa auto-estima, bem como atitudes e posicionamentos reveladores de uma alta auto-estima.

No terceiro momento, aprofundamos o estudo sobre valores na adolescência e adicção ao mundo das drogas. Apresentamos algumas concepções sobre valores de diversos autores. Destacamos a classificação apresentada por Rokeach. Analisamos a relação existente entre valores e comportamento manifesto da pessoa. Descrevemos aspectos que caracterizam os valores e a diferenciação de outros conceitos como: processo de valorização, necessidades, atitudes e interesses. Aprofundamos o estudo sobre valores e personalidade, descrevendo as contribuições da psicanálise, behaviorismo, fenomenologia e da psicologia social cognitiva que teorizam a respeito de como os valores são introjetados e de sua evolução nas diversas etapas de vida. Descrevemos as teorias desenvolvidas a cerca do desenvolvimento moral na idade evolutiva a partir das idéias de Piaget e Kohlberg. Analisamos o sistema de valores e sua dimensão com a globalização mundial, os valores que orientam a conduta pessoal e de seus grupos, dentro do núcleo familiar e na sociedade. Aprofundamos a análise sobre a problemática dos valores na adolescência e o consumo diversificado de drogas "substâncias", suas formas de consumo e da representação em diversas camadas sócio-econômicas e culturais. Apresentamos as propostas de Educação em Valores de Moradillo e sua classificação organizada em cinco categorias de grupos de valores. Destacamos alguns dos estudos sobre o consumo de drogas e os valores ocultos da sociedade, os valores da juventude, e a clarificação de valores conducentes à valorização da vida.

No quarto momento, aprofundamos o estudo sobre criatividade e adolescência. Apresentamos um panorama dos distintos enfoques teóricos que foram estudados e divulgados a partir de 1900 até fins do Século XX, por renomados cientistas. Descrevemos as distintas abordagens teóricas que vem estudando a criatividade e a personalidade, especialmente as contribuições da Psicologia sob distintas abordagens como a Humanista, a Psicanalítica, a Cognitiva e a Gestáltica. Destacamos algumas contribuições na atualidade de autores que tem aprofundado seus estudos na investigação do pensamento criador e do processo criativo e no desenvolvimento de técnicas de treinamento e estimulação da criatividade. Apresentamos uma síntese de estudos realizados por autores que estudam a criatividade numa visão enquadrada nas seguintes abordagens: cognitiva, integrativas, sociais e históricas, e neurológicas.

Aprofundamos o estudo da personalidade criativa, destacando as características cognitivas e afetivo-emocionais na personalidade da pessoa criativa, as características do adolescente criativo e inteligente, as diversas formas de manifestação do potencial de imaginação criativa. Elucidamos a presença de barreiras no contexto familiar e social ao desenvolvimento da criatividade na criança, no adolescente em seu contexto escolar.

Destacamos o papel da família, do professor, do terapeuta em estimular e permitir ao indivíduo uma completa liberdade de expressão simbólica do seu mundo interno através das distintas formas de manifestação de imaginação criativa. Apresentamos uma síntese de algumas técnicas e programas desenvolvidos por pesquisadores com intuito de estimular o indivíduo para treinar tanto atitudes como habilidades específicas, relacionadas à criatividade.

Finalizamos este Capitulo VII com o resultado da análise realizada sobre o tema que trata de **exclusão social e escolar** de crianças e adolescentes brasileiros. Aprofundamos a análise sobre a problemática dos excluídos e marginalizados, do atendimento de políticas sociais básicas, que são nossas crianças e adolescentes "de rua ou estão na rua", que pelo processo de empobrecimento de suas famílias são os grandes penalizados pela nossa sociedade, os excluídos da escolarização. Apresentamos o resultado de estudos sobre o empobrecimento das classes trabalhadoras no país e das conseqüências para família e filhos. Destacamos sobre o crescimento violento da pobreza no país, afetando as populações jovens pertencentes às camadas mais desfavorecidas pela recessão e ausência de desenvolvimento social. Apresentamos os resultados do estudo realizado pela UNICEF (2002) que denuncia a grave situação de milhões de adolescentes que estão fora da escola, se encontram nas ruas realizando algum tipo de trabalho formal e informal, pois são obrigados a auxiliar e/ou manter a sobrevivência da família. Denunciamos a atual situação em que se encontram os jovens em diversas regiões do país, que por sofrerem formas veladas e reais de exclusão social e escolar aumentam o contingente de marginalizados e acabam indo para o mundo das drogas.

A **quarta parte** é dedicada ao Estudo de Campo realizado junto aos adolescentes estudantes do Ensino Médio de Escolas da Rede Pública e Privada da cidade de Porto Alegre-RS- Brasil., compreende os Capítulos VIII, IX e X.

No **Capítulo VIII** descrevemos a metodologia utilizada para realização do estudo de campo. Neste capítulo são descritos os procedimentos que envolvem a identificação da população e definição da amostra; os procedimentos relacionados ao instrumento de coleta de dados; e os procedimentos relativos à aplicação dos instrumentos de coleta.

No **Capítulo IX** apresentamos a Análise e Interpretação dos Resultados obtidos no estudo de campo, em duas partes descritas a seguir para melhor compreensão.

A **Parte I** deste Capítulo apresenta as Características das Famílias (1) dos Adolescentes e as Características dos Adolescentes (2) de Ambos os Sexos, Estudantes do Ensino Médio da Rede Pública (Grupo A) e Privada (Grupo B) participantes do estudo, tais como :

1 Perfil sócio-econômico, psico-educacional, estrutura e composição familiar, e estilo de vida dos pais dos adolescentes conhecendo seus: valores, atitudes, hábitos, lazer, crenças, estilo de relacionamentos, conhecimentos e hábitos de uso e abuso de drogas.

2 Perfil sócio-econômico-cultural-educacional-psicológico e estilo de vida, valores, crenças, motivações e sua relação com o uso e abuso de drogas, grau de conhecimento, autoconceito de imaginação criadora, perfil criativo e potencial de criatividade de adolescentes.

A **Parte II** apresenta Opiniões expressadas pelos adolescentes de ambos os sexos, através do Turbilhão de Idéias (TI) ou " *Brainstorming*", que inclui fluidez de pensamentos, imaginação, visualização de cenas, sentimentos, mitos e crenças, curiosidades sobre o tema "drogas de uso lítico e ilícito".

No **Capítulo X** apresentamos uma Síntese dos Resultados do estudo de campo já descritos na Parte I e Parte II do Capítulo IX.

Nas **Considerações Finais** são apresentados os principais resultados alcançados na investigação.

PRIMEIRA PARTE
PLANEJAMENTO TEÓRICO- METODOLÓGICO DO ESTUDO

CAPÍTULO I

ESPECIFICAÇÃO DAS ETAPAS DO PLANEJAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO UTILIZADO NA ELABORAÇÃO DA TESE

INTRODUÇÃO

O presente capítulo introdutório ao estudo sobre Drogadicção na Adolescência, Políticas de Ação e Modelos Educativos de Prevenção e o fenômeno de consumo entre estudantes da rede de ensino médio de Porto Alegre-RS-Brasil, tem a finalidadede de apresentar o planejamento teórico metodológico do estudo com a especificação das etapas do procedimento utilizado na elaboração da tese, desde a especificação do problema, os objetivos que nortearam o estudo, a definição de conceitos fundamentais, a metodologia utilizada para a sua elaboração. Os procedimentos metodológicos utilizados no estudo de campo, terão tratamento mais detalhado em um capítulo específico.

1 DEFINIÇÃO E ESPECÍFICAÇÃO DO PROBLEMA

A nossa opção pelo tema **drogadicção na adolescência** teve por objetivo descobrir, através do "estilo de vida"manifestado pelos estudantes, indicadores predeterminantes, ou seja, os fatores de risco de consumo de drogas, e, através destes indicadores (nível individual, microsocial e macrosocial) mostrar a descontextualização das políticas de ação e de modelos de prevenção ao uso e abuso de drogas conhecidos internacionalmente, bem como apresentar um Modelo Holístico integrador de estratégias de participação sociocomunitária de intervenção direcionadas a prevenção do consumo de drogas na escola.

Esta opção é decorrente de um longo caminho percorrido inicialmente a formação em Saúde Mental e S. Pública, posteriormente Sanitarista, Medicina Biomolecular, Neuropsiquiatria, Adolescência, Drogadependências, Psicanalista clínico e didáta , ao lado da formação pedagógica, associando o conhecimento científico- teórico com a experiência da prática clínica e docente cotidiana, e a produção de pesquisa nestas áreas de conhecimento.

É uma aspiração alimentada desde a década de oitenta, como psicoterapeuta integrante da Equipe de Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e professor da Universidade Federal do RGS, enquanto especialista aprofundamos nossos conhecimentos na Adolescência Normal e patológica, agregando novos conhecimentos durante os cursos de Mestrado em Educação, Ciência Política e Sociologia, que permitisse interelacionar conhecimentos entre as áreas das ciências da saúde e da educação, ciências sociais, políticas públicas e ampliar os níveis de compreensão educacional, sociológica, psicológica e psicanalítica desse fenômeno multifatorial que é a drogadicção na adolescência.

Nos habilitamos para implantação e operacionalização do Programa de Atenção Integral à Saúde Mental do Adolescente e sua Família nos Ambulatórios de Saúde Mental C.S/SSMA-RS e PAM-4 IAPI. Buscamos a utilização das mais adequadas abordagens de tratamento de psicoterapia em nível individual e grupal, como também ações voltadas para a

prevenção do consumo de drogas (lícitas e ilícitas), à adoção de hábitos estilo de vida saudável e promoção da saúde coletiva.

No trabalho cotidiano com adolescentes sabemos que as drogas mais freqüentemente consumidas por esses são as lícitas como álcool , tabaco e medicamentos, que também servem como drogas de entrada para as ilícitas, uma vez que dependentes da maconha e cocaína maciçamente se referem ao álcool como sendo a droga que primeiro experimentaram na vida.

A formação e a vivência profissional enquanto psicoterapeuta e professor e pesquisador na área, se constituíram em elemento facilitador do processo de construção deste trabalho, mas também ao mesmo tempo como fator de dificuldades em estabelecer limites na investigação do tema, face à abrangência e a complexidade das variáveis que interveem no conhecimento dos fatores de risco em nível individual, em nível microsocial e macrosocial.

A pretensão em estudar em profundidade a adolescência , entendida como fase evolutiva com características bem peculiares nesse processo de desenvolvimento humano, exige –nos enquanto terapeuta psicanalista uma reflexão sobre atitudes manifestas que são resultantes de influências de formações contraditórias, geradoras de visões equivocadas e de leituras geralmente impregnadas de atitudes preconceituosas do "mundo típico adulto", verdadeiros estereótipos socioculturais, como também são manifestações de reações contratransferencial diante dos jovens.

A adolescência para poder compreendê-la numa perspectiva holística, deve ser estudada num enfoque psicossocial. Acredito que somente através de um conhecimento integrador resultante de investigação de varias áreas científicas nos possibilita uma visão psicodinâmica, em cada etapa de vida com seus componentes biológicos, psicológicos e sociais em permanente interação dinâmica. A Síndrome de Adolescência Normal ocorre em diferentes culturas, nas diversas classes sociais, ela independe de questões étnicas, crenças, religião, cor e gênero.

Sabemos que o decurso da adolescência envolve uma série de modificações que se produzem no psiquímo e nas relações com o meio (humano e ambiental) a partir da maturação física e genital. Quando passamos a entender o processo adolescente com seus lutos, sua depressão, sua psicopatia, sua reivindicação e luta para atingir uma identidade adolescente, para logo depois das elaborações características desta idade começar a cristalizar sua identidade no sentido de um ego, um *self*, e assumir uma determinada atitude frente ao mundo objetal externo e interno. Para Knobel (1997) "*no sentido psicanalítico da palavra e na verdade de seu inconsciente, os adolescentes procuram na sua nova identidade a verdadeira liberdade*" (p. 45).

Nesta fase de desenvolvimento ocorrem grandes e muitas vezes definitivas reestruturações de nosso aparelho psíquico, e nas relações objetais.

O consumo de multidrogas "substâncias psicoativas" de uso lícito e ilícito transformou-se numa preocupação mundial, e alguns governos revelam-se preocupados desde que se converteu em uma epidemia, e por suas conseqüências dramáticas para as famílias, como também uma ameaça para a sociedade.

Refletindo sobre condutas autodestrutivas ao longo da história da humanidade temos consciência, que vivemos numa sociedade indutora e desencadeadora de processos autodestrutivos. Vivemos numa sociedade intoxicada. Nunca o homem usou tantas

substâncias como na atualidade, intensificando-se o consumo de álcool, de cigarro, de medicamentos. As ditas drogas institucionalizadas, de venda lícita, mas consideradas indutoras para uma escalada progressiva do uso de drogas ilícitas (maconha ,cocaína, heroína, êxtase, etc) desde o final do século XX, agravando-se seu consumo neste início do terceiro milênio apesar de todo conhecimento disponível sobre os danos causados a saúde física e psíquica do indivíduo e o ônus econômico e social para o desenvolvimento das sociedades. O problema da drogadependência é interpretado como um grande fragelo da sociedade contemporânea. Knobel expressa "*A drogadicção é uma patologia vinculada estreitamente à violência, tipo sadomasoquista, sendo possível incluir o tabagismo e o alcoolismo, assim como todas as perversões*" (1997, p. 51).

Os estudos apontam que, com o desenvolvimento industrial, a globalização permeia uma política neoliberal movida por um capitalismo selvagem , pressionando a competição desprovida de valores ético-morais, estimulando um consumismo desinfreado, reforçando o hedonismo, provocando pressões geradoras de estresse cotidiano, e induzindo a comportamentos suicidas. A geração jovem que se encontra na etapa de vida em pleno desenvolvimento físico, psicodinâmico e social é vulnerável à violência presente na sociedade, como também pratica delitos, atos que expressam diversas formas de violência que presenciamos. Os meios de comunicação divulgam diariamente, não somente no Brasil mas em países do primeiro mundo onde as condições sociais-economicas-educacionais e culturais são previlegiadas, modelos de violência que podem facilmente ser internalizados pela população jovem.

Estudar a drogadicção na adolescência é um grande desafio por se tratar de uma área de estudo multifatorial de grande complexidade. Para que possamos propor abordagens interventivas direcionadas a prevenção de consumo de drogas é imprescindível investigarmos os predeterminantes, ou seja, fatores de risco (nível individual, microssocial e macrossocial) de consumo, e de condutas/ comportamento de consumo disfuncional.

Após reflexões partindo da experiência prática, consideramos imprescindível investigar quais são as causas? Porque acontecem? Quais fatores que a predeterminam? Como as pessoas se convertem em drogadictos? Que processos estão implicados na conduta de consumo de drogas? Porque razões existem pessoas que não consomem nenhum tipo de droga? Porque razões outras pessoas consomem drogas como o álcool sem gerar comportamentos abusivos posterior? Porque outras pessoas usam uma ou mais drogas convertendo-se em adictas as mesmas? Porque na etapa evolutiva adolescência existe maior vulnerabilidade para o uso experimental e a drogadependência a multidrogas? É possível a detecção precoce de jovens considerados de alto risco dentro do contexto escolar? E no âmbito familiar? Qual tem sido a atitude educativa de prevenção ao uso e abuso de drogas e comportamento referencial das figuras parentais (pai e mãe) junto aos filhos adolescentes? Como estão sendo desenvolvidos os programas de prevenção ao consumo de drogas junto a crianças e adolescentes no sistema escolar brasileiro? E nas comunidades onde eles vivem o seu cotidiano, e interagem com à vizinhança de moradores de bairro, vila habitacional? Quais modelos internacionais históricos de prevenção ao uso indevido de drogas o Brasil vem adotando junto à sociedade? Que posturas ideológicas e políticas têem assumido o governo brasileiro diante da oferta descontrolada das drogas e direcionados a prevenção ao uso e abuso de drogas na escola e nas comunidades? Estarão os diretores, administradores, professores da rede pública e privada do ensino fundamental e médio de Porto Alegre-RS-Brasil , conscientes e atentos ao uso e abuso de drogas pelas crianças e adolescentes? E da vigilância interna quanto ao problema do tráfico interno praticado por estudantes da escola? Estarão os professores e recursos humanos das comunidades escolares sensibilizados e

habilitados para assumirem o desafio de implementação e desenvolvimento de programas de intervenção educativos direcionados a prevenção ao uso e abuso de drogas junto à juventude e suas famílias? Que atitudes educativas tem adotado os professores e direção da escola para com adolescentes estudantes, que caracterizam formas de exclusão social e escolar ?

Devemos ter consciência que ao trabalhar o tema drogas e adolescência existe um binômio entre a oferta disponível de drogas lícitas e ilícitas versus à procura pelo usuário adolescente ou pré-adolescente. As medidas de redução da oferta são o controle mais intenso e a repressão efetivada pelos órgãos de combate intensivo do governo, por policiais altamente preparados no combate ao tráfico de drogas de uso ilícito. Às drogas institucionalizadas "uso lícito" como álcool, e os medicamentos psicotrópicos/ psicofármacos compete aos órgãos do governo efetuarem a fiscalização e vigilância sanitária. Aos órgãos do governo compete também fazer cumprir a lei da proibição de venda de bebida alcoólica para menores e de medicamentos contendo substâncias psicoativas.

1 OBJETIVOS QUE NORTEARAM O ESTUDO

2.1 Objetivos Gerais

1 Investigar que políticas de ação e modelos educativos de prevenção embasam os programas oficiais para a prevenção ao uso e a drogadicção na adolescência.

2 Descobrir através do Estilo de Vida manifestado pelos estudantes, os fatores de risco determinantes que configuram o quadro revelador da drogadicção na adolescência.

3 Apresentar um Modelo Holístico de Prevenção ao uso e abuso de drogas as escolas da rede de ensino público e privado da cidade de Porto Alegre- RS-Brasil, que vise contribuir para ações de valorização da qualidade e estilo de vida saudável.

2.2 Objetivos Específicos

1 Efetuar um estudo das políticas de combate de drogas no mundo;

2 Efetuar o estudo da epidemiologia de consumo de drogas no mundo;

3 Analisar os estudos internacionais e os modelos clássicos de prevenção ao uso e abuso de drogas, bem como analisar os modelos pedagógicos de intervenção para prevenção a drogadicção (uso e abuso) no sistema escolar;

4 Identificar e traçar um perfil sócio-econômico, psico-educacional , estrutura e composição familiar, e estilo de vida dos pais dos adolescentes estudantes, conhecendo seus valores, atitudes, hábitos de lazer, crenças, estilo de relacionamento, grau de conhecimento, opiniões, motivações e hábitos de consumo de drogas;

5 Diagnosticar e traçar um perfil sócio-econômico-cultural-educacional-psicológico e estilo de vida, valores, crenças, as motivações e hábitos, grau de conhecimento, auto-conceito de imaginação criadora e potencial de criatividade do adolescente e sua relação com o uso e abuso de drogas;

6 Obter opiniões/ sugestões de adolescentes, como trabalhar o tema prevenção ao uso e abuso de drogas junto à comunidade escolar do ensino médio (2º grau) da rede pública e privada de Porto Alegre- RS – Brasil;

7 Identificar e traçar o perfil psicosocio-cultural-educacional do professor;

8 Identificar e analisar as atitudes educativas conducentes à exclusão social e escolar dos adolescentes usuários e/ou abusadores de drogas (ilícitas), as posturas e posicionamentos de professores e direção das escolas de ensino médio (2º grau) da rede pública e privada de Porto Alegre – RS – Brasil;

9 Identificar atitudes manifestadas (professores e direção) e modelos de prevenção que orientem a adoção de abordagens de intervenção educativa direcionada para a prevenção ao uso e abuso de drogas junto aos adolescentes e suas famílias.

3 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS FUNDAMENTAIS

DROGA: é toda substância, natural ou sintética, que, introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa é uma definição ampla, que abrange as substâncias que são usadas na medicina para tratamento de doenças e também às usadas com outros fins, como tintas, colas combustíveis, agrotóxicos. Atualmente o termo *droga* se utiliza para referir-se a todas as substâncias psicoativas que tem um efeito potencialmente nocivo para o sujeito que a consome.

TÓXICO : agente tóxico é toda e qualquer substância natural ou sintética, que após ser absorvida por um organismo biológico, gera intoxicação.

ENTORPECENTE : é toda droga capaz de provocar entorpecimento ou torpor, isto é, diminuição das atividades gerais do organismo.

FÁRMACO: é toda substância natural ou sintética, capaz de dar origem ao medicamento.

CLASSIFICAÇÃO das DROGAS –existem distintas maneiras de classificação das substâncias segundo:

- Ação farmacológica as substâncias podem ser classificadas em três grandes grupos, segundo o efeito que produzem no Sistema Nervoso Central (SNC): depressoras, estimulantes e perturbadoras;
- Grau de dependência “física e psíquica” e nível de tolerância, psicotoxidade são drogas que atuam como princípio de referência são nove tipos: álcool, morfina, barbitúrico, cocaína, cannabis,anfetaminas, alucinógeno, solventes voláteis, crak;
- A periculosidade, a partir da dependência física, da rapidez da dependência e da toxidade da substância está classificada em quatro grupos segundo o risco de uso: Ópio e seus derivados; Barbitúricos e álcool; Cocaína , anfetaminas; C*annabis*, LSD;
- A sua origem, pode a substância ser natural, ou sintética (laboratório);
- Status jurídico se estão sancionadas “ilícita” ou não “lícita”,tanto seu consumo, como sua venda: restrição penal, administrativa; não sancionada;

- Perspectiva sociocultural as drogas podem ser classificadas ; institucionalizadas; não institucionalizadas.(GID, 1995)

ADICÇÃO : pode ser identificado como um padrão distinto da perda de controle do uso da droga em qualquer marco, mas devido às conotações morais e legais foi sendo gradualmente substituído pelo têrmo *dependência*. A partir de estudos que comprovam a existência de condutas patológicas que produzem dependência sem a intervenção de substâncias químicas exógenas, como é o caso do jogo, atualmente o termo adicção passou a ter maior aceitação e abrangência ao ser utilizado no contexto de "*condutas adictivas"*

DROGADICÇÃO entende-se como uma conduta manifesta de adicção a substâncias psicoativas, que o indivíduo estabelece com a droga resultante de influências socioambientais e as individuais, ou seja, de fatores genéticos, afetivos, motivacionais e cognitivos, das influências exercidas pelo contexto familiar, escola, os amigos ou grupo de iguais, e do amplo contexto sociocultural.

DEPENDÊNCIA: caracteriza-se pela necessidade incontrolável de prosseguir consumindo uma substância compulsivamente, apesar dos problemas significativos que possam surgir, sejam físicos, emocionais, sociais, financeiros,etc. A dependência é um estado fisiológico modificado, resultante da adaptação do organismo ao uso continuado de determinada droga psicoativa.

ABUSO DE DROGAS: a OMS define como "um uso excessivo, esporádico ou persistente, não relacionado com uma prática médica aceitável" e recomenda a utilização dos seguintes conceitos: uso desaprovado, perigoso, inadequado e uso nocivo" Edwards, Arif, Hodgeson (1981) (p.37). Para Salazar Bernard, Rodríguez López (1994) consideram uma definição mas operacional e clara é a definição formulada em 1981 pelo Real Colégio de Psiquiatras Britânico, que entende por abuso " qualquer consumo de uma droga que cause danos ou ameace lesar a saúde física, mental o bem estar social de um indivíduo, de outros indivíduos, o da sociedade em geral, o que é ilegal"(p.37).

DEPENDÊNCIA QUÍMICA (FARMACO DEPENDÊNCIA): estado psíquico e, com freqüência , físico, causado pelo uso continuado de certas drogas.

DEPENDÊNCIA PSÍQUICA: necessidade de consumo repetido de substâncias químicas naturais ou sintéticas.

DEPENDÊNCIA BIOLÓGICA: a suspensão do uso provoca intensas alterações físicas, causando a Síndrome de Abstinência, fator poderoso de reforço do uso.

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA: a OMS na Décima Revisão da Classificação das Enfermidades,Transtornos Mentais e do Comportamento (CID-10) a define como " um conjunto de manifestações fisiológica, comportamentais e cognitivas, no qual o uso de uma substância, ou de um tipo delas, alcança uma prioridade máxima para o indivíduo, que outros comportamentos que tiveram maior valor no passado. A característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo, freqüentemente forte intensidade, algumas vezes incontrolável, de consumir substâncias psicoativas ilegais ou legais,as quais podem ou não terem sido prescritas por um médico. Pode haver evidência que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a um reaparecimento mais rápido de outras características da dependência, do que o que sucede com indivíduos não dependentes. (1993,p.74)

PSICOTRÓPICO: é qualquer droga que tenha efeito psíquico, isto é, que aja sobre a mente, alterando emoções, pensamentos, humor e comportamento.

TOXICOMANIA: é um estado de intoxicação periódico ou crônico pelo uso reiterado de uma droga natural ou sintética, nociva ao indivíduo e `a sociedade. A OMS recomenda a substituição dos termos "vícios" e " hábitos" por dependência, que pode ser física ou psicológica.

TOLERÂNCIA: fenômeno intimamente ligado ao da dependência física, mas que pode também ocorrer independentemente, caracterizando-se pela necessidade de maiores doses, para obter-se um mesmo efeito antes obtido por doses menores. È um fenômeno de adaptação do organismo à determinada droga.

COMPULSÃO: necessidade intensa de manter o processo de auto-administração após a primeira dose.

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA: desconforto gerado pela privação da droga, caracterizado pelo aparecimento de sinais e sintomas de gravidade variável, que surgem após ter cessado o efeito da última dose. Segundo Salazar Bernard, Rodríguez López (1994) "*é um estado clínico (conjunto de sinais e sintomas) que se manifesta pelo surgimento de transtornos físicos e psicológicos de intensidade diversa (segundo diferentes modos e níveis de gravidade), quando se interrompe a administração da droga ou se influi em sua ação pela administração de um antagonista específico (síndrome de abstinência precipitada)*" (p.43).

USUÁRIO: denomina-se aquele indivíduo que pelo menos uma vez tenha consumido droga "substância psicoativa".

USUÁRIO DE DROGAS: pode ser caracterizado de duas formas principais: usuário social e abusador.

USUÁRIO SOCIAL: é o experimentador de fim de semana, com consumo esporádico, ás vezes usa na semana, mas não diariamente, também conhecidos como *usuários ocasionais* ou *oportunistas.* O usuário social, também é chamado de recreativo, utiliza a droga repetidas vezes, embora autocontrole, mantendo suas funções orgânicas, psicológicas e sociais sem maiores alterações. Esse usuário poderá ser um dependente em potencial.

USUÁRIO ABUSADOR: é aquele que tem um padrão de consumo patológico, isto é, problemas que levam o indivíduo a uma combinação de intoxicação com a incapacidade de reduzir ou interromper o uso de drogas. São indivíduos que apresentam grande dificuldade em cessar o uso, retornam ao consumo da substância psicoativa e pode revelar-se usuário de múltiplas drogas ou politoxicomano, ocasionando problemas físicos e psicológico especialmente.

EPIDEMIOLOGIA segundo Defayolle (1991) a OMS "*é o ramo da ciência médica que se interessa pelo estudo do meio, dos fatores individuais e outros que de alguma forma, influem na saúde humana*. (p.151)" A epidemiologia da toxicomania se orienta em duas grandes linhas de trabalhos de investigação os de orientação demográfica e aqueles de abordagem psicossociológica.

INCIDÊNCIA é declaração do surgimento de novos casos de usuários de drogas.

PREVALÊNCIA é a configuração no número de casos ativos, ou seja, quantos usuários de drogas existem e qual a fonte de dados.

FATORES DE RISCO são aqueles fatos o circunstâncias predeterminantes que causam um aumento na prevalência do risco para a utilização das drogas.

FATORES DE PROTEÇÃO são aqueles fatos o circunstâncias que retardam o empeçam que possíveis casos potenciais não se transforme em casos de consumidores ativos.

PREVENIR para Rodríguez López (1995) se supõe dotar os indivíduos de instrumentos psíquicos que lhes permitam eleger/ escolher livremente entre a infinidade de estímulos e opções, que lhes são oferecidos ao longo de sua vida, aqueles que lhes proporcione melhor comportamento adaptativo na sociedade em que tenha escolhido viver.

PREVENIR A DROGADEPEDÊNCIA se entende adoção de estratégias de intervenção efetivas atuantes sobre a totalidade de fenômenos (ambientais e individuais) indutores, que influem determinados indivíduos no desenvolvimento atitudinais de condutas /comportamentos disfuncionais de consumo de substâncias psicoativas.

PREVENÇÃO DE DROGADEPENDÊNCIAS: se entende, segundo Martín González (1995) por " *um processo ativo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o autocontrole individual e a resistência coletiva diante da oferta de drogas*"(p.55).

NÍVEIS DE PREVENÇÃO: se destingue segundo a relação que o individuo ou grupo destinatário estabeleceu com a droga, e classicamente (Caplan,1980) se tem considerado três níveis de intervenção: primária, secundária , terciária.

NÍVEIS DE PREVENÇÃO: se considera no caso das drogadependencias que as ações de *prevenção primária* se voltam a pessoas que não tenham consumido substâncias, ou aquelas que consumindo não são dependentes; a *prevenção secundária* direciona suas ações quando já se produziu uma situação relacionada com o uso de drogas,ou seja, uso ocasional, esporádico ou habitual; a *prevenção terciária* concentra suas ações através de distintas formas de tratamentos depois de instaurar-se o uso problemático de drogas, destina-se aos drogadependentes com intuito de evitar ou retardar a manifestação de problemas físicos e psíquicos, e a redução de danos associados ao consumo (GID,1995).

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: segundo Martín González (1995) é "*um processo de ordem intelectual, psicológico e social, que compreende as atividades apropriadas para desenvolver uma tomada de consciência e um sentido de responsabilidade em matéria de saúde, assim como a capacidade do indivíduo para tomar decisões conseqüentes que influem no bem estar pessoal, familiar e social. Este processo, se embasa em princípios científicos, facilita a aprendizagem e as mudanças produzidas no comportamento e nas atitudes, e por sua vez no conjunto da população, nos grupos jóvens – diana, os grupos de mediação e os grupos de decisão*" (p.60) (Conferência de Ministros Europeus de Saúde Pública. Madrid,1981). Entendemos Educação para saúde o desenvolvimento de habilidades através de abordagens educativas direcionadas a favorecer estilos de vida saudáveis, promover atitudes, valores e hábitos de autocuidado com a saúde física e mental e meio ambiente.

ESTILO DE VIDA são manifestações de atitudes e comportamentos resultantes de modelos referenciais internalizados pelo indivíduo. A manifestação de condutas disfuncionais

biopsicosocio-econômico-cultural e religioso de um indivíduo resultam da interação de diversos fatores pessoais e ambientais (microssociais e macrossociais).Tais manifestações revelam os valores, crenças , hábitos de consumo sadio e/ou patológico que norteam a sua forma de viver.

PROGRAMA segundo Martín González (1995) é " *um conjunto organizado, coerente e integrado de atividades e serviços, realizados simultaneamente o sucessivamente, com os recursos necessarios e com a finalidade de alcançar objetivos determinados a partir uma população definida.* (p.65)". Para Escámez (1990) é um desenho de um conjunto de atuações, entre si relacionadas, para a consecução de uma meta.

PROGRAMA PREVENTIVO a DROGADEPENDÊNCIAS é um conjunto de atividades sincronizadas com objetivo específico de impedir, ou postergar, o surgimento/ manifestação de condutas disfuncionais de consumo de substâncias psicoativas, ou seja, o uso e abuso de distintas drogas.

ATITUDE: segundo Hewstone et al. (1990) as atitudes são um conjunto de convicções ou crenças manifestadas, que predispõe favorável ou desfavoralvelmente o sujeito a atuar com respeito a um objeto social.

4 METODOLOGIA UTILIZADA

4.1 Procedimentos Utilizados nas Diversas Fases do Estudo

A elaboração e a produção desta tese foi um trabalho gradual, respeitando às etapas sucessivas de compreensão e construção do conhecimento sobre o tema **drogadicção na adolescência**, que objetivou através do "estilo de vida" manifestado pelos estudantes de ensino médio da rede pública e privada de Porto Alegre-RS- Brasil descobrir indicadores pré-determinantes, ou seja, os fatores de risco (nível individual, microsocial, macrosocial) de consumo . Através destes indicadores procedeu-se o estudo sobre configuração histórico contextual das drogas: farmacologia e aspectos globais, políticas de ação, epidemiologia de consumo e modelos de prevenção ao uso e abuso de drogas no mundo e no Brasil que fundamentam os programas oficiais dirigidos `a prevenção do consumo de drogas para o sistema escolar, procurando mostrar a descontextualização a partir da analíse das contradições detectadas na legislação e sistema educacional.

Em cada etapa do trabalho foram utilizados procediments metodológicos apropriados a cada parte do tema abordado , e os aspectos que foram investigados. Portanto foram utilizados recursos bibliográficos, uma vasta literatura internacional e nacional, analise de pesquisas epidemiológicas e apresentação de dados estatísticos, e a pesquisa de campo.

Os **recursos bibliográficos** foram fundamentais para construir a segunda parte desta tese que versa sobre a Configuração Histórico contextual das drogas; Farmacologia e aspectos globais, as Políticas de ação/ combate, Epidemiologia de consumo e Modelos clássicos e pedagógicos de prevenção ao uso e abuso de drogas, onde procuramos mostrar a descontextualização das políticas de ação e dos modelos de prevenção que embasam os programas oficiais no contexto educacinal brasileiro.Esta etapa de estudo valeu-se de técnica de analise de conteúdo a partir da pesquisa bibliográfica e documental, utilizando se de livros, teses, dissertações, publicações de revistas, relatórios de pesquisa, registros de matérias de

cursos de formação, textos de leis, documentos oficiais, tais como: leis, decretos promulgados e sancionados sobre drogas ao longo da história brasileira. A consulta a documentos relativos a legislação internacinal sobre entorpecentes e drogas psicoativas e diretrizes para uma política educacional de prevenção ao uso e abuso de drogas nos Estados Unidos, em Países da Europa, Espanha e Brasil agregados aos resultados dos estudos na literaratura internacional e nacional foram construídos os conteúdos dos Capítulos II, III, IV e V desta tese. O Capítulo VI, apresenta-se o Modelo Holístico de Prevenção ao consumo de drogas na escola, é resultante da análise dos recursos bibliográficos anteriormente citados, da experiência profissional da autora e da análise do estudo de campo.

Para elaborar a terceira parte que versa sobre a Configuração da Adolescência: Valores, Potencialidades e Fatores Relacionados com o Consumo de Drogas, procedeu-se um levantamento e estudo analítico na literatura internacional e nacional utilizando-se de livros, teses, anais de congressos, publicações artigos em revistas , boletins, registros de aula de cursos de formação, pesquisas da autora que viabilizaram construir os conteúdos do Capítulo VII desta tese.

Os **recursos estatísticos** que permitiram traçar o perfil epidemiológico dos países investigados neste estudo,constituem-se na base de sustentação do Capítulo IV.

Para elaborar o Capítulo IX **Análise e interpretação dos resultados do estudo de campo** e o Capítulo X **Síntese dos resultados do estudo de campo** integrantes da quarta parte desta tese, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva (média e percentuais) e a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977; Krowczuk,1988) e fundamentos da Psicanálise.

A **pesquisa de campo** foi o recurso utilizado para o levantamento de informações e depoimentos possibilitando descobrir, através do Estilo de Vida manifestado pelos estudantes, os fatores de risco determinantes que configuram o quadro revelador da "Drogadicção na Adolescência". Os resultados também permitiram traçar:

- o perfil sócio-econômico,psico-educacional, estrutura familiar e estilo de vida e hábitos de consumo de drogas dos pais dos adolescentes;
- o perfil sócio-econômico-cultural-psicológico e estilo de vida de adolescentes e sua relação com o uso e abuso de drogas, grau de conhecimento, autoconceito de imaginação criadora, perfil criativo e potencial de criatividade;
- o perfil psicosocio-cultural-educacional do professor; e demais aspectos que foram investigados neste estudo, se constituem nas bases de sustentação de apresentação dos Capítulos IX e X.

No Capítulo VIII, integrante da quarta parte desta tese esta descrita a **Metodologia utilizada no estudo de campo.**

A **pesquisa de campo** desenvolveu-se em varias etapas:

A **primeira** constituiu-se na elaboração, validação e pré testagem do instrumento denominado "**Questionário sobre Estilo de Vida: valores, atitudes, relacionamento, conhecimento, opiniões, motivações, hábitos de uso e abuso de drogas por adolescentes estudantes de Ensino Médio (2º Grau)- Porto A legre- RS-Brasil**" .

A **segunda** etapa constituiu-se na aplicação do instrumento de pesquisa para a coleta dos dados.

A **terceira** etapa constituiu-se na análise estatística e análise de conteúdo dos dados coletados, e interpretação tendo como referencial teórico a Psicanálise.

4.2 Esquema de Variáveis

Dentre os elementos de verificação, apresentamos as variáveis de maior significação para a construção deste trabalho, tais como:

4.2.1 Variáveis de Influências Intraindividuais

4. 2.1.1Idade
4. 2.1.2 Gênero/ sexo (masculino e feminino)
4. 2.1.3 Etnia
4. 2.1.4 Estado Civil: solteiro, casado
4. 2.1.5 Classe sócio-economica-cultural- religiosa
   - ·Escolaridade: desempenho, dedicação e motivações
   - ·Profissão: trabalha, não trabalha
   - ·Religião, crenças, filosofia

4. 2.1.6 Características de personalidade (psicossocial e cultural)
   - ·Relações interpessoais (afetivas e de amizade) com pais
   - ·Relações interpessoais com os irmãos (homens e mulheres)
   - ·Relações interpessoais com colegas, amigos e grupo de iguais
   - ·Relações interpessoais com professores e direção da escola
   - ·Estilo de vida, atitudes e hábitos cultivados
   - ·Valores
   - ·Motivações
   - .Crenças
   - ·Criatividade: autoconceito, potencial, perfil criador
   - ·Atitudes e comportamento diante do estilo de vida dos pais

4.2.1.7 Atitudes e conduta em relação às drogas
   - ·Idade de inicio de consumo
   - ·Grau de conhecimento e Nível de informação sobre drogas
   - ·Atitude e conduta em relação às drogas: aceitação/ rechaço
   - ·Motivações/ Expectativas de consumo: sociais, experimentais, sintomatológicas e psicocognitivas
   - ·Drogas /tipo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas
   - ·Conduta de consumo: não usuário/abstêmio; usuário de drogas legais e ilegais
   - ·Tipo de consumidor de drogas ilícitas: experimentador, usuário ocasional, regular e dependente
   - ·Freqüência de consumo
   - ·Quantidade de consumo
   - ·Parceria/ companhia de consumo
   - ·Local de consumo
   - ·Locais de fácil acesso compra de drogas
   - ·Conduta de delito : tráfico

4.2.2 Variáveis de Influências Socioambientais

4.2.2.1 Família

4.2.2.1.1 Idade dos pais
4.2.2.1.2 Gênero dos pais
4.2.2.1.3 Gênero dos irmãos
4.2.2.1.4 Estrutura e composição familiar
4.2.2.1.5 Características sócio-economica-cultural-educacional-psicológica-religiosa dos pais

- ·Escolaridade dos pais
- ·Trabalho/ situação funcional dos pais
- ·Renda familiar
- ·Religião, crenças
- ·Estilo de vida: valores, atitudes, hábitos
- ·Relações afetivas e de amizade com os filhos
- ·Atitude dos pais diante drogas: nível de informação, comportamento manifesto
- ·Fontes de informações e aquisições de conhecimentos utilizados pelos pais
- ·Consumo de drogas: hábitos de uso e abuso drogas lícitas e ilícitas
- ·Atitudes dos pais em relação à escola: corpo docente e direção

4.2.2.2 Escola

- ·Tipo de instituição : escola pública e privada
- ·Nível de estudos :Ensino médio (2º Grau)
- ·Tipo de abordagem : modelos de prevenção ao consumo de drogas
- · Programa; disciplinas que desenvolve atividade preventiva
- ·Relações interpessoais do corpo docente e direção com o estudante
- ·Perfil psicosocio-cultural-educacional do professor

4.2.2.3 Grupo de amigos e grupo de iguais

- ·Atitude diante das drogas
- ·Consumo de drogas
- ·Relações interpessoais do estudante com companheiros/ colegas, grupo de amigos.

4.2.2.4 Contexto comunitário : bairro, vila residencial

4.2.2.4.1 Recursos sócio-culturais e segurança pública

- · serviços de saúde
- ·serviços sociais
- ·áreas de lazer: parques/ áreas verdes/ praças, quadras de esporte,
- ·clubes de cultura
- ·clubes desportivos e centro polidesportivos
- ·serviços de segurança pública: polícia militar, viária, corpo de bombeiros
- ·meios de transporte disponíveis

4.2.2.4.2 Associações e organizações

- ·Associações de Jovens, de Pais e Alunos, de moradores

4.2.2.4.3 Consumo de drogas

- ·Disponibilidade das substâncias lícitas e ilícitas
- ·Pontos de tráfico

4.3 Dificuldades e Limitações

Algumas dificuldades de ordem operacional foram enfrentadas durante a elaboração da tese, dentre elas podem ser citadas:

- A obtenção de dados junto aos administradores educacionais através de entrevistas, seja pelo nível de entendimento, ou pela dificuldade relativo a disponibilidade de tempo;

- Seleção e preparação das escolas para proceder à pesquisa;

- Exigências burocráticas referentes à aprovação de termo de consentimento para realização da pesquisa em atendimento a Legislação vigente, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (III.3.g.);

- De acesso aos estudantes, especialmente de parte de alguns professores de determinadas disciplinas e turmas;

- Procedimentos na coleta de dados relativos a aplicação do intrumento de pesquisa " Questionário sobre Estilo de Vida", que por questões éticas foi o próprio pesquisador que aplicou o instrumento e exigiu muito tempo por não poder dispor de pessoal auxiliar coletador de dados junto aos estudantes;

- Alto custo da investigação realizada somente com recursos próprio.

SEGUNDA PARTE
CONFIGURAÇÃO HISTÓRICO-CONTEXTUAL DAS DROGAS: FARMACOLOGIA E ASPECTOS GLOBAIS, POLÍTICAS, EPIDEMIOLOGIA DE CONSUMO E MODELOS DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS NO MUNDO E NO BRASIL

CAPÍTULO II
DROGAS: HISTÓRIA, EFEITOS, DROGADICÇÃO, ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA E SOCIOLÓGICA.

INTRODUÇÃO

O presente capítulo visa apresentar de acordo com a classificação farmacológica, aspectos globais sobre as drogas lícitas (álcool, cigarros de tabaco, medicamentos, inalantes) e das drogas ilícitas (depressoras, estimulantes e perturbadoras), de acordo com a literatura internacional e nacional, destacando renomados pesquisadores e estudiosos, entre os quais Ramos, Bertolote, 1999; CEBRID, 1999; Kaplan, Sadock, 1997; Robaina, 1996; García Rodriguez, 1995; Becoña , 1995; Froján Parga, 1995; Salazar Bernard, Rodríguez López, 1995; Outeiral, 1994; Dierssen, Baamonde, García Pelayo, Sallés, 1994; Bucher, 1992; Blasco Mascaró, 1992; Schuckit, 1991; Bergeret, Leblanc, Touzeau, 1991; krowczuk,1997, 1991,1990; Smart, 1986; Angel, 1985; Medina-Mora, 1984; Dias, 1980; Watson, 1980; Moura, 1978; Souza, 1978.

Dá-se uma visão sobre a *história* de cada uma das distintas "substâncias psicoativas" *drogas* e da sua evolução de consumo pelo homem nos mais diversos contextos sócio-culturais.

Destacam-se também os *efeitos principais* que as drogas produzem no sistema nervoso central (SNC) do usuário crônico, os sintomas de abstinência, tipo de dependência (física ou psicológica) que causam,bem como das repercussões do uso e abuso indevido para a vida pessoal da pessoa adicta e para a sociedade.

Finalmente consideramos imprescindíveis analisar o tema apresentando uma visão de *abordagens antropológica e sociológica* das toxicomanias e ou drogadependências por tratar-se de um fenômeno total que vem crescendo assustadoramente nas últimas décadas. Estudos científicos internacionais e pesquisas no país (Krowczuk; 1997, 1995,1994; Helman, 1994; Bucher, 1992; Mandon, 1991; Gauer, 1990; Marcelli, Braconnier, 1989; Kalina, Kovadloff, 1989,1983; National Drug Abuse Council, 1980; Giraud, 1979) já evidenciaram que, atualmente esta diminuindo a idade de crianças e adolescentes usuários de drogas lícitas (álcool, tabaco,medicamentos e inalantes), e de jovens consumidores abusivos, ou adictos de drogas ilícitas (maconha, cocaína, alucinógenos, heroína), infelizmente de fácil acesso e disponibilidade.

1 HISTÓRIA E EFEITOS DO USO E ABUSO DE DROGAS E A DROGADICÇÃO

As drogas sempre existiram e o seu consumo é uma prática milenar e universal.

O ser humano numa atividade individual ou coletiva (grupal) sempre se utilizou de algum tipo de substância indutora de reações física "prazerosa" e ou psíquica "viajenzinha" e, como um meio de fugir da dura realidade, percebida como um sofrimento interminável.

1 .1 Álcool (bebidas alcoólicas)

História

Na evolução histórica, registros arqueológicos revelam que o consumo de álcool pelo ser humano data de aproximadamente 6000 AC, considerada uma substância divina, descrito nos textos de mitologia como um costume por volta de dez mil anos. No Egito cerca de 4.000 a.C. era demasiado o consumo de vinho e cerveja, inicialmente tinham conteúdo alcoólico relativamente baixo, já que dependiam exclusivamente do processo de fermentação.

Entre os Romanos o abuso de álcool ocorria em todas as celebrações e festividades. Os consumos abusivos e estados de embriagues era comum nos homens e também entre as mulheres, o mesmo ocorreu na Grécia. Com o advento do processo de destilação, introduzido na Europa pelos árabes na Idade Média, surgiram novos tipos de bebidas alcoólicas, que passaram a ser utilizadas na sua forma destilada.

Na Europa a partir de 1250 as técnicas de destilação são divulgadas surgindo assim às bebidas alcoólicas mais potentes. Nesta época, as bebidas destiladas eram consideradas como um remédio para todas as doenças, elas "dissipavam as preocupações mais rapidamente do que o vinho e a cerveja, além de produzirem efeito de sedação na presença de dor", surgindo então a palavra whisky do gálico "usquebaugh''significa água da vida. Os italianos desde a Idade Média pioneiros produtores de vinho e, os franceses os maiores consumidores (de vinho, champanhe, etc.) e produtores famosos exportando para todos os continentes que assimilaram a droga em sua cultura. O álcool é uma substância aceita pela sociedade, inicialmente pelas propriedades ditas medicinais e posteriormente pelas formas de consumo recreativo.

Efeitos Principais

A ingestão de álcool provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas; uma estimulante e outra depressora. Nos primeiros momentos após sua ingestão, podem aparecer os efeitos estimulantes como euforia, desinibição e loquacidade (facilidade para falar).O álcool provoca inicialmente um relaxamento, perda das inibições, empobrecimento do julgamento, a cognição fica prejudicada.

Com o passar do tempo se manifestam os efeitos depressores como prejuízo de coordenação, diminuição dos reflexos e processos mentais, descontrole e sono, e este se torna altamente vulnerável a sofrer acidentes.

Por ser uma droga gratificante com baixas doses produz euforia, labilidade e descontrole emocional, ansiedade, tensão, medo, beligerância, agressividade, fala arrastada, marcha vacilante ou cambaleante e ainda o consumidor pode apresentar náuseas, vômitos e diarréia. O consumo excessivo, sobre dose leva a intoxicação aguda, se observa seu efeito depressor no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo uma sedação, analgesia, anestesia, e pode levar a um sono profundo, estupor, coma e a morte por depressão respiratória. O álcool é uma droga adictiva pelo poder gratificante, sua tolerância e a dependência. O consumo de bebidas alcoólicas também pode desencadear alguns efeitos desagradáveis como enrubescimento da face, cefaléia (dor de cabeça) e ainda um mal-estar geral, conforme as características da pessoa, o organismo tem dificuldade de metabolizar o álcool.

Alcoolismo

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade, e por esse motivo da ampla aceitação social, quando do consumo excessivo e inadequado, além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada à embriaguez passa a ser um importante problema de saúde pública, especialmente nas sociedades ocidentais, acarretando altos custos para a sociedade, além de envolver questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares. A pessoa que consome bebidas alcoólicas de forma excessiva, ao longo do tempo, dependendo da dose, da freqüência e circunstâncias pode provocar um quadro de dependência do álcool, condição esta conhecida como "alcoolismo''. Os fatores predeterminantes,ou seja, aqueles considerados determinantes de risco ao alcoolismo são variados, podendo ser de origem biológica, psicológica, sociocultural, ou ainda ter a contribuição resultante de todos estes fatores. A transição entre o beber moderado e o beber problemático ocorre de forma lenta, tendo uma interface que, em geral, leva vários anos. Alguns dos sinais evidentes do beber problemático é o desenvolvimento de uma tolerância, ou seja, a necessidade de aumentar consumo de álcool para obter os mesmos efeitos; o aumento da importância do álcool na vida da pessoa; a percepção ou ''grande desejo'' de beber e da ausência de controle em quando deve parar; síndrome de abstinência (manifestação de sintomas desagradáveis após algumas horas sem beber) e o aumento da ingestão de álcool para aliviá-la.

Os efeitos do uso crônico de álcool levam a dependência física e psicológica do indivíduo à droga. Ela causa inúmeras doenças como câncer no esôfago, disfunção sexual, manifestações como dores musculares, polineurite, alterações (lesões) hepáticas (esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose) gastrintestinais (gastrites, sindrome de má absorção e pancreatite), cardiovasculares (hipertensão, e problemas do coração), renal e neuro-psiquiátricas. O indivíduo refere "apagamentos" (amnésia), apresenta desnutrição, edema (inchaço) fácies alcoólica (rosto típico), delírio, alucinações. Leva a deterioração pessoal e social e apresenta comportamento e atitudes anti-sociais.

Os sintomas de abstinência do álcool são: sudorese, náuseas, vômitos, aumento da temperatura corporal, taquicardia, hipertensão, astenia (fraqueza), ansiedade, irritabilidade, agressividade, alterações no sono (disfunções), tremores, delírios, alucinações, confusões e desorientação mental (delirium tremens), agitação, colapso cardiovascular e morte. A sindrome de abstinência do álcool é um quadro que surge com a redução ou parada brusca da ingestão de bebidas alcoólicas após um período de consumo crônico, tendo início 6-8 horas após a parada de ingestão de álcool, podendo evoluir do estado de abstinência leve para a sindrome de abstinência severa ou "delirium tremens''.

Efeitos do álcool na gravidez

O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode causar inúmeros problemas para o recém-nascido, sendo maior a chance de prejudicar o feto, quanto maior for seu consumo. Cerca de um terço dos bebês nascidos de mães dependentes do álcool, consumo excessivo durante a gestação são afetados pela "*Síndrome Fetal pelo Álcool*''. Os recém-nascidos apresentam sinais de irritação, mamam e dormem pouco, além de apresentarem tremores. Os sintomas lembram a síndrome de abstinência. Os bebês severamente afetados que sobrevivem aos primeiros momentos de vida, podem apresentar problemas físicos e mentais de acordo com a intensidade e a gravidade do caso.

Álcool e Trânsito

O consumo de álcool, mesmo em pequenas quantidades, reduz a coordenação motora e os reflexos, comprometendo a capacidade de dirigir veículos, ou operar outros tipos de máquinas. As pesquisas revelam que grande dos acidentes de trânsito são provocados por motoristas que haviam bebido álcool antes de dirigir. De acordo com a atual legislação brasileira, (Código Nacional de Trânsito em vigor desde janeiro de l998) deverá ser penalizado todo o motorista que apresentar mais de 0,6 gramas de álcool por litro de sangue. Esta concentração no sangue corresponde ao equivalente de consumo de 600 ml de cerveja (beber duas latas de cerveja ou três copos de chope), 200 ml de vinho (duas taças) ou 80 ml de bebidas destiladas (duas doses) (Ramos,Bertolote,1999; CEBRID,1999; Kaplan, Sadock,1997; Outeiral, 1994; Schuckit, 1991; Krowczuk,1997, 1991, 1990).

1.2 Tabaco

História

O tabaco é uma planta originária da América Central, da espécie Nícotlana tabacum, da qual é extraída uma substância chamada nicotina. Desde o ano 1.000 a C. as sociedades indígenas da América Central já as utilizavam em rituais mágicos-religiosos com objetivo de purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetos guerreiros, além de acreditar nos poderes mágicos de predizer o futuro. A planta chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis. No século XVI, o tabaco foi introduzido na Europa, por Jean Nicot, diplomata francês vindo de Portugal, após experimentar a planta em uma úlcera de perna observando as suas propriedades cicatrizantes, diante deste fato ela foi utilizada inicialmente com fins curativos. No século XVII, o hábito de fumar a planta através do cachimbo, difundiu-se rapidamente, atingindo Ásia e África. No século seguinte, a rainha da França, Catarina de Médicis, o utilizava para aliviar suas enxaquecas quando foram atribuídas qualidades medicinais, surgindo assim à moda de aspirar rapé.

No século XIX, iniciou-se o uso do charuto, através da Espanha atingindo toda a Europa, Estados Unidos e demais continentes, sendo utilizado para demonstração de ostentação. Por volta de 1840 a 1850, surgiram as primeiras descrições de homens e mulheres fumando cigarros, porém somente após a Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918) seu consumo apresentou uma grande expansão.

A partir de meados do século XX, seu uso disseminou-se por todo mundo, impulsionado pelas técnicas avançadas de publicidade e marketing, aprimoradas nesta época.

As primeiras pesquisas científicas realizadas na década de 60, estabeleceram a existência de uma relação do consumo do cigarro com grande numero de enfermidades cardiovasculares e pulmonares, afetando a saúde do fumante e do não fumante exposto à fumaça do cigarro. Nas últimas décadas as pesquisas científicas têm comprovado que o tabagismo tornou-se uma epidemia silenciosa que produz a morte prematura de milhares de pessoas a cada ano em todo mundo entre as enfermidades causadoras de mortalidade destaca-se o câncer de pulmão. Embora inúmeros trabalhos neste final de século comprovando os malefícios do tabagismo a saúde do fumante, o fumo é cultivado em todas as partes do mundo e é responsável por uma atividade econômica que envolve milhões de dólares, sendo a nicotina é uma das drogas lícitas mais consumidas no mundo.

Efeitos Principais

Os principais efeitos da nicotina no Sistema Nervoso Central são: elevação leve no humor (estimulação) e depois reduz a atividade cerebral, distração e diminuição do apetite. O fumante ao dar uma tragada, a nicotina é absorvida pelos pulmões, chegando ao cérebro geralmente em 9 segundos.

A nicotina é considerada uma droga, estimulante leve, revela um padrão de alerta no EEG, relaxamento. Ela provoca uma diminuição do tônus muscular proporcionado uma sensação de relaxamento e bem estar ao fumante.

O hábito de fumar com o passar do tempo pode provocar o desenvolvimento de tolerância, a nicotina agindo no Sistema Nervoso Central, a pessoa tende a consumir um número cada vez maior de cigarros para sentir os mesmos efeitos que originalmente eram produzidos com o consumo de doses menores.

A nicotina produz um pequeno aumento no batimento cardíaco, na pressão arterial, na freqüência respiratória e na atividade motora.

Quando uma pessoa fuma um cigarro, a nicotina é imediatamente distribuída pelos tecidos. No sistema digestivo provoca queda da contração do estômago, dificultando a digestão. Há um aumento da vasoconstrição e na força das contrações cardíacas.

Os **sintomas da abstinência** são: fissura (desejo incontrolável por cigarro), aumento do apetite, ansiedade, irritabilidade, tremores finos, agitação, fadiga, constipação (prisão de ventre) ou diarréia, inabilidade de concentração e dificuldades nas atividades intelectuais, sudorese, tontura, insônia e cefaléia (dor de cabeça), diminuição da performance em testes de vigilância e habilidade motora. Esses sintomas caracterizam a **síndrome de abstinência**, provocada quando o fumante suspende repentinamente o consumo dos cigarros, mas desaparecendo dentro de uma ou duas semanas.

A tolerância e a síndrome de abstinência são alguns dos sinais que caracterizam o quadro de dependência provocado pelo uso de tabaco.

Efeitos do uso crônico

A fumaça do cigarro contém um número muito grande de substâncias tóxicas ao organismo. Dentre as principais, citamos a nicotina, o monóxido de carbono, e o alcatrão.

O uso intenso e constante de cigarros aumenta a probabilidade da ocorrência de algumas doenças como por exemplo a pneumonia, câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, boca, estômago, intestino e pâncreas), infarto de miocárdio, bronquite crônica, enfisema pulmonar, derrame cerebral, úlcera digestiva, doenças vasculares, disfunções sexuais, diminuição da espermatogênese, risco aumentado de câncer em “fumantes passivos” etc. Entre outros efeitos tóxicos provocados pela nicotina, podemos destacar ainda náuseas, dores abdominais, diarréia, vômitos, cefaléia, tontura, bradicardia e fraqueza. A nicotina produz **dependência física e psicológica**.

Tabaco e gravidez

Quando a mãe fuma durante a gravidez "o feto também fuma", recebendo as substâncias tóxicas do cigarro através da placenta. A nicotina provoca aumento do batimento cardíaco no feto, redução do peso do recém-nascido, menor estatura, além de alterações neurológicas importantes. O risco de abortamento espontâneo e mortalidade perinatal entre outras complicações durante a gravidez é maior nas gestantes que fumam.

Durante a amamentação, as substâncias tóxicas do cigarro são transmitidas para o bebê também através do leite materno.

Tabagismo passivo

Os fumantes não são os únicos expostos à fumaça do cigarro, pois os não-fumantes também são agredidos por ela, tomando-se fumantes passivos.

Os poluentes do cigarro dispersam-se pelo ambiente, fazendo com que os não-fumantes próximos ou distantes dos fumantes, inalem também as substâncias tóxicas.

Estudos comprovam que filhos de pais fumantes apresentam uma incidência três vezes maior de infecções respiratórias (bronquite, pneumonia, sinusite) do que filhos de pais não fumantes.

Aspectos gerais

O hábito de fumar é muito freqüente na população. A associação do cigarro com imagens de pessoas jovens, esportistas, bem sucedidas é uma constante nos meios de comunicação. Este tipo de propaganda é um dos principais fatores que estimulam o uso do cigarro. Por outro lado, os programas de controle do tabagismo, vêm recebendo um destaque cada vez maior em diversos países, ganhando apoio de grande parte da população (CEBRID,1999; Kaplan, Sadock,1997; Becoña Iglesias, 1995; Froján Parga,1995; Outeiral, 1994; Schuckit, 1991; Krowczuk, 1997, 1991, 1990; Dias, 1980).

1.3 Anticolinérgicos

História

Plantas muito comuns produzem alcalóides com atividades anticolinérgicas, como a **atropina, a escopolamina e a hiosciamina.**

As daturas (solanáceas) encontradas em algumas regiões da América do Sul, África e Ásia são plantas que contêm, essencialmente escopolamina, e popularmente denominada de “Trombeta”, “Cartucho”, “Saia Branca”, “Véu de Noiva”, “Lírio”, “Dama da Noite” e “Zabumba”, podem ser fumadas ou ingeridas sob a forma de chás. Elas fazem parte dos produtos farmacêuticos antiasmáticos muito utilizados pelos toxicômanos/ drogadictos.

Outra planta solanácea, à beladona (Atropa belladona) originária da Europa contém os alcalóides atropina, escopolamina e hiosciamina, bem como a jusquiama-negra (Hyoscyamus níger) que cresce em terrenos baldios.

Também, muito utilizados são os derivados sintéticos, especialmente um medicamento antiparkinsoniano como o trihexafenidil (Artane).

Na Bahia em 1866, um médico descreveu sua observação após atender dois escravos que haviam consumido chá de Trombeteira: "Fui chamado a visitar estes doentes no dia seguinte às 8 horas da manhã. Já podiam caminhar, mas estavam ainda trôpegos e alucinados, vendo objetos imaginários, fantasmas, ratos a passear pela cama etc., de que procuravam fugir dirigindo-se para a porta. Ambos tinham as pupilas dilatadas, a boca e fauces nada oferecem de notável. Na panela que servia para fazer o cozimento estavam dois ramos com muitas folhas e algumas flores rudimentares, de uma planta que conheci ser trombeteira (Datura arborea, Lin)"...

Em São Paulo, 1984 um jovem advogado relatou sua experiência com o uso do chá de saia-branca após ingerir: "Os sintomas iniciam-se cerca de l0 minutos mais tarde com queixas de não enxergar direito, vendo tudo embaraçado e fora de foco. As pupilas estão totalmente dilatadas (midríase). Seguem-se alucinações terrificantes, visões de animais e plantas ameaçadoras, cadáveres de índios, pessoas, etc." Alguma horas mais tarde o jovem relatou que perdeu o pulso e engoliu a língua sendo levado para o pronto socorro.

Em 1989, numa manhã um menino de rua com as pupilas muito dilatadas descreveu o que sentia após tomar l0 comprimidos de Artane: "via elefante correndo pela rua e rato saindo do buraco, se olhava para o céu via estrelas de dia. Tava tudo embaçado e dava medo, mas era também bonito".

As descrições acima, revelam que tanto o chá da planta como o medicamento Artane® foram capazes de produzir dilatação das pupilas (midríase) e alucinações,ou seja, alterações mentais do tipo percepção sem objetivo (ver ratos, índios e estrelas quando estes objetos não existiam).

O que existe de comum entre a planta Trombeteira ou Lírio e o medicamento Artane® (trihexafenidil) antiparkinsoniano, para produzirem efeito físicos e psíquicos semelhantes? É que duas substâncias sintetizadas pela planta atropina e/ou escopolamina - e o próprio remédio têm um efeito no nosso organismo que a medicina chama de efeito anticolinérgico. E sabe-se que todas as drogas anticolinérgicas são capazes de, em doses elevadas, além dos efeitos no nosso corpo, alterar as nossas funções psíquicas.

Efeitos principais

Os anticolinérgicos, tanto de origem vegetal como os sintetizados no laboratório, atuam principalmente no SNC, produzindo delírios e alucinações, midríase (púpilas dilatadas),boca seca, constipação, taquicardia (coração dispara) ,e efeitos periféricos, a bexiga fica “preguiçosa” ou há retenção de urina.

Efeitos do uso crônico

As pessoas intoxicadas freqüentemente descrevem sintomas físicos variados (boca seca, taquicardia, taquipnéia, paralisia da acomodação, midríase, ataxia, fraqueza muscular e disartria) assim como uma estimulação tímica, fenômenos alucinatórios visuais e auditivos (se sentem perseguidas, enxergam pessoas e bichos, etc). Estes delírios e alucinações dependem da personalidade da pessoa e de sua condição, assim, nas descrições de usuários destas drogas,

encontram-se relatos de visões de santos, animais, estrelas, fantasmas, entre outras imagens. Os efeitos são bastante intensos, podendo demorar até 2-3 dias.

Apesar disso, o uso de medicamentos anticolinérgicos (com controle médico) é muito útil no tratamento de algumas doenças como, por exemplo, a Doença de Parkinson. As drogas anticolinérgicas também são usadas como medicamentos antidiarréicos.

Os anticolinérgicos podem produzir em doses elevadas hipertermia (elevação da temperatura às vezes até 40-41º C). Nestes casos, felizmente não muito comuns, a pessoa apresenta-se com a pele ressequida e quente com eritema (vermelhidão) principalmente no rosto e pescoço. Esta temperatura elevada pode provocar convulsões ("ataques") sendo são por isto bastante perigosas. Existem pessoas que descrevem sentir asfixia ter engolido a língua e quase se sufocarem por causa disto. Ainda, em casos de dosagens elevadas, taquicardia (elevação do número de batimentos do coração podendo chegar até acima de 150 batimentos por minuto).

Aspectos gerais

O abuso destas substâncias é relativamente comum no Brasil. O Artane® chega a ser a terceira droga mais abusada entre meninos em situação de rua de algumas capitais no Nordeste (após os inalantes e a maconha). Nas demais regiões o uso de anticolinérgicos é bem menos freqüente.

Estas drogas não desenvolvem tolerância no organismo e não há descrição de Síndrome de Abstinência após a parada de uso contínuo (Robaina, 1996; Froján Parga,1995; Outeiral, 1994; Krowczuk, 1991; Bergeret, Leblanc, 1991)

1.4 **Ópio e Opiáceos** (analgésicos narcóticos)

História

Na historia antiga há registros que sete séculos antes de Jesus Cristo, já era utilizada o ópio. Citado em documentos aparece impresso numa tabuleta Sumeriana sob a forma de dois ideogramas uma planta e outro a alegria. O ópio era o símbolo da “planta da felicidade”. Ele fez parte da farmacopéia antiga, aparece na mitologia grega, Morfeu agitando uma papoula para adormecer os mortais. Na Odisséia é citado o “Nepentes” uma beberagem com propriedades sedativas e euforizantes, contendo pouco ópio no preparado. Em Roma a “Teriaga de Andromaco” concebido por Galeno, era um remédio contendo mais de 64 substâncias das quais continha o ópio, era indicada para todos os males e foi usada até o final do século XVIII.

O ópio é a droga extraída da papoula ou dormideira “**Papaver Somniferunm**” originaria do oriente e usada pêlos romanos e gregos como medicamento.

Existem outros tipos de papoulas e **Papaver Glabrum**, da Ásia Menor, o álbum da Índia e nigrum e segiterum da Europa Meridional. Com o avanço da ciência Agronômica foi descoberto o **Papaver Bractetum** rica em tabaina, este alcalóide foi sintetizado e surge a codeína e a nalaxona sem passar pelo estágio da morfina.

Os árabes por volta dos anos 700 e 800 introduziam o ópio na Índia, e a China nos anos 1000 d.C., assimilam o uso do ópio com finalidade terapêutica como na Índia.

Espalhando-se por toda a Ásia, e a droga foi usada pelos soldados nos campos de combate, para ter coragem enfrentarem o inimigo.

Com a progressiva aculturação dos povos da Ásia e a expansão comercial marítima a droga chega a Europa. No século XVII, Sydenhan, elaborou o láudano, uma tintura açafroada e perfumada com essência de cravo e canela. Von Healer, no século XVIII, descreve a ação psicotrópica do ópio. Na França, Seguin químico do exército de Napoleão no século XIX e, na Alemanha (1804), Friedrich Sertürner era farmacêutico isolou o primeiro alcalóide da forma pura do ópio e, assim descobriram a ação da morfina.

Em 1825, a droga tendo propriedades soníferas foi utilizada pelos médicos como poderoso analgésico e antídoto à dependência do ópio.

Paralelamente ao uso médico, alastrou-se o ópio pela população sendo caracterizado como ópiofagia na Inglaterra, e sendo fumado em todo o mundo. O láudano foi utilizado como aperitivo na Europa Central. Mas o problema da "ópiofagia" expandiu-se do velho mundo, para o novo mundo, devido á imigração (de mão de obra chinesa) de asiáticos para a costa oeste dos Estados Unidos.

Em 1850, Charles Gabriel Pravaz inventou a seringa hipotérmica desde então a população passou a consumir (via endovenosa) a morfina, surgindo a "morfinomania" entre os militares da Guerra Civil Americana (1866); da Guerra Franco Germânica (1870).

A partir do ópio foram obtidos, cerca de vinte tipos de alcalóides. Além da **morfina** (1804), surge **a metilmorfina** ou **codeína** (xaropes, elexires) e a **tabaina**. Em 1874, na Inglaterra foi obtida a heroína uma droga semi-sintetizada derivada da **diacetilmorfina**, sendo produzida e comercializada com finalidades terapêuticas as "morfinomanias" em 1898, na Alemanha pela Companhia Bayer. Estas substâncias são chamadas de drogas opiáceas ou simplesmente opiáceos, ou seja, oriundas do ópio; podem ser opiáceos naturais, não sofreram modificações (morfina, codeína) ou opiáceos semi-sintéticos, pois são resultantes de modificações parciais das substâncias naturais (heroína).

Posteriormente outras substâncias também toxicomanogênicas, são produzidas pelas industria farmacêutica, tais como analgésicos sintéticos (opióides) os narcóticos: a metadona (1930); meperidina (Demerol, Dolantina); profoxifeno (Algafan, Doloxene A, Optalidon, Antagon); pentazocina (Sossegon). As substâncias totalmente sintéticas são chamadas de **opióides** (isto é, semelhantes aos opiáceos) sendo sua apresentação sob a forma de comprimidos ou ampolas, tornando-se então medicamento.

Efeitos Principais

Todas as drogas tipo opiáceo ou opióide, têm basicamente os mesmos efeitos no Sistema Nervoso Central (SNC), diminuem a sua atividade. As diferenças são quanto às doses, num sentido quantitativo. Essas drogas produzem uma analgesia e uma hipnose (aumento do sono),devido esse efeitos também receberam o nome de narcóticos, por serem capazes de produzir estes dois efeitos: sono e reduzir a dor, ainda denominadas de drogas hipnoanalgésicas. Para obter este efeito algumas drogas são altamente potentes mesmo com pequenas doses, como por exemplo: a morfina e a heroína, mas outras, já necessitam um

maior número de doses de 5 a 10 vezes maiores para produzir os mesmos efeitos como no caso a codeína e a meperidina.

Estas drogas além de deprimir os centros da dor, da tosse e da vigília (produz o sono) quando consumidas em doses superiores as terapêuticas também deprimem outras regiões do cérebro como, por exemplo, as que controlam a respiração, o batimento cardíaco e a pressão do sangue. Também ocorre uma paralesia do estômago (sensação de plenitude, não consegue fazer a digestão), os intestinos ficam paralisados e diante disto a pessoa que abusa destas substâncias geralmente apresenta colopatia (forte prisão de ventre).Os opiáceos são utilizados terapeuticamente como antidiarréicos, ou seja, usados no combate das diarréias.

A **papaverina** tem ação espasmolítica e a **narcotina** é um broncodilatador. Os analgésicos sintéticos possuem propriedades morfinomiméticas, eles estão ligados ao grupo dos opiáceos. No conjunto todos esses produtos a morfina, a codeína, os derivados semi-sintéticos (heroína) do ópio ou derivados sintéticos, têm ao mesmo tempo o poder analgésico, ser um depressor respiratório e espasmolítico. Eles induzem a **dependência física e psíquica.**

Efeitos do uso crônico

Estas drogas são usadas por via oral e podem ser auto-administrados por via intravenosa, que podem causar grande depressão respiratória e cardíaca. Além de a pessoa perder a consciência, revela uma cor meio azulada (falta de oxigênio no sangue). A heroína tem uma característica que leva a dependência mais facilmente que as outras, daí ser altamente perigosa. O uso crônico tem um rápido desenvolvimento de tolerância.

Os efeitos do seu uso crônicos além de desenvolver tolerância e dependência causam perda de peso, redução dos níveis de hormônio sexuais. Os efeitos da privação deste psicofarmaco manifesta-se no quadro de **síndrome de abstinência**, sendo que abstinência abrupta do psicofarmaco pode levar a síndome de abstinência moderada a severa que se manifesta por insônia e sono agitado, ansiedade, irritabilidade, bocejos, sudorese, lagrimejamento, rinorréia (corrimento nasal) que pode durar até 8-12 dias, dilatação das pupilas (midríase), tremores, calafrios, cãibras musculares, náuseas, vômitos, diarréia, cólicas abdominais, dores nas pernas, taquicardia e hipertenção,. O abuso de opiáceos pode levar a pessoa ao coma (perda da consciência) e se não receber assistência médica pode ocorrer a morte do indivíduo por sobre dose devido à depressão respiratória.

O uso por via intravenosa (injeção), entre os dependentes têm sido o responsável pelo aumento das infecções como hepatite e a AIDS, além dos problemas de circulação nos MSs (braços), e até casos de amputação do braço devido ao uso crônico de Algafan.

Literalmente centenas, ou mesmo milhares de pessoas morrem todos os anos na Europa e Estados Unidos intoxicados por heroína e morfina.

Os medicamentos mais usados no Brasil contendo drogas tipo ópio (naturais ou sintéticos) são conhecidos pelos nomes comerciais de acordo com as preparações farmacêuticas e indicação de uso médico como analgésicos: Morfina; Dolantina; Demerol; Meperidina; Algafan; Doloxene A; Femidol; Fentanil; Inoval;Tintura de Ópio; Elixir Paregórico; Elixir de Dover; antitussígeno, analgésico Belacodid, Beipar, Codelasa, Gotas Binelli, Eritós, Setux, Nantux, Naquinto, Tussaveto, Tussodina, Tussiflex, Pastilhas Veabon, Warton, Benzotioi comercializados como comprimidos, gotas, xaropes, ampolas e supositórios (CEBRID,1999; Kaplan, Sadock,1997; Robaina, 1996; Outeiral, 1994; Bucher,

1992; Krowczuk, 1991,1997; Schuckit, 1991; Bergeret, Leblanc, Touzeau, 1991; Dias, 1980; Moura, 1978).

1.5 Cannabis e seus produtos: Maconha, Haxixe, THC

História

O **Cânhamo** uma planta herbacea originária da Ásia Central, da espécie **Cannabis sativa** de qual é extraída a maconha, o Haxixe, substancia química δ9 - **THC** (delta – 9 – tetrahidrocanabinol) com propriedades alucinógena.

Desde a antigüidade, os sacerdotes indianos já a utilizavam nas beberagens cerimoniais. Da Índia foi levada pelos mercadores para o Oriente Próximo e depois para os países do norte da África. Desde 2.737 a.C. um imperador chinês escreveu sobre os efeitos enebriantes da maconha. No século XII, os árabes, lutavam e cometiam assassinatos sob o efeito do Haxixe. Um xeque Hassan Ibn Saba "Príncipe da Montanha" em 1190, fundou a seita secreta que seus súditos os Haxixins "assassinos" praticavam o cannabismo para poder assassinar os inimigos. Também os persas utilizavam a droga em seus guerreiros para matarem friamente o inimigo de combate, os cristãos.

No século XIX os médicos ingleses da Índia introduziram-na no Continente Europeu. Os celtas usavam as folhas e a substância THC causava alucinações. A maconha foi trazida para o Brasil por navegadores fenícios. As fontes históricas reforçam a tese da origem africana da maconha brasileira, precisamente o "fumo de Angola". O canabismo foi introduzido no Brasil pelo negro escravo.

A Cannabis é utilizada de três formas: a resina sob formas de placas ou bastões denominados na Ásia de charas, no Oriente Próximo Haxixe ou chira e também no norte da África. O Cânhamo **maconha** estado natural suas folhas são trituradas e após sua secagem é fumada, inalada, recebe nomes conforme as regiões. Na Índia chama-se bhang ou gandja; no México grifa; na América do Norte marijuana, na África do Norte Kif ou takrowsi, e na América do Sul marijuana, mulatinha "erva", maconha, grama.

O Haxixe líquido é destilado oleoso muito concentrado, é mais forte que a maconha "erva".

Há na classificação dos fumadores, três tipos de cigarros, feitos com folhas e sumidades floridas da planta, são eles o morrão, o baseado e o fininho. Um outro processo de se fumar o cânhamo, e bem mais original, é o **aparelho ou cachimbo turco**, semelhante ao **naguilé asiático.**

As formas costumeiras de consumir a maconha são: fumada em forma de cigarros "baseados" ou em cachimbos misturado ao tabaco, pode ser bebida sob forma de suspensão de Cannabis e, associados a xaropes (flor de Laranjeira) ou alcoolizados (anis). Também é utilizada no preparo de receitas da culinária e confeitaria oriental (bolos e doces), mas raramente na culinária ocidental. A droga THC possui substâncias cancerígenas, provoca fome química, diminuições de níveis de hormônios reprodutivos, síndrome amotivacional, causando dependência psicológica, e ultrapassa a barreira placentária.

Efeitos principais

A droga causa euforia, relaxamento, diminuição da ansiedade, loquacidade, sonolência, distúrbio de memória, dificuldade na habilidade de promover tarefas mentais mais complexas (fixação e aprendizado). O usuário sofre alterações na percepção do tempo têm a tendência de confundir o passado, presente e futuro; sensação irreal do tempo (passa lentamente), apresenta senso percepção de estranheza e irrealidade sobre si mesmo, disfunções na habilidade de dirigir veículos, têm sensação de imagens vividas, audição real. Com o aumento de doses o usuário pode ter alucinações e delírios, paranóia e ansiedade. Apresenta alguns efeitos físicos como hiperemia conjuntival (olhos avermelhadas) e midríase (dilatação das pupilas), aumento da pressão arterial e batimentos cardíacos, redução da pressão intra-ocular e hipotermia (queda da temperatura corporal), alterações das mucosas da orofaringe (da boca e garganta) e a manifestação da fome química, aumento do apetite principalmente para doces.

Efeitos do uso crônico

O usuário apresenta bronquite, asma; o alcatrão da maconha é mais carcinogênico que o do tabaco, pode causar dano cerebral e distúrbio cognitivo, diminuição dos níveis dos hormônios reprodutivos, e causar esterilidade. Manifestações de distúrbios imunológicos, gastrintestinais e cardiovasculares e, descompensação psíquica nos indivíduos predispostos. Pode ocorrer uma "síndrome amotivacional", com apatia e desmotivação para tarefas comuns, bem como estudo, trabalho e namoro. A maconha, sua substância THC ultrapassa a barreira placentária na mulher grávida.

O uso crônico causa **dependência psicológica**.

Os **Sintomas de Abstinência** após o uso pesado de drogas são irritabilidade, inquietude, nervosismo diminuição do apetite, perda de peso, insônia, distúrbio de sono, tremores, hipertermia (febre) e cefaléia (CEBRID, 1999; Kaplan, Sadock, 1997; Robaina, 1996; Outeiral, 1994; Bucher, 1992; Krowczuk, 1990,1991,1997; Bergeret, Leblanc, Touzeau,1991; Schuckit, 1991; Dias, 1980; Moura, 1978).

1.6 A Coca: Cocaína, Crack e Merla

História

A **coca** utilizada pelos índios da América do Sul (regiões dos Andes, Equador, Peru, Bolívia, Colômbia e Costa das Antilhas), há milênios usavam as folhas da planta para suportar a fadiga (esforços trabalho), o frio cruel dos Andes e as longas crises de fome e sede.

A **cocaína** é um alcalóide, substância natural, extraída das folhas de duas espécies de arbustos coca (Erythroxylon coca e novogratense).A Erythroxylon coca, conhecida como coca ou epadú, este denominado pelos índios brasileiros.Ela foi isolada pela primeira vez na Alemanha no século XIX, sob a forma de pequenos cristais e, sua formula divulgada por Niemann em 1859.

Von Arep observou ser a cocaína um excelente analgésico local (via subcutânea), sendo utilizada por Von Holler na década de 1880 nas cirurgias oftalmológicas. Na época, a

droga além das propriedades analgésicas foi considerada um antídoto dos depressores do sistema nervoso, sendo utilizado no tratamento do alcoolismo e morfinomania.

Em 1884, Freud tendo conhecimento do poder euforizante da droga, experimentou-a em si próprio para comprovar seus efeitos estimulantes no sistema nervoso. Após experiência mostrou-se favorável a sua utilização pela medicina. A cocaína neste período foi muito utilizada fazendo parte da farmacopéia popular. A sua utilização sob formas de comprimidos, ungüentos, cigarros e bebidas, como na coca-cola e até sendo aprovada pelo papa Leão XIII, sua presença no vinho Mariani.

O interessante que quando os navegadores europeus, conquistadores do Novo Mundo (América Central e do Sul) e continente americano chegaram com a coca e outras drogas como o café, o chá, o tabaco a casca de quinino, ela não obteve a mesma aceitação na Europa. Posteriormente, o uso da cocaína foi considerado por Erlenmeyer como o terceiro flagelo humano (depois do álcool e opiáceos). Após comprovado sua ineficácia no tratamento dos morfinomanias, surgiu outro problema uma epidemia de cocainomania como conseqüência pelo uso abusivo por via nasal. Constatado o problema, na década as autoridades regulamentarem seu uso.

Nos início dos anos 90, a base pura da cocaína é produzida, sendo adicionado nela uma base forte ocorrendo alterações similares na estrutura do sal, surgindo assim uma forma cristalina "forma de pedra" conhecida nas ruas como o "***crack***" ou "rock" com alto poder de toxidade no organismo e sistema nervoso do usuário dependente da droga. A ***merla*** é obtida a partir da pasta de coca que recebe produtos químicos como ácido sulfúrico, querosene, gasolina, benzina, metanol, cal virgem, éter e pó de giz.

O uso do *crack* é mais comum nas idades entre 18 a 25 anos, mas também atualmente entre crianças moradoras nas ruas das grandes metrópoles.O uso da *merla* a maioria tem entre 16 e 18 anos, são do sexo masculino de acordo com a pesquisa feita em Brasília (1997).

Formas de apresentação e vias de consumo

A cocaína pode chegar ao consumidor sob a forma de um sal, o cloridrato de cocaína o "pó", "farinha", "branquinha", "neve branca", por inalação via nasal aspirada ("cafungado"), ser absorvida por via oral (chá de folha coca).Mas a preferência dos usuários recreacionistas e toxicômanos, é por via intravenosa (injetável pelos canos a "Bazuka") , e ainda sob a forma de uma base o Crack ou "Pedaço, pedra" (pouco solúvel em água mas se volatiza quando aquecida é fumado em "cachimbos" e a merla (meia, mel ou melado) "pasta" preparada de forma distinta do crack, é também fumada. Ambos por não serem solúveis em água não podem ser injetados. A cocaína em pó(farinha) é também pulverizada nas mucosas, ou seja, órgãos genitais (mulheres).O crack para passar do estado sólido ao vapor quando aquecido , ele necessita de uma temperatura relativamente baixa (95^oC),o mesmo ocorrendo com a merla. Já a cocaína " pó "necessita de 195^oC,não pode ser fumada, só aspirada ou injetada nas veias do usuário.

Há ainda a pasta de coca um produto grosseiro, obtido das primeiras fases de separação de cocaína das folhas da planta quando estas são tratadas com álcali, solvente orgânico como querosene ou gasolina e ácido sulfúrico. Esta pasta, rica em impurezas tóxicas é fumada sob a forma de cigarros chamados "basukas".

Efeitos principais

A substância **cocaína**, causa ao usuário uma sensação de euforia e bem estar, idéias de grandiosidade, irritabilidade, aumento de atenção para estímulos externos (agitação psicomotora), prejuízo na capacidade de avaliação e julgamento da realidade. O usuário passa a falar "logorréia" e a mover-se com maior rapidez e não sente sono, fome ou fadiga. Pode causar um comportamento errativo, bizarro e por vezes violento "agressividade".

Com aumento da dose provoca reações de pânico, sensação de estar sendo perseguido, às vezes alucinações auditivas e táteis (escutar vozes, sentir sensações de algo "bichos caminhando" pelo corpo). O quadro completo é denominado psicose cocaínica com manifestações paranóides agudas.

A cocaína é um potente anestésico local. Inicialmente causa excitação sexual, um prazer mecanizado a libido alterada, provoca a ejaculação precoce e um relaxamento total.

O **crack** e a **merla** também são cocaína , portanto os **efeitos** provocados pela cocaína também ocorrem com ambos, mas a grande diferença esta nas formas de uso de ambos, a via pulmonar. Ao serem fumados alcançam o pulmão, ocorrendo uma absorção instantânea por ser um órgão de grande superfície e, intensamente vascularizado, favorece uma rápida chegada da droga ao cérebro via circulação cerebral, isto é, encurtam (crack e merla) o caminho para chegar ao cérebro, sendo que os efeitos da cocaína se manifestam com maior rapidez do que outras vias de consumo. Em 10 a 15 segundos ocorrem os primeiros efeitos, enquanto que os efeitos após cheirar o "pó" se manifestam após 10 a 15 minutos, e após a injeção, em 3 a 5 minutos. Portanto, essa característica faz do crack uma droga poderosa na percepção do usuário, já que o prazer é sentido instantaneamente logo após uma "pipada", porém a duração dos efeitos do crack é muito rápida, em média duram em torno de 5 minutos, enquanto após injetar ou cheirar, duram em torno de 20 e 45 minutos. Esse tempo reduzido dos efeitos faz com que o usuário retorne a consumí-la com mais freqüência que as outras vias (praticamente de 5 em 5 minutos) levando-o a dependência com maior rapidez que os usuários da cocaína por outras vias (nasal, endovenosa).O usuário sente uma sensação de grande prazer, intensa euforia e poder logo após a "pipada". A "fissura" é o nome popular para designar a compulsão para utilizar a droga, ou seja, uma vontade incontrolável de sentir os efeitos de prazer que ela produz. No caso do crack e da merla a "fissura" é avassaladora, pois os efeitos da droga são imediatos e intensos. Além do "prazer" indescritível comparado a um orgasmo (sic. usuário),o crack e a merla também produzem um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço, inapetência (falta de apetite) que resulta na perda de peso (8 a 10 Kg) súbito em menos de um mês, e com o uso num tempo um pouco maior revela um estado físico deplorável resultante de total abandono das noções básicas de higiene ,sendo os usuários de crack (craqueros) ou de merla facilmente identificados. O usuário ao aumentar o consumo e freqüência de uso experimenta sensações extremamente desagradáveis como cansaço e intensa depressão.

Efeitos do uso crônico

O uso crônico de **cocaína** provoca um quadro de confusão mental, danos irreversíveis ao cérebro, discurso incoerente, surgimento de comportamento bizarros; midríase, elevação da pressão arterial, taquicardia, também pode causar diminuição do diâmetro das artérias e conseqüência da combinação desses fatores provocar infarto do miocardio, ainda ocorrer arritmias, causando a morte súbita. O uso crônico da cocaína pode levar a uma degeneração irreversível dos músculos esqueléticos chamada rabdomiólise.

Em pessoas que apresentam mal formações vasculares podem apresentar hemorragia cerebral, ocasionar hipertermia (temperatura elevada) e induzir convulsões.

O consumo elevado de cocaína "overdose" pode ocasionar parada respiratória e morte por asfixia; acidente vascular cerebral hemorrágico, infarto agudo do miocárdio e ou parada cardíaca por fibrilação ou outra arritmia grave.

.

Os danos com o uso nasal são a perda de sensibilidade olfativa, atrofia da mucosa com rinite crônica "coriza" perfuração destruição do septo nasal, hemorragia nasal e hemorragia gengival. O **uso crônico** leva a quadros psiquiátricos ezquizofremiformes, idéias de perseguição, agressividade, não raro a cometer crime. O uso pulmonar pode causar lesão pulmonar à fibrose intersticial. Com o uso endovenoso, as complicações não - infecciosas são freqüentes como irritação local e flebite, como também abcessos de pele e músculos, infecções pulmonares, hepatites virais, doença de Chagas, Sífilis, Hérpes e AIDS. O abuso crônico pode levar a um comportamento paradoxal, alucinações e surto psicótico. O uso da cocaína desenvolve **tolerância e forte dependência psicológica** sendo a mesma observada em todas as vias de administração.

Efeitos tóxicos

A tendência dos usuários de **crack** e **merla** é aumentar a dose de uso visando intensificar seus efeitos, mas tal atitude desencadeia um comportamento violento, irritabilidade, tremores, atitudes bizarras, efeito da paranóia que provoca um medo intenso nos craqueros. Eles tornam-se extremamente desconfiados uns dos outros, passam a vigiar o local de uso da droga podendo revelar atitudes de extrema agressividade, podem eventualmente ter alucinações e delírios a "psicose cocaínica". Os usuários além destes sintomas ainda revelam total desinteresse sexual. Outros efeitos como midríase (aumento das pupilas) afetando a visão provocando "visão borrada", precordialgia (dor no peito),contrações musculares, convulsões e até coma. Observa-se que o sistema cardiovascular é o mais afetado pela droga, pode desencadear uma elevação da pressão arterial, taquicardia (aumento dos batimentos),em determinadas situações produzir uma parada cardíaca por fibrilação ventricular e ocorrer a morte por depressão respiratória.

A **merla** produz alterações no organismo do usuário sendo na pele um suor intenso fétido, no fígado pode levar à hepatite tóxica, no cérebro afeta a memória e a coordenação motora e causar dor de cabeça crônica, nos pulmões a chamada fibrose pulmonar, no coração causa taquicardia e em casos extremos, parada cardíaca.

O uso da **merla** (1998) além de criar dependência quase imediata provoca alucinações sado masoquistas, envelhecimento da pele da pessoa, queda de cabelos (grave), irritabilidade, hiperatividade, desorganização pessoal (quarto dormir). A cocaína é propulsora de dependência pesada levando o usuário também ao uso de barbitúrico ou álcool, maconha e heroína.

A **overdose** ocorre mais freqüentemente, com o uso endovenoso. Não há descrição convincente de uma **sindrome de abstinência** quando o usuário para o consumo abruptamente. Foi observado que o usuário fica tomado de grande "fissura "procura consumir novamente para sentir os efeitos agradáveis e não para diminuir ou abolir o sofrimento, caso manifestasse uma síndrome de abstinência (CEBRID,1999; Kaplan, Sadock,1997; Robaina,

1996; Outeiral, 1994; Bucher, 1992; Krowczuk, 1991; Bergeret, Leblanc, Touzeau,1991; Schuckit, 1991; Dias, 1980; Moura, 1978).

1.7 Anfetaminas

História

As **anfetaminas** surgem em 1895, mas o sulfato racêmico de anfetamina (Benzedrine) foi sintetizado pela primeira vez em 1887 e introduzido na prática clínica em 1932, utilizado para o tratamento de congestão nasal e asma(vendido sem prescrição médica).

Nagai um japonês extraiu a efedrina a partir de **Ephedra Vulgaris** uma planta asiática de clima temperado. A droga foi purificada por Chen em 1923. A planta ma-huang assim conhecida na China, era muito utilizado como medicamento para asma.

Alles em 1931, após a descoberta das propriedades simpaticomimeticas sintetizou a benzedrina, e posteriormente, a dexedrina e a metilanfetamina. Estas anfetaminas tinham, juntamente, as propriedades da adrenalina e da efedrina.

A anfetaminas sendo produtos sintéticos foram comercializadas para substituir a cocaína, sendo utilizadas para aumentar o desempenho e como estimulante entre os estudantes, esportistas, motoristas de caminhão, militares e homens de negócios e também como moderadores de apetites nos regimes para emagrecer (anorexigenos). Até o início desta década foi usada de forma descontrolada, embora já nos anos 50 sua utilização passou a ser regulamentada e pelo fato de produzir dependência, muitas foram retiradas do mercado.

As principais anfetaminas disponíveis nos Estados Unidos são a dextroanfetamina, metanfetamina e metilfenidato.Essas drogas têm nomes de rua como *crack*, cristal, *crystal meth e speed.* O ***ice*** é a forma pura de metanfetamina que pode ser inalada, fumada ou injetada intravenosamente por abusadores da substância.

Efeitos principais

A droga produz efeitos semelhantes aos da cocaína. O uso produz anorexia (redução do apetite), causa aumento da energia e postergação da fadiga, com redução da necessidade do sono. Hiperatividade, excitabilidade, euforia inquietação, midríase (dilatação pupilar), ressecamento das mucosas (boca, lábios e nariz), respiração mais rápida (taquipréia), taquicardia e hipertenção arterial.

Os efeitos produzidos com doses maiores são inquietação senso de poder e superioridade, elevação do potencial de agressividade e violência. Delírios e alucinações ocorrem freqüentemente. O consumo "**overdose**" produz: tontura, tremores, irritação, confusão e desorientação mental, alucinações, palpitações precordialgias (dor no peito), hipertenção, arritimias cardíacas, hipertermia (febre), convulsões, choque e a morte.

Efeitos do uso crônico

O uso crônico da anfetamina desenvolve a tolerância e dependência. Ela provoca perda de peso, depressão, desnutrição, desenvolvimento de suspicácia, sensação de estar sendo vigiado, preocupação com processos de pensamento, paranóia, delírio persecutório,

alucinações anditiva, visual e táteis, é a psicose anfetamínica. Manifestam agressividade, irritabilidade, reação de temor, susto exagerado, discenesia, e anormalidades posturais. Os efeitos tóxicos provocados pelo exagero do consumo da droga além dos efeitos descritos, ficam evidentes sinais físicos como midríase acentuada, palidez e taquicardia. Nos casos de intoxicação grave a pessoa necessita ser hospitalizada para desintoxicação completa e avaliação de dano cerebral.

Os sintomas de abstinência

O usuário apresenta depressão, tendência suicida, letargia, apatia, fome e sono prolongado com perturbações, ainda irritabilidade, delírios, alucinações, surto psicótico com pânico.

A **tolerância** é rápida e marcante. A droga desenvolve dependência psicológica ao consumidor. A abstinência física manifesta-se através de sintomas atenuados como cólicas intestinais, mialgias, astenia, bulemia, instabilidade e perturbações do sono (CEBRID,1999; Kaplan, Sadock,1997; Robaina, 1996; Outeiral, 1994; Bergeret, Leblanc, Touzeau,1991; Krowczuk, 1991; Schuckit, 1991).

1.8 Alucinógenos sintéticos e naturais (plantas)

Os **alucinógenos naturais** são substâncias extraídas de plantas que foram usadas como parte de cerimônias religiosas e sociais por nativos da América por mais de 2.000 anos, ainda são utilizadas por alguns grupos nativos.

Perturbadores ou **alucinógenos sintéticos** são substâncias fabricadas em laboratório e que são capazes de promover alucinações no ser humano.

Elas por produzirem alterações do nível de consciência e capaz de induzir alucinações "é uma percepção sem objeto", ou seja, o usuário mesmo sem ter o estímulo (objeto) pode sentir, ver, ouvir uma sirene tocando, um animal como se estivesse realmente presente, mas não existe. As drogas alucinógenas sintéticas e também as de origem natural (plantas) são freqüentemente utilizadas desde os anos sessenta, por grupos de jovens e drogadependentes para promover alterações psíquicas. Estas substâncias não têm utilidade clínica comprovada.

1.8.1 Alucinógenos sintéticos: LSD- 25 , ECSTASY "Êxtase" (MDMA)

1.8.1.1 LSD - 25

História

Os derivados lisérgicos, o principal é o LSD-25 (Dietilamida do ácido lisérgico) sintetizado por Hoffman em 1938, obtido pela hidrólise dos alcalóides do esporão do centeio (ou "ergot" ergotamina, ergosina, ergocriptina, ergocormina, ergocristina e ergobasina). O Clariceps Purpúrea cogumelo parasita, conhecido como "epidemia do fogo sagrado" pelo fato de ter propriedades de gangrenar e desencadear convulsões. O LSD inicialmente foi usado em psicoterapia para liberação das representações e emoções inconscientes (catarse), mas dada a sua periculosidade foi abandonado pela classe médica o seu uso nos tratamentos.

A ciência médica conseguiu esquematizar a “viagem” em várias etapas de acordo com o número de doses, observou ser aproximadamente de 12 horas. Os alucinógenos não são de forma alguma substâncias novas, foram usados pelos nativos e civilizações da América há milhares de anos. Com o desenvolvimento científico, cultural e tecnológico da ciência, foi sintetizado, seu produto surgem derivados das plantas alucinógenas, com efeito, sobre o sistema nervoso e comportamento da pessoa. Cada droga revela sua propriedade, sendo que o LSD é a mais despersonalizante, a psilocibina euforizante e a mescalina favorecia o surgimento de ilusões visuais.

Efeitos principais

O **LSD-25** atua produzindo inúmeras distorções no funcionamento do cérebro, provocando assim uma diversificada gama de alterações psíquicas. A experiência subjetiva com esta droga e outros alucinógenos depende da personalidade do usuário, suas fantasias quanto ao uso da droga e do local (ambiente) onde é ingerida. Alguns indivíduos vivenciam um estado de hiperatividade, outros revelam-se quietos e passivos, os sentimentos de euforia e excitação “boa viagem”, alternam-se com episódios de depressão, ilusões assustadoras e sensação de pânico “má viagem; bode”. LSD-25 pode produzir alterações como distorções na percepção do ambiente, cores, formas e contornos, bem como sinestesias, os estímulos olfativos e táteis parecem reais.A manifestação de delírios de natureza persecutória ou de grandiosidade, a pessoa tem “juízos falsos da realidade”, ela não tem condições de avaliar corretamente a situação que se encontra. Os efeitos físicos se manifestam logo de início,10 a 20 minutos após o consumo ocorre aceleração do pulso, midríase (pupilas dilatadas),sudorese, excitabilidade. Raramente foram observados casos de convulsão.

Efeitos tóxicos do uso crônico

A pessoa sob o efeito do LSD-25 perde a habilidade de perceber e avaliar situações comuns de perigo. Por exemplo: à pessoa com delírio de grandeza julga-se com capacidades ou forças extraordinárias, sendo capaz de voar, atirando-se de janelas; acredita ter força mental a ponto de parar o carro na estrada, permanecendo diante dele; andar sobre as águas, avançando mar à dentro. Alguns drogados podem tornar-se violentos e agredirem os amigos, ou até mesmo, pessoas estranhas como resultado de delírio persecutório. Já outros após terem tomado a droga passaram a apresentar intensa ansiedade por longo período (até dois anos), depressão, e até mesmos acessos psicóticos. O flashback é uma variante deste efeito em longo prazo: semanas e até meses após a experiência com o LSD-25, o usuário repentinamente passa a ter todos os sintomas psíquicos da experiência anterior, mesmo sem haver consumido a droga. Geralmente é uma vivência psíquica muito dolorosa para a pessoa, pois não esperava ter os sintomas indesejados, e ao tê-los tem a sensação que esta enlouquecendo.

O **fenômeno da tolerância** desenvolve-se rapidamente, mas ao parar de usar o LSD os sintomas desaparecem imediatamente. O LSD comumentemente não leva a estados de dependência e não há descrição de **sindrome de abstinência** caso um usuário crônico cessar o consumo da droga. Porém, o LSD como outras drogas alucinógenas, pode provocar **dependência psíquica ou psicológica**, caso a pessoa passe a fazer uso habitualmente destas substâncias como remédios para todos os males da vida, resulta por se alienar da realidade do cotidiano aprisionando - se na ilusão do paraíso na terra.

Aspectos gerais

Entre os jovens americanos, ocorreu o consumo de drogas alucinógenas, associadas a outros estimulantes e configurou-se como uma epidemia das drogas do mundo moderno. A década de sessenta foi marcada pelos movimentos hippie, de protestos dos estudantes o consumo de drogas cresceu desde então, tornando-se um grande problema social, a sociedade exigiu das autoridades um posicionamento diante do problema da farmacodependência. O efeito do consumo de grande quantidade de drogas coquetéis como a Benzidrina (anfetamina) associados aos barbitúricos e misturados com álcool são as origens dos atos violentos praticados por grupos de jovens americanos que serviram como modelos de condutas antisociais para a juventude de outras regiões do mundo ocidental e oriental. Temos como exemplo o uso de anfetaminas, heroína e morfina pelos japoneses; uso de anfetaminas, cannabis, cocaína e álcool na América Latina. No Brasil o uso do LSD -25 ocorre entre as pessoas com alto poder econômico, embora raramente ocorram apreensões pela policia (CEBRID,1999; Kaplan,Sadock,1997; Robaina,1996; Outeiral, 1994; Bergeret, Leblanc, Touzeau, 1991; Krowczuk, 1991; Schuckit, 1991; Dias,1980; Moura,1978).

1.8.1.2 Ecstasy - "Extase" (MDMA)

História

Drogas de desenho ou *designer*, os "*Uppers*" psicoestimulantes derivados da anfetamina DMA, a pílula do amor a 3,4-metileno-dioximetanfetamina (MDMA),também chamada de ***ecstasy,*** cujo nome na rua é "**êxtase**". Existem outros derivados anfetaminicus, todos eles se caracterizam por possuir um perfil neurofarmacológico misto, são psicoestimulante e alucinógeno.

O derivado mais alucinógeno é 2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina (DOM) também chamada de STP que foi utilizado como superalucinógeno por determinados grupos de hippies.

Em 1912, o *ecstasy* (MDMA) foi sintetizado nos laboratórios de E. Merck como substância anorexígena (moderador de apetite), sendo patenteada na Alemanha em 1914. Mas somente em 1953 nos Estados Unidos, o exército interessou-se pela droga e desenvolveu estudos toxicológicos na Universidade de Michigan (Edgewood Chemical Warface Service).

Em 1957 Gordon Alles descreveu seu papel como psicofarmaco e relata sua experiência pessoal num congresso científico. Posteriormente Alexandrer Slunghin estudou a psicofarmacologia dos derivados da mescalina, e obteve o procedimento químico para resintetizá-la.

Na década de 70, nos Estados Unidos surgem os primeiros registros de tráfico ilegal e consumo recreativo da droga. Um grupo de psicoterapeutas da costa oeste americana, num ensaio, utilizam a droga em pacientes, como coadjuvante psicoterapeutico com o objetivo de melhorar a introspecção e a comunicação e, favorecer o processo terapêutico. Em 1983 os jovens americanos, especialmente estudantes, começaram a utilizá-la com fins recreacional.

A Drug Enforcement Administration (DEA) em 1984, incluem o MDMA na lista **I-drogas de classificação controlada**, resultado do aumento do número de consumidores, embora alguns especialistas a classificassem na lista III, como droga utilizada para fins médicos. Desde 1985 ela é considerada uma droga de uso ilegal, mas somente em 1988 foi

definitivamente incluído no Controlles Substances Act., o *ecstasy* "extase" MDMA como uma substância de consumo ilegal.

Nos anos 80 teve forte difusão entre os estudantes universitários. Os estudos realizados em Stanford, EUA, revelaram que 39% do padrão de consumo foi com finalidade experimental e, para o uso ocasional (fins social e recreativo) menor freqüência. Também utilizada nos fins de semana estando associada a determinadas formas de ócio. Atualmente o uso do "Ecstasy" é um modismo entre alguns grupos de consumidores por que acreditam possuir ação afrodisíaca. É freqüente o uso do "Extase" associado a anfetaminas e a cocaína por motoristas de caminhão (o rebite) com fins de aumentar o rendimento no trabalho.

Inúmeros estudos foram realizados para esclarecer os mecanismo neuroquimicos do MDMA, porém existem algumas lacunas a esclarecer, pelo fato desta substância ter mais do que um mecanismo de ação. O perfil farmacológico da droga é misto. Ela apresenta propriedades de caráter psicoestimulantes e psicomiméticos, estando classificada no mesmo grupo das anfetaminas e alucinógenos. Tal é a sua complexidade e os efeitos sobre o corpo humano, que eles podem estar relacionados aos múltiplos processos neuroquímicos entre os quais a serotonina (5HT2) que desempenha um papel importante.

Efeitos principais

Além de seu efeito alucinógeno, caracterizado por alterações na percepção do tempo, diminuição da sensação de medo, ataques de pânico, psicoses e alucinações visuais, provoca efeitos estimulantes como o aumento da freqüência cardíaca (taquicardia), da pressão arterial (hipertensão), boca seca, náusea, sudorese e euforia. O MDMA "êxtase" além de produzir alucinações é uma droga capaz de produzir ao mesmo tempo um estado de excitação, extremamente perigoso para o usuário.

Os consumidores têm um padrão de consumo sob autocontrole com períodos de abstinência auto-imposta. Eles estabelecem intervalos de duas a três semanas para o consumo de novas doses, não produzindo um fenômeno de escalada de doses e mudança de vias de administração, algo muito característico de outros psicoestimulantes. Provavelmente o padrão de consumo autocontrolado ocorre devido à rapidez com que se desenvolve a tolerância e os efeitos positivos experimentados são muitos semelhantes a outras drogas alucinógenas.As **formas de consumo do ecstasy** são por via oral e também são aspiradas, via inalação.

Sindrome de abstinência

As características da abstinência se manifestam por uma fase inicial a "aterrissagem" "*crash*" caracterizada por insônia, dores de cabeça, letargia, fadiga, depressão, perda do apetite, pode estar associada com ansiedade, tremores, humor disfórico ,ter pesadelos.O sintoma mais sério da abstinência é a depressão, pode vir a tornar-se grave como resultado do uso prolongado de altas doses de anfetaminas e estar associada com ideação ou comportamento suicida. Ele não é muito evidente no caso do MDMA e diferente do que ocorre com a cocaína , as anfetaminas e daquilo que é descrito em alguns dos casos de uso compulsivo da substância. A fase de abstinência intermediária pode se prolongar por vários dias, ou semanas, até configurar-se na abstinência.Os sintomas de abstinência geralmente alcançam o auge em dois a quatro dias e se resolvem em uma semana.

Efeitos tóxicos

Quanto a sua toxidade, foi observado que após administração do MDMA ocorre a elevação da pressão sangüínea e da freqüência cardíaca na primeira hora após sua ingestão. Outros efeitos secundários foram observados como: rigidez mandíbular, temor, estremecimento, contratura nervosa das pálpebras, ranger dos dentes e náuseas. A maioria dos efeitos físicos e psíquicos podem durar até dias e inclusive semanas. Outros efeitos residuais podem manifestar-se horas ou dias depois da ingestão tais como insônia, fadiga que se prolonga até 48 horas, dores de cabeça, depressão e perda do apetite. Atualmente para o uso recreacional, os consumidores não utilizam doses baixas e nestes casos nenhum tipo de alucinação foi observado.

Inúmeros pesquisadores sustentam que as provas são inconsistentes para poder afirmar que a droga causa dependência, enquanto outros estudiosos alegam que os efeitos satisfatórios observados se modificam a partir das alterações nas doses pelo usuário surgindo com maior freqüência os efeitos secundários negativos não desejados pelos usuários.

Diferentes estudos descrevem o MDMA como uma substância que produz simpatia e empatia em seu usuário. Desta forma sob sua influência ocorre uma maior receptividade em relação à sexualidade, mas ele não demonstra sentir maior desejo para iniciar a atividade sexual. No homem não existem estudos que permitam delimitar os fenômenos neurotóxicos e suas conseqüências. Entretanto é possível identificar os indícios da toxidade psiquiátrica que se manifesta na forma aguda como uma psicose tóxica, com o quadro alucinatório delirante, ideação paranóide e inclusive estupor catatônico, ou então, sob a forma crônica manifesta-se por meio de surtos de pânico, sob a forma de déficits de memória leve a moderados na escala de Weschler sem alterações do humor. Pode também se manifestar como uma psicose paranóide com "flashback", ou seja, uma alteração produzida pela droga.

Aspectos gerais

O MDMA tem sido utilizado como quadjuvante em psicoterapia experimental ,em terapias anti-divórcio e na recuperação de alcoólatras e como terapia anti-depressiva, mas com pouco êxito. Alguns especialistas pensam em algumas possibilidades terapêuticas do MDMA, como uma nova classe farmacológica dos entactógenos ou substância que permite o paciente conectar-se consigo mesmo.

.

Alguns especialistas utilizam a droga em psicoterapia e justificam que ela possui propriedades que facilitam a integração psíquica e a criação de novas estruturas de identidade, proporcionando assim mudanças de um estado de negativismo para sentimentos mais positivos. Ela promove uma transformação no indivíduo, faz com que ele saia do isolamento e busque uma intimidade interpessoal, porque ela provoca estímulos positivos, iniciativa e maior decisão. (CEBRID, l999; Kaplan, Sadock,1997; Robaina, 1996; Dierssen, Baamonde, GarcíaPelayo,Sallés,1994;BlascoMascaró,1992; Bergeret, Touzeau, 1991; Krowczuk, 1991).

1.8.2 Alucinógenos naturais: plantas

1.8.2.1 Mescalina

A **Mescalina** alcalóide originário do ***cactus peyote*** (Echino cactus Williamse) do México, utilizado pelas civilizações primitivas da América Central, ela é cortada em fatias

(mescalbuttons) após secos são mastigados para obter os efeitos alucinógenos, usados nos rituais sagrados. A mescalina foi isolada por Heffter e sintetizada por Spath em 1919.

1.8.2.2 Psilocibina

Outra planta alucinógena é Psilocibina e psilocina substâncias extraídas de ***Psylocibes,(*DMT),**cogumelos que proliferam em todos os climas, especialmente nas zonas temperadas. Os aztecas chamavam Teonacalt (carne dos deuses), eram consumidos crus com fins visionários nas festividades religiosas. A droga foi sintetizada por Hoffman e estudada por Jean Delay em Paris e, posteriormente outros pesquisadores fizeram experiências e comprovaram os efeitos caracterizados como uma psicose artificial de caracter intermitente, fenômenos em forma de ondas.As alucinações resultantes do uso são similares àquelas observadas para o LSD e a mescalina. (Robaina,1996; Krowczuk, 1991; Schuckit, 1991; Bergeret, Leblanc, Touzeau, 1991; Souza, 1978).

1.8.2.3 Butofenina

É uma substância alucinógena de curta duração sendo ativada com o uso de elevadas doses, sendo encontrada no veneno da pele do sapo e também no cohaba (um pó) preparado com grão de uma mimosácea, **Piptadenia Peregrina**, que cresce nos Andes e no Caribe.

1.8.2.4 Daime

Outras plantas que contém substâncias alucinógenas são: **Peganum Harmala** é uma erva que existe no Mediterrâneo e na Manchúria; a **Banisteriopsis caapsis e B. inebrians e tetrapteris** são cipós que permitem a preparação de bebidas alucinógenas (yagé vine, ayahuasca ou coapi) consumido pelos índios da América do Sul região Amazônica principalmente Brasil, Equador, Peru e Colômbia; a bebida preparada com a **Aya-huasca** é conhecida como "**Daime"** por ser utilizada num ritual da seita chamado de Santo Daime. O iboga que fornece a ibogaína extraído das raízes e usada na África como bebida beberagem.

1.8.2.5 Datura

Outra planta é a erva de **Jimson Datura stramoniun** utilizada pelos índios algonquianos no nordeste dos Estados Unidos, além de outras espécies de daturas encontradas em algumas regiões da América do Sul, África e Ásia; esta planta **Datura** conhecida popularmente com o nome de "Trombeta", "Cartucho", "Saia Branca", "Véu de "Noiva", "Lírio", "Dama da noite" e "Zabumba". As daturas contém essencialmente escopolamina, são consumidas em forma de chás e podem ser fumadas, elas fazem partes dos produtos farmacêuticos antiasmáticos muito utilizados pelos toxicômanos. Outra planta beladona (Atropa belladona) contém os alcalóides atropina, escopolamina e hiosciamina.

Certos derivados anfetaminicos possuem propriedades alucinógenas em pequenas doses DMA (dimetoxianfetamina) MDMA "ecstasy" e S.T.P. (2, 5- dimetoxi 4 - metilanfetamina) droga sintetizada por Augustus Stanley, denominada de viagem mortífera, foi estudada por Rosenhouse que comprovou suas propriedades químicas semelhantes a mescalina, os efeitos dessa droga geram crise de terror, despersonalização, alucinações, desorientação, euforia, angustia, perturbações eróticas e depressão respiratória graves duração do efeito de três a cinco dias.

Essas drogas alucinógenas desenvolvem tolerância com manifestações psicológicas importantes e acentuados efeitos cardiovasculares. A tolerância desenvolve e desaparece rapidamente. Os efeitos psicológicos do uso crônico podem incluir o fenômeno conhecido como flashback, que é a recorrência espontânea das alterações perceptivas da experiência prévia sem o uso da substância.

Existe uma tolerância cruzada entre o LSD, psilocibina e mescalina, mas não com as anfetaminas, o THC ou a escopolamina, não há síndrome de abstinência claramente descritas para essas substâncias (CEBRID, 1999; Robaina, 1996; García-Rodrigues*, 1995;* Krowczuk, 1994,1991; Outeiral, 1994; Bergeret, Leblanc, Touzeau, 1991; Schuckit, 1991).

1.9 Ansiolíticos, Hipnóticos e Barbitúricos

Estas substâncias "aspirinas químicas" psicotrópicas entre eles são os benzodiazepínicos, os psicofarmacos mais utilizados pela população com ação ansiolítica "calmantes para dormir" e como hipnóticos, e os barbitúricos são anticonvulsivantes. Portanto ***sedativo*** denomina-se todos os medicamentos capazes de reduzir a atividade do cérebro quando esta hiperexcitado. Quando um sedativo é capaz de reduzir a dor, denomina-se analgésico. Já quando ele é capaz de produzir sono, afastar a insônia chamamos de ***hipnótico*** ou sonífero. Mas quando um calmante tem o poder de atuar sobre estados de extrema ansiedade, ele é denominado de ***ansiolítico*.** Algumas destas drogas agem sobre o cérebro hiperexcitado como dos epilépticos, sendo então denominadas drogas antiepiléticas, capazes de prevenir as convulsões destes enfermos. As drogas tipo sedativos-hipnóticos são aquelas denominadas de barbitúricos, sendo algumas utilizadas como antiepiléticos.

1.9.1 Os Benzodiazepínicos

As benzodiazepinas são psicofarmacos utilizados com muita freqüência pelos toxicômanos (drogadictos) pelo efeito tranqüilizante sedativo e hipnótico que potencializam através de outros sedativos. Eles são drogas de prescrição médica, mas também é freqüente a auto-medicação e o problema da associação com o consumo de outras drogas ilegais. Eles ocupam o primeiro lugar entre os consumidores dos países ricos e pobres. O produto benzodiazepinas está na farmacopéia numa posição de destaque pois foram cerca de 3000 moléculas sintetizadas sendo uma média de vinte comercializadas. No Brasil são dezenove substâncias comercializadas com mais de duzentos e cinqüenta nomes comerciais. O grupo dos benzodiazepínicos são conhecidos na população como os "calmantes" e "remédios para dormir", para ansiedade e hipnóticos.

O **mecanismo de ação** dos benzodiazepínicos tem uma ação de depressão reversível do Sistema Nervoso Central, atuam por fixação a uns receptores específicos situados em certas áreas do cérebro e da medula espinhal.

Efeitos principais

Os benzodiazepínicos são capazes de estimular os mecanismos no cérebro que normalmente combatem estados de tensão e ansiedade.Por situações de estresse e às tensões no cotidiano das pessoas,determinadas áreas do cérebro são hiperestimuladas resultando num estado de ansiedade, e os benzodiazepínicos exercem um efeito contrário,eles inibem os mecanismos que estavam hiperfuncionantes tornando a pessoa mais calma, a tranquiliza desligando-a do meio ambiente e demais estímulos externos.

Os benzodiazepínicos são substâncias que produzem os seguintes efeitos são ansiolíticos, anticonvulsivantes, relaxante muscular e hipnótico - sedante. O efeito principal é caracterizado por leve sonolência e níveis variáveis de sedação, que podem levar a morte por depressão cardíaca ou respiratória seus efeitos são similares ao álcool e barbitúricos. O consumo em altas doses ocorre uma embriaguez com disartria, ataxia, hipertonia muscular e sonolência.Além dos efeitos principais eles ainda afetam os processos de aprendizagem e memória.

A tolerância para acontecer tem que ocorrer uma adaptação com os receptores a esse tipo de medicamento, e quando usados por alguns meses seguidos podem levar a pessoa a um estado de dependência.

O problema da **dependência** aos benzodiazepínicos foi observado após a comercialização do clordiazepóxido em 1961.A droga quando interrompida bruscamente o indivíduo pode apresentar a **síndrome de abstinência** constituída por um conjunto de alterações do efeito "rebote" e é manifestado por sintomas que podem durar 12 a 24 horas: manifestação de transtornos de ansiedade, excitabilidade, agitação, insônia, medo, tremores, dores abdominais e musculares, cefaléia, fadiga, anorexia, zumbido, sudorese, alterações da sensopercepção, dificuldade de concentração, confusão. Abstinência de 24 horas período de alto risco para desencadear convulsões e delirium tremens (CEBRID,1999; Kaplan, Sadock,1997; Robaina, 1996; Salazar Bernard, Rodríguez-López,1995; Outeiral, 1994; Bucher, 1992; Bergeret, Leblanc, Touzeau, 1991; Krowczuk,1997,1991; Schuckit, 1991).

1.9.2 Barbitúricos

História

Em 1864, Von Bayer preparou o ácido barbitúrico derivado do malonil-uréia, forma sintetizada em 1903, a partir da uréia e do ácido malônico os conhecidos como barbituratos Gardenal ou Fenobarbitel, Luminal, Nembutal, Veronal, cerca de 2500 moléculas foram isoladas. O barbiturismo é a dependência em barbituratos que até a década de sessenta foi considerada epidemia, sendo introduzidas os clordiazapóxido e os benzodiazepinos preferidos pelos drogadictos.

Efeitos principais

Os barbitúricos são depressores do SNC, por agirem. diretamente no cérebro produz sonolência, reduz a tensão, com uma sensação de calma e relaxamento, e afeta as capacidades de raciocínio e de concentração da pessoa, além de ter as faculdades psicomotoras prejudicadas dificultando dirigir veículos (automóvel),operar máquinas.Com o aumento de dose além da recomendação médica, no caso de automedicação, as manifestações são como de embriagues, a fala "fica pastosa'', perda do equilibrio e dificuldade para caminhar, a respiração fica alterada, o coração e a pressão do sangue também ficam afetados.

Efeitos tóxicos

Os barbitúricos são drogas muito perigosas, pois a pessoa não sabe que os efeitos de intoxicação são muito próximo dos terapêuticos desejáveis. Os sinais de intoxicação se manifestam por meio de incoordenação motora, estado de inconsciência passa a dominar o usuário, dificuldade para mover-se, sono pesado e finalmente um estado de coma. Os efeitos se intensificam quando a pessoa ingere álcool ou outro tipo de sedativos.

A droga é conhecida entre dependentes químicos como aves vermelhas, ou "goolf bells" bolinhas para o sono. Desenvolve a tolerância, a dependência e privação manifesta-se com delírio alucinatório, tremores, as vezes convulsões e morte.

Os drogadependentes utilizam a droga mesclado com ingestão de álcool, eles preferem o uso de barbitúricos de curta ação (+ ou - 2 horas de ação), tem efeito sedativo, hipnótico ou anestésico.

Os barbitúricos serão utilizados como tratamento para certas epilepsias. O uso para absorção mais rápida é via oral (VO) e via endovenosa (VE), e também pode ser utilizado por via intramuscular (VI) e via retal (VR).

Efeitos na gravidez

O uso de barbitúricos por mulheres grávidas, como eles têem um potêncial teratogênico, provocam além de problemas nas vias respiratórias, irritabilidade, distúrbios do sono e dificuldade de alimentação, e em recém nascidos correm o risco de provocarem sinais de abstinência como outros quadros de intoxicação.

Sindrome de abstinência

Os sinais de dependência de barbitúrico surgem quando a pessoa deixa de tomar a droga sendo eles desde a insônia, rebeldia, irritabilidade, agressividade, delírios, ansiedade, angústia, até desencadear convulsões generalizadas. A pessoa necessita receber assistência médica urgente com hospitalização, por sofrer risco de vida.Os Barbituricos tem uma tolerância cruzada com o álcool e a síndrome de abstinência grave asemelhar-se ao originada nos casos de dependência ao álcool.

Aspectos gerais

O uso indevido de barbitúricos no Brasil, tais como os medicamentos Optalidon e o Fiorinal etc, tinham o butabarbital ou secobarbital (dois tipos de barbitúricos) levaram os laboratórios farmacêuticos a modificarem as fórmulas destes medicamentos,retirando os barbitúricos das mesmas.Atualmente existem alguns produtos usados como sedativos-hipnóticos que ainda contem tais substâncias.No país o fenobarbital é muito usado (e,no mundo) para tratamento de epilépticos, como também o tiopental via endovenosa utilizado pelos anestesistas em casos cirúrgicos.A legislação brasileira exige a venda somente com receita médica com retenção, para posterior controle pelas autoridades sanitárias. (CEBRID,1999; Kaplan, Sadock,1997; Robaina, 1996; Outeiral, 1994; Bucher, 1992; Bergeret, Leblanc, Touzeau, 1991; Krowczuk, 1997, 1991; Schuckit, 1991).

1.10 Inalantes: Colas, solventes e aerossóis

História

Na revisão da literatura consta que o uso de agentes inalantes é um fenômeno descrito há séculos. O Éter foi utilizado como substituto do álcool (proibido) na Irlanda, sendo a "étermania" considerada na época um fragelo social.

O uso intermitente de solventes tem chamado a atenção nos últimos cem anos, mas o abuso atingiu maiores proporções a partir da inalação de cola para construção de aeromodelos no inicio da década de 60.

Os primeiros estudos descrevem este fenômeno numa perspectiva sociológica ou clínica da propagação destes hábitos em certas populações jovens, a partir dos anos 50. Eles revelam uma **associação** entre o consumo de inalantes e grupos de adolescentes (e também crianças) de população de baixa renda, marginalizados e que a prática de auto-intoxicação é uma forma de fugir da realidade, em busca de novas sensações, através de alterações dos estados de consciência habituais. Na América do Norte, França e outros países de primeiro mundo, sua incidência é mínima se comparado, com o consumo de outras drogas, mas o consumo de inalantes está presente entre as minorias étnicas, "guetos" urbanos, entre jovens provindos de famílias desunidas, ou com problemas e dificuldades de adaptação ou integração social. (Bucher, 1992; Smart, 1986; Angel, 1985; Medina- Mora, 1984; Watson, 1980).

O fenômeno da **inalação voluntária** de produtos químicos contendo **substâncias voláteis**, denominados **solventes** os inalantes/ aerossóis se desenvolveu em países industrializados do primeiro mundo. Tal hábito manifesto entre os jovens de certas comunidades, propagou-se especialmente nos países de terceiro mundo, na América Latina entre a "maioria social" da população pauperizada dos subúrbios das grandes cidades.

Os **solventes** ou **inalantes** são substâncias industrializadas fabricadas em massa, seja por forma de colas (de sapateiro, de aeromodelismo e outros), de material de limpeza como removedores e tira - manchas, de tintas vernizes e esmaltes (diluentes, tinner, etc.) de produtos cosméticos ou de higiene, de aerossóis ou de produtos como éter, clorofórmio, acetona ou mesmo gasolina.

Os **aspectos toxicológicos**, ou seja, a **periculosidade real** dos **solventes**, quanto a sua incidência, ainda são muitos discutidos. A ocorrência de acidentes graves devido à inalação voluntária depende do tipo de produto usado. Alguns produtos a toxicidade é mais elevada, não importa o modo, ou a freqüência do uso. O exemplo da benzina que causa rapidamente hemopatias, os tetraclorados de carbono provocam nefropatias graves e os diversos metilos, polineuropatias severas.

Mecanismos de ação: os efeitos destas substâncias podem produzir perturbações dos ritmos cardíacos e respiratórios e provocar, em condições extremas o "Suddeu Sniffing Death Syndrom" (SSD), a "Síndrome de Morte Súbita pelo Cheirar". (Bass, 1970)

O risco de morte não pode ser negligenciado, embora a maioria dos agravos somáticos são reversíveis em curto prazo, ao contrário das reações psicopatológicas que se prolongam e a toxidade elevada revelam os danos causados ao organismo do usuário.

No Brasil desde os anos 70, o produto mais consumido é o tolueno, a substância ativa da **cola**, sua toxidade relativa, se comparada ao segundo produto mais consumido cheirinho "**Loló** ou **Lança-Perfume**" cujos componentes são o éter e cloroformio. Ambas provocam facilmente reações adversas, sozinhas ou combinadas tem provocado acidentes fatais por "inocentes cheiradores de loló", especialmente entre "menores de rua". O consumo de inalante é uma prática que está se alastrando além de menores de rua, menores internados em instituições especializadas por "distúrbios reativos de conduta", como também entre os estudantes de escolas da rede pública e privada brasileira.

Os produtos inalantes de uso freqüente são os solventes, “loló”, lança perfume, acetona, esmalte, gasolina, tinta, cola de sapateiro, tiner, éter, benzina, fluído de isqueiro e corretivo líquido (CEBRID,1999; Kaplan,Sadock,1997; Robaina, 1996; Krowczuk,1995,1991; Outeiral,1994;Bucher,1992; Bergeret, Leblanc, Touzeau, 1991; Schuckit, 1991;Angel,1985).

1.11 Esteróides Anabolizantes

Os esteróides anabolizantes, popularmente conhecidos com o nome de anabolizantes, são drogas relacionadas ao hormônio masculino Testosterona fabricado pelos testículos. Os anabolizantes possuem vários usos clínicos, nos quais sua função principal é a reposição da testosterona nos casos em que por algum motivo patológico tenha ocorrido um déficit.

Além desse uso médico, eles têm a propriedade de aumentar os músculos e por esse motivo são muito procurados por atletas ou pessoas que querem melhorar a performance e a aparência física. Segundo especialistas o problema do abuso dessas drogas não está com o atleta consagrado, mas com aquela "pessoa com baixa estatura que sente-se infeliz pela sua imagem corporal". Essa automedicação com fins estético é ilegal e ainda acarreta problemas à saúde, por não ter acompanhamento medico.

Os esteróides anabolizantes podem ser tomados na forma de comprimidos ou injeções e seu uso ilícito pode levar o usuário a utilizar centenas de doses a mais do que aquela recomendada pelo médico. Freqüentemente combinam diferentes esteróides entre si para aumentar a sua efetividade. Outra forma de uso dessas drogas é toma-las durante 6 a 12 semanas, ou mais e depois parar por várias semanas e recomeçar novamente.

No Brasil não se tem estimativa deste uso ilícito, mas sabe-se que o consumidor preferencial está entre 18 a 34 anos de idade e em geral é do sexo masculino.

Nos USA, em 1994, mais de um milhão de jovens já tinham feito uso de esteróides anabolizantes.

No comércio brasileiro os principais medicamentos à base dessas drogas e utilizados com fins ilícitos são: Androxon® Durateston®, Deca-Durabolin®. Porém, além desses, existem dezenas de outros produtos que entram ilegalmente no país e são vendidos em academias e farmácias. Muitas das substâncias comercializadas ilegalmente e vendidas como anabolizantes são falsificadas e acondicionadas em ampolas não esterilizadas, ou misturadas a outras drogas.

Alguns usuários chegam a utilizar produtos veterinários à base de esteróides, sobre os quais não se tem nenhuma idéia sobre os riscos do uso em humanos.

Efeitos adversos

Alguns dos principais efeitos do abuso dos esteróides anabolizantes são: tremores, acne severa, retenção de líquidos, dores nas juntas, aumento da pressão sangüínea, HDL baixo (a forma boa) colesterol, icterícia e tumores no fígado. Além desses, aqueles que se injetam ainda correm o perigo de compartilhar seringas e contaminar-se com o vírus da AIDS ou hepatite.

Outros efeitos

Além dos efeitos mencionados, outros também graves podem ocorrer: no homem: os testículos diminuem de tamanho, a contagem de espermatozóides é reduzida, impotência, infertilidade, calvície, desenvolvimento de mamas, dificuldade ou dor para urinar e aumento da próstata; na mulher: crescimento de pêlos faciais, alterações ou ausência de ciclo menstrual, aumento do clítoris, voz grossa, diminuição de seios; no adolescente: maturação esquelética prematura, puberdade acelerada levando a um crescimento raquítico.

O abuso de anabolizantes pode causar ainda uma variação de humor incluindo agressividade e raiva incontroláveis que podem levar a episódios violentos. Esses efeitos são associados ao número de doses semanais utilizadas pelos usuários.

Usuários, freqüentemente, tornam-se clinicamente deprimidos quando param de tomar a droga. Um sintoma de síndrome de abstinência que pode contribuir para a dependência. (CEBRID, 1999; Schuckit, 1991).

1.12 Codeina, Zipeprol: xaropes e gotas para tosse

Os xaropes são formulações farmacêuticas compostos de altas concentrações de açúcares, veículo ou líquido "viscoso", "meio grosso" ("xaroposo"), acrescido de uma substância medicamentosa ativa geralmente a codeína ou o zipeprol para obter um efeito benéfico desejado pelo médico que a receitou. Além da apresentação destes remédios sob forma de xaropes existem as soluções aquosas (baixa concentração de álcool) ,as chamadas gotas para tosse! A substância ativa contida nas gotas é também geralmente a codeína ou o zipeprol.

Estas duas substâncias, codeína e zipeprol, estão entre os remédios mais ativos para combater a tosse: denominadas antitussígenas ou béquicas .

Existe um elevado número de produtos comerciais a base de codeína. Assim, Belacodid®, Belpar®, Codelasa®, Gotas Bineili®, Pambenyil®, Setux®, Tussaveto® etc., são remédios contra tosse que contêm está substância como principal de suas fórmulas.

Remédios anti-tussígenos feitos com zipeprol também existiam no Brasil até o ano de 1991 (quando foram retirados do comércio) como, por exemplo, Eritós®, Nantux®, Silentós® e Tussaveto®.

A **codeína** é uma substância que vem do ópio; trata-se, desta maneira, de um **opiáceo natural.**

O **zipeprol** é uma **substância sintética**, isto é, fabricado em laboratório e devido a sua grande toxicidade, ele foi recentemente retirado do mercado no Brasil; isto é, está proibido fabricar ou vender remédios à base desta substância no território nacional.

Efeitos Principais

O cérebro humano possui uma certa área - a chamada Centro da Tosse - que comanda os nossos acesso de tosse. Existem drogas (codeína, zipeprol) que são capazes de inibir ou bloquear este centro da tosse; assim, mesmo que haja um estímulo para ativá-lo, o centro

estando bloqueado pela droga não reage, isto é, não dá mais a "ordem" para a pessoa tossir; ou seja, a tosse que vinha ocorrendo deixa de existir.

Mas a codeína e o zipeprol agem em mais regiões no cérebro. Assim, outros centros que comandam as funções de nossos órgãos são também inibidos; com a codeína, a pessoa sente menos dor (analgesia) , pode ficar sonolenta, diminuir a pressão do sangue (hipotensão), o número de batimento do coração (bradicardia) e da respiração (bradipnéia).

O zipeprol pode atuar no cérebro, fazendo a pessoa sentir-se meio aérea, flutuando, sonolenta, vendo ou sentindo coisas diferentes. E com freqüência leva também a acessos de convulsão colocando o usuário em risco.

Efeitos no resto do corpo

A codeína possui os vários efeitos das drogas do tipo opiáceas. Ela é capaz de dilatar a pupila (midríase), de dar uma sensação de má digestão e produzir prisão de ventre.

O zipeprol, além da possibilidade de produzir convulsões, pode também produzir náuseas.

Efeitos tóxicos

A codeína quando tomada em doses maiores do que a terapêutica produz uma acentuada depressão das funções cerebrais. Como conseqüência a pessoa fica apática, a queda acentuada da pressão do sangue (hipotensão), o coração funciona com grande lentidão (bradicardia)e a respiração torna-se muito fraca (bradipnéia). Também ocorre hipotermia, a pele fica fria (a temperatura do corpo diminui) e meio azulada ("cianose") por respiração insuficiente. Pode a pessoa permanecer em estado de coma, inconsciente, e se não for tratada pode morrer. É freqüente a ocorrência de atendimentos de crianças abaixo de dois anos idade em serviços de emergência em Pronto-Socorro atendidas com quadros de intoxicação resultantes de xaropes ou gotas para tosse tomadas em excesso (Setux, Belpar, Belacodid, Espasmoplus). Estas crianças apresentam dificuldade respiratória, a pele fria e meio azulada, as pupilas contraídas; mal conseguem chorar e não tem forças para “sucção” mamar. Em Hospital jovens internados devido a abuso de produtos a base de zipeprol revelam história pregressa de convulsões.

Efeitos do uso crônico

A **codeína** desenvolve rapidamente o organismo a um estado de **tolerância**. Isto significa que a pessoa que vem tomando xarope à base de codeína, como "vício", acaba por aumentar cada vez mais a dose diária. Assim, não é incomum saber-se de casos de pessoas que tomam vários vidros de xaropes ou de gotas para continuar sentindo os mesmos efeitos. Os efeitos da privação desta droga, estando já dependentes, aparecem os sintomas da **síndrome de abstinência**, sendo calafrios, cólicas, nariz escorrendo (rinorréia), lagrimejamento, inquietação, irritabilidade e insônia são os sintomas mais comuns da abstinência.

Com o zipeprol há também o fenômeno da tolerância embora em intensidade menor. O pior aspecto do uso crônico (repetido) dos produtos à base do zipeprol é a possibilidade de ocorrência de convulsões.

Situação no Brasil

Os xaropes e gotas à base de codeína só podem ser vendidos nas farmácias brasileiras com a apresentação da receita do médico, que fica retida nas farmácias para posterior controle. Infelizmente isto nem sempre acontece pois há farmácias desonestas visando lucro vendem estas substâncias por "baixo do pano". Mas os seus proprietários podem ser punidos caso sejam descobertos.

Os remédios à base de zipeprol foram retirados da comercialização, isto é, não existem mais para a venda.Tal atitude ocorreu pelo fato de que houve várias mortes de jovens que abusaram destas substâncias, principalmente crianças de rua. (CEBRID,1999; Robaina, 1996; Outeiral, 1994; Bucher, 1992; Bergeret, Leblanc, Touzeau, 1991; Krowczuk,1997,1991; Schuckit, 1991).

2 UMA VISÃO ANTROPOLÓGICA E SOCIOLÓGICA DO CONSUMO DE DROGAS PELA HUMANIDADE

O consumo abusivo de multidrogas "politoxicomania" entre os adolescentes é um fenômeno real. As pesquisas epidemiológicas vêm acompanhando sua evolução e através de estudos descritivos e analíticos têm contribuído para a realização de uma leitura da realidade e conhecimento de tipos de usuários, drogas mais consumidas, determinação de fatores de risco e fatores de proteção, elementos para intervenções voltadas a prevenção e tratamento das drogadependências.

As pesquisas realizadas em nível internacional e no Brasil, nesta última década, sobre o consumo de drogas psicoativas por estudantes do ensino fundamental e médio (1º e 2º graus), revelam resultados alarmantes, mostram um perfil epidemiológico, mas com algumas limitações (tipo de estudos) para adoção de estratégias de intervenção conducentes a uma redução do uso e abuso de drogas através de abordagens preventivas mais eficazes.

Atualmente uma abordagem antropológica e sociológica das toxicomanias e drogadependências são imprescindíveis neste campo de estudo, por tratar-se de um "fenômeno social total". A droga tem implicações múltiplas, a dimensão cultural em todos os níveis das estruturas materiais de vida em sociedade, das estruturas de comportamento e das estruturas mentais coletivas. Pela complexidade de fatores (personalidade, cognitivo, atitudes, ambiente-sociocultural e farmacológico e desenvolvimento) que desempenham um papel importante na promoção e manutenção do uso abusivo de substâncias psicoativas.

2.1 Abordagens antropológica da droga

A Antropologia social estuda a questão do desvio social, os aspectos que dizem respeito às representações sociais e a teoria da rotulação e o conceito de toxicômano. Tal rotulação ocorre pelo sistema de representações oficial e tem a ver com as relações de poder. O toxicômano é visto pela sociedade como um dos fatores de anormalidade, de perda da humanidade, pessoas anti-sociais, sujas, categoria perigosa, doentes que anulam a sociedade. A visão do dependente de drogas ou da cultura e ideologia de seu grupo é antagônica à ideologia da sociedade considerada normal. A leitura do que é lícito e ilícito é relativo a cada cultura, estando relacionada com estilos de vida e gosto das classes sociais (Gauer, 1990).

Por outro lado, ao enfocar a droga no sistema cultural, segundo Mandon (1991), o termo cultural é compreendido como "*o conjunto organizado das expressões ideológicas e materiais das relações mantidas pelos homens entre si e no seu ambiente"* (p.233-4*).* Os fenômenos ligados ao uso de droga devem ser compreendidos numa dimensão cultural mais ampla, devido as suas múltiplas implicações constitui-se num "fenômeno social total" porque engloba os níveis das estruturas materiais da vida em sociedade, das estruturas de comportamento e também das estruturas mentais coletivas.

A espécie humana, numa atitude individual ou coletiva (grupal), sempre se utilizou de algum tipo de substância indutora de reações física "prazerosa" ou psíquica "viagenzinha".

As sociedades simples denominadas sociedades tribais utilizavam substâncias psicoativas nos rituais mágicos (curandeiros) com fins religiosos e com o objetivo de obter prazer.

A droga sempre esteve presente na ligação com o sagrado, numa relação cultura-natureza, na Antigüidade grega (com o Orfismo ou as orgias sagradas de Eleusés), no Egito contemporâneo a Amenófis I (uso do ópio) e na antiga Índia (o culto ao Soma) e na Europa o culto dos cogumelos.

Nos primórdios das civilizações às intoxicações com plantas alucinógenas foram meios utilizados para obter transe, ou estados alterados de consciência as **intoxicações religiosas** nos povos primitivos (kawa, haxixe, peiote, tabaco, bebidas fermentadas) ou **embriaguezes divinas**, nos povos indo-europeus. (Krowczuk, 1994, 1995).

Os estudos antropológicos apontam que são pouquíssimas culturas que não se utilizam de drogas alucinógenas e, que isto não ocorre por proibições culturais, mas sim pela ausência destas substâncias psicoativas em seu habitat. Algo a destacar nas investigações, que estas sociedades utilizavam-se de outros meios para obter visões sobrenaturais, algumas formas de suplício como a tortura física; o auto-suplício como o jejum; o ato de permanecer em pé sobre uma pedra por longos períodos de tempo, mas que na realidade são formas substitutas das drogas. O auto-suplício é uma técnica muito utilizada pelos índios da América do Norte em momentos especiais e rituais de iniciação. As tribos indígenas de toda América do Norte e Brasil, os povos pré-colombianos do México e América Central e do Sul e os povos orientais, em sua maioria, utilizavam-se de plantas alucinógenas induzidoras a cosmovisão. Durante as experiências religiosas faziam uso não apenas os pajés e os xamãs, mas também os demais participantes desses rituais (krowczuk, 1994,1995).

Gauer (1990) levanta questionamentos se a utilização e uso freqüente de drogas nestes grupos configura-se ou não em uma desorganização psíquica (emocional) e/ou social. Para este autor não existe tal desorganização, porque os xamãs mantinham as suas funções de juízo crítico e, de acordo com sua cultura, o ego não é fragmentado e ele é perfeitamente normal, embora consuma drogas para obter o êxtase. Segundo os relatos etnográficos, eram mantidos nos xamãs a consciência com juízo crítico, a capacidade de sublimação, o contato com a realidade e as defesas psicológicas.É o xamã o senhor do êxtase por ter acesso ao plano sobre-humano, pode viajar a vontade no reino do espírito e, mais importante, pode curar e adivinhar. A sólida tradição cultural, transmitida através de várias gerações, impedia a desorganização psicológica desses grupos, o que não acontece nas sociedades complexas do mundo ocidental. Neste o sistema de representações e de seus significados é que devem ser considerados. Muitos produtos estão rotulados como droga nociva à sociedade, enquanto outros produtos não rotulados têm efeitos tão nocivos como as consideradas, com isto o Estado, em seu

sistema de representações, estabelece um consenso do que é lícito e ilícito. Estudos realizados junto a algumas sociedades simples revelam alto grau de desorganização psicológica e social como conseqüência da sua organização cultural e não pelo uso de drogas.

A toxicomania surge como uma nova doença em nossa sociedade, a partir das evidências do uso abusivo das drogas, na metade da década de sessenta.

O toxicômano é rotulado como portador de uma desordem psicológica e social, cabendo às instituições do Estado, com seus serviços, especialidades e equipes multidisciplinares e transdisciplinares a responsabilidade de cuidar de tais problemas (krowczuk, 1994).

Alguns cientistas no campo da antropologia e sociologia, através de estudos experimentais, evidenciam que uma droga não tem a mesma ação fisiológica igual em todos os seres humanos. As observações apontam que o efeito da droga tem estreita relação com os aspectos filosóficos e psicológicos das pessoas que as utilizam, do estado em que se encontram e da situação social na qual acontece a sua utilização.

Para Mandon (1991), com o avanço da ciência, as experiências sobre os efeitos das drogas psicotrópicas em distintas culturas evidenciaram que nestes povos à existência de fatores genéticos ou culturais se somam às predisposições individuais, aos efeitos placebo e talvez a outras variáveis fisiológicas ainda desconhecidas pelos cientistas.

Este autor ao refletir sobre a construção de uma personalidade e a mediação cultural de uma sociedade, conclui que esta mediação ocorre, seja através de um elo social ou de uma relação do homem com o seu meio de vida, todo um sistema de representações, modelos e símbolos interferem e estruturam sua personalidade, lhe permitindo adaptar-se e concomitantemente intervir e transformar seu meio ambiente. Mas durante esta interação cultura-personalidade o indivíduo pode encontrar-se num verdadeiro emaranhado conflitual e então predisposto, fragilizado, a toxicomania surge e configura-se o encontro de um indivíduo com um produto e, num momento histórico da sociedade o toxicômano se revela como uma história desta cultura.

A toxicomania e/ ou drogadependência desempenha um papel, o de revelar o quanto enferma e frágil encontram-se as sociedades. Ela é o retrato falado, revelador da crise de identidade cultural que atravessamos desde o final do século XX seguindo neste início de Terceiro Milênio, da inversão de valores, das atitudes fundamentais do homem diante de seu próprio corpo, diante dos outros e de sua existência.

O homem ao intoxicar-se através do consumo de multidrogas está à procura de uma felicidade fora de si, fora do mundo real, na busca de outra relação com a realidade. Tal atitude revela um “vazio”, uma “dor”, uma situação conflituosa, uma imensa dificuldade de comunicação social, de situar-se e encontrar uma identidade e consolidação de seu projeto de vida.

As toxicomanias podem revelar a ocorrência de um processo de deterioração da relação cultura-personalidade. Tal deterioração ocorre de forma gradual, muitas vezes cumulativa e, conseqüentemente pode acarretar uma verdadeira desagregação da personalidade do indivíduo.

Uma reflexão sobre os contextos socioculturais nas últimas quatro décadas demonstra que os fenômenos ligados á droga, gradualmente, vem ocupando espaços nos meios de comunicação de massa e tem despertado algumas preocupações como o problema tráfico, violência, aumento de abusadores e dependentes químicos jovens, criminalidade, como também por parte das instituições jurídica, sócio-educativa, familiar e até comerciais pelo que ela representa como desorganização psíquica-socio-cultural do indivíduo e da própria sociedade (Krowczuk, 1994, 1997).

2.2 Abordagens Sociológica da Droga

A adolescência ao ser analisada como uma nova categoria social nos dá elementos substanciais para pensarmos que não existe a adolescência e sim existem diversos grupos de adolescentes interagindo em distintas realidades sociocultural, num contexto histórico, com estilos de vida própria a sua realidade.

A utilização abusiva de drogas entre os adolescentes tornou-se uma conduta muito comum nas duas últimas décadas e, preocupante pela maneira como usam, se tornando poliusuários, eles mesclam o uso de drogas lícitas (bebida alcoólica misturada com medicamentos psicotrópicos e/ou alucinógenos: cocaína, maconha) com drogas ilícitas. Outro aspecto é que as pesquisas têm revelado que está crescendo o número de jovens com comportamento de escalada (aspecto quantitativo e natureza da droga), esta faz com que o usuário passe de um consumo ocasional a um consumo toxicomaníaco (Krowczuk, 1994, 1997).

Os tipos de drogas consumidas por camadas de uma população refletem as estruturas e formas de organização da sociedade, seus sistemas de crenças, valores, ritos e mitos, suas representações existenciais e religiosas.

Para os sociólogos a toxicomania trata-se de

> "*um acontecimento social e cultural, por revelar-se através da sua personalidade fenomenológica, as condições de sua própria produção e o grau de integração econômica e social do indivíduo-toxicômano dentro das estruturas da própria sociedade...*"(Giraud, 1979; Mandon, 1991, p. 239).

Na abordagem sociológica das toxicomanias atuais Marcelli, Braconnier (1989) levantam três hipóteses, sendo "*o abuso de drogas o sintoma de uma subcultura, de uma contra cultura, ou o sinal de uma busca de outra cultura*" (p.284).

Para os autores, a primeira **hipótese** é de que o abuso de drogas entre os jovens seja o **sintoma de uma subcultura**, sendo sustentado por um processo econômico voltado para o mito do consumo. O adolescente toxicômano (drogadicto) não mede esforços para obter a droga, seja comprando ou roubando, se não dispõe de dinheiro ou algum objeto para negociar, também exerce o tráfico. Outra questão é que vivemos numa sociedade consumista que induz a drogadicção, ao consumo de medicamentos. Estes vêm ocupando posição de destaque porque vivemos numa civilização química.

O toxicômano é a real testemunha dessa ideologia tanática para uma fatia da população.

No Brasil também ocorreram movimentos de protesto político e a repressão do Estado, o uso e o tráfico de drogas pelos grupos pertencentes aos diversos extratos (altos e baixos) de nossa sociedade se caracterizam como crime organizado. O combate à repressão é interpretado como meio reorganizador da sociedade. Os consumidores de drogas são interpretados como pessoas anormais e com alta periculosidade, embora o tratamento seja diferenciado quando se trata de consumidores pertencentes à camada alta e média ou baixa da sociedade. Portanto, o uso e abuso de drogas no contexto sócio-econômico das sociedades modernas recebem um tratamento e interpretação diferenciada. Os jovens de subúrbios e favelas, os menores abandonados, às crianças desnutridas, com freqüência sem família, sem apoio e sem trabalho, excluído da escola, recorrem às drogas para substituir a fome e a miséria, ou para indução ao bem-estar, a busca da felicidade e fuga da dura realidade.

Entretanto, os jovens pertencentes às camadas média e alta da sociedade utilizam a droga para indução de uma sensação de "barato" na cabeça e corpo, como forma de preencher vazios afetivos; há uma aparente organização familiar, com sustentação econômica-social e laboral, mas há um defeituoso desenvolvimento da vida emocional (krowczuk, 1994).

Para Bucher (1992) existe uma **ambigüidade** da presença das drogas na sociedade e dos valores que a representam. A legalidade ou não de um produto num determinado contexto sociocultural é determinada de acordo com critérios econômicos e políticos, mas não em relação aos danos à saúde do indivíduo e dos sérios problemas sociais desencadeados pelo uso e abuso.

Os critérios econômicos e políticos prevalecem como podemos constatar que os países altamente industrializados e com tecnologia de ponta têm seus produtos legalizados e ofertados, sendo consumidos pelos países pobres. Porém, à produção dos países do terceiro mundo freqüentemente são declaradas drogas ilegais, sujeitas a restrições na balança comercial. Exemplo é o que ocorre com a indústria farmacêutica, que através da mídia estimula o consumo crescente de medicamentos. Pílulas mágicas para todas as situações do cotidiano das pessoas. A indústria dos psicofármacos lança toneladas de substâncias lícitas, mas que com o consumo contínuo criam dependência, em parte iatrogênicas, muitas tão sérias como o abuso de "drogas duras". A população consume barbitúricos, tranqüilizantes, soníferos, anorexígenos, etc., em larga escala e muitos casos por problema da falta de responsabilidade de profissionais da área médica, que prescrevem de forma indiscriminada, levando os indivíduos a farmacodependência.

Para estudarmos o fenômeno da farmacodependência é imprescindível considerarmos igualmente a interação de três fatores do aspecto da personalidade do indivíduo, os socioculturais e a farmacologia da droga utilizada com prescrição médica ou automedicação. O estudo dos fenômenos de ocorrência de dependência, tanto psicológica como física a drogas psicotrópicas devem ser analisados de acordo com os contextos social e cultural onde ocorre a prescrição da droga, sua administração e seu uso.

Helman (1994) após uma análise sobre alguns fatores do uso e abuso de tranqüilizantes e soníferos concluiu que

> "*muitas pessoas usam psicotrópicos por outras razões que não seus efeitos farmacológicos ... O significado simbólico da droga para seu usuário é um elemento importante da dependência psicológica. Tanto a droga psicotrópica quanto sua prescrição podem ser consideradas como símbolos rituais 'multivocais' ... Aparentemente a droga tem*

> *um efeito físico determinado 'função manifesta', mas também pode ter outras dimensões de significados 'funções latentes' para seus usuários... Ela carrega consigo alguns atributos de cura do médico que a prescreveu. O seu uso está inserido em uma matriz de expectativas e valores sociais"* (p. 182-3).

O uso de drogas psicotrópicas para alguns indivíduos são vistas como um meio (farmacológico e simbólico) de corresponder às expectativas sociais no ambiente de trabalho, bem como dentro do contexto familiar. Na sociedade de consumo existe uma ampla aceitação social do uso regular de medicamentos (o álcool, cigarros e psicotrópicos), com a finalidade de melhorar o estado emocional e as relações sociais e, assim, conformar o indivíduo às normas da sociedade.

O uso de confortos químicos entendidos como "crenças" por envolver os valores culturais associados ao consumo de chá, café, drogas prescritas e não-prescritas, cigarro e bebidas alcoólicas. De acordo com a cultura alguns confortos são mais comuns, de acordo com as circunstâncias em que são usadas pelo indivíduo. Em sua maioria quando usadas com cautela e pequena quantidade não são prejudiciais, não ocorre dependência psicológica (Helman, 1994).

Os adictos às drogas como heroína, morfina (narcóticos), geralmente constituem-se de uma subcultura marginal com a sua própria visão de mundo particular.

Alguns cientistas e as pesquisas apontam que estas subculturas desempenham um papel importante na disseminação da AIDS, da hepatite infecciosa, pelo uso de drogas intravenosas.

A sociedade moderna, também a brasileira, incentiva todo e qualquer tipo de consumo, pois visa lucros com o slogan avanço ao progresso a modernidade, todos nós cidadãos e, especialmente os jovens somos pressionados a ingressarmos na carreira consumista.

Para Marcelli, Braconnier (1989) ainda em sua abordagem sociológica, a segunda **hipótese** levantada é a visão da toxicomania como um sintoma de uma **contra cultura**. Aborda a questão das rupturas de valores sociocultural ocorridas com o problema da aculturação de povos colonizados pelo ocidente. Em cada indivíduo existe um mundo interior, quando oprimido protesta de forma real ou simbólica contra o sistema de robotização e impositor de padrões normativos.

Os jovens ao fazer uso de drogas, as utilizam como um instrumento de seu protesto e iniciação de algo que antagoniza todas aquelas formas de robotização e normatização impostas pela sociedade moderna (industrial), representam a contra cultura.

Nos **movimentos de massa**, todos os usuários de drogas, como os da contracultura representado pelo Festival de Woodstock, a guerra do Vietnã na década de sessenta, traduzem o que a juventude norte-americana contestava e trouxe à tona a total decadência dos valores da sociedade. As comunidades hippies representavam uma forma de retribalização, adoção de uma grande família, onde alguns assumiram posições ideológicas de defesa das minorias étnicas e políticas, enquanto outros grupos externalizavam uma profunda apatia, marasmo e total desligamento da realidade. O consumo de drogas representava uma postura ideológica onde a cosmovisão se opunha a sociedade tradicional.

Os movimentos de **contestação hippie** utilizavam-se de drogas psicodélicas para busca do prazer, do belo, do flower-power na terra, sendo vista como uma oportunidade de experimentar em grupo novas sensações, percepções do universo, da vida, de interioridade humana. A droga no momento não participava como elemento desintegrador e destrutivo, dava sim um colorido a toda situação conjuntural que atravessava a humanidade, em especial a população pertencente aos países em desenvolvimento ou do "terceiro mundo".

A ilusão de um mundo melhor (colorido, paz, amor, etc.) esvaiu-se para um desencanto conducente a violência, degradação de valores e autodestruição. Os jovens engajados na luta por novos valores tentam, mas com as pressões dos governos capitalistas não resistem e desistem de todo os ideários e acabam seduzidos pelos encantos do modelo burguês de acomodação, conforto e propriedade particular. O movimento hippie se desarticula, mas as drogas persistem no seu reinado e seduzindo, prometendo "algo a mais" do que só prazer, mas sim preenchendo momentos de solidão, apagando os sentimentos de vazio, tristezas, más recordações, enfim libertando as angústias, sofrimentos físico e psíquico e vencendo depressões. A droga usada como um amuleto mágico para enfrentar os problemas de ordem físico-psico-social, perdeu seu poder mágico após o uso contínuo. Estabelece-se a escalada das **drogas "suaves"** de amor e beleza colorida para as **drogas "pesadas"** (heroína, morfina), conducentes à degradação física e moral, a violência, a marginalização, a solidão, o suicídio, a viagem sem volta.

Os toxicômanos (drogadictos) transgridem normas as quais consideravam obsoletas, opressoras, de revelação das suas potencialidades de imaginação criadora, da eterna viagem ao encontro do imaginário e realização de seus sonhos. A recusa, a resignação e a absorção de produtos que favoreçam o imaginário são uma atitude constante do jovem toxicômano.

A sociedade moderna incentiva o consumismo desenfreado e adota estratégias sedutoras que os cidadãos e os jovens deixam-se seduzir e passam a consumir muito, calados, desprovidos de autocrítica em relação ao produto consumido e suas próprias atitudes.

A grande maioria dos jovens a procura de alternativas ao sistema proposto se entregam em massa ao consumo desenfreado de produtos (hambúrgueres, refrigerantes, roupas "griffes", tênis da moda, vídeos, filmes, CDs de música, motos, etc.) e, drogas de uso lícito e ilícito por estarem cansados de conviverem mergulhados num anonimato da alimentação industrial produzido por um contexto sócio-cultural-econômico que fabrica estereótipos.

Nas sociedades capitalistas complexas a humanidade internamente é constituída por classes sociais. A pessoa vivendo em sociedade procura algum tipo de substância química, natural ou sintética, para enfrentar situações de crise psicossocio-cultural, pois a droga alterando a percepção da realidade, irá alterar o seu processo de comunicação interno e externo (Krowczuk, 1994).

A terceira **hipótese** de Marcelli, Braconnier (1989), entendem

> "*o uso de droga como motor animador da busca de uma nova* ***cultura*** *através de três dimensões: a dimensão de conhecimento (estimulação intelectual, criação artística); dimensão religiosa (busca de um novo sentido a comunicação, a fraternidade, a comunhão); dimensão de prazer (varrendo as proibições morais herdadas da cultura judaíco-cristã)*" (p. 284).

A juventude buscou nas drogas lícitas e ilícitas uma forma de necessidade aparente de realizar seu projeto de felicidade. Desde os primórdios da humanidade os homens souberam recorrer às drogas para alterar os seus estados de consciência na busca de novas experiências de prazer, de beleza, de felicidade e determinadas formas de transcendência, na ânsia de entrar em contato com forças sobrenaturais.

O uso de drogas na sociedade moderna está relacionado com as diversas dimensões da existência humana. Para o homem, ela tem três funções a busca do prazer, para tranqüilizar e a transcendência. A droga tem uma função **tranqüilizadora**, ansiolítica proporcionada pelos produtos ansiolíticos modernos (barbitúricos, benzodiazepínicos, etc.), que trazem benefícios aos usuários, pois permitem escapar à consciência da transitoriedade da existência e da angústia e/ou vazio existencial. Elas têm efeito sedativo, atenuam as pressões dão maior tolerância as suas frustrações do cotidiano.

A alteração de consciência é um dos elementos para o uso de drogas, às vezes, é uma fuga da realidade que aprisiona, mas também uma tentativa de transcendência. Uma outra **função** é a procura de determinadas formas de **transcendência** na ânsia de aproximação com o divino, de entrar em contato com as forças sobrenaturais. Em muitos ritos religiosos o uso de plantas alucinógenas (no culto, Santo Daime, preparado de plantas Banisteriopsis, Cacepi e Psychotrya Virides + DMT, "Ayahuasca", fumar cannabis "Santa Maria", etc.) de incensos, os mantras desempenham um papel convergente na tentativa de predispor a mente a fugir da realidade e tentar encontrar uma realidade mais profunda.

O uso de substâncias psicoativas através de experiências místicas individuais (iniciáticas) ou coletivas o homem procura preencher uma falta, alguma coisa, que o aproxime do além, que o faça esquecer as angústias terrestres e transforme os demônios imaginários em divindades benévolas.

Há, também, o uso de drogas que não são para um contato transcendental, é pura e simplesmente uma fuga da imanência. A pessoa foge da sua insignificância. A tendência moderna é de matar o tempo, é uma forma de preencher a falta, por exemplo, ficar quatro horas vendo televisão para matar o tempo; jogar cartas, e também há consumo de drogas (bebida alcoólica, cigarro, maconha, cocaína, etc.) para matar o tempo, ou seja, uma fuga da insignificância. Considero matar o tempo também uma metáfora da morte, uma tentativa de trabalhar a ansiedade para chegarmos mais rapidamente a morte, porque na realidade nada de novo acontece na vida dessa pessoa.

A droga tem a **função de busca de prazer**. Na Antigüidade os gregos, romanos e tantas civilizações consumiam algum tipo de droga, mas conectadas com outras funções e integrada em atividades compartilhadas em comunidade.

Atualmente o indivíduo ao consumir drogas visa obter/ sentir prazer, alterar o humor e a sua percepção. O ser humano tem o direito ao prazer, a felicidade e a beleza como parte de sua existência.

O uso de drogas pela pessoa está condicionado ao prazer imediato em todos os sentidos, obter alto desempenho no esporte, na atividade sexual, no grupo social; a busca da felicidade através do consumismo de qualquer produto para conseguir a beleza do corpo físico "modelo" idealizado pela sociedade de culto ao corpo e não ao espírito; alterar o humor (através da ingestão de bebida alcoólica, de medicamentos ansiolíticos, estimulantes), para sorrir, divertir-se, ser aceito no grupo de pares/iguais como alegre, brincalhão, mas usam para

afastar a tristeza, suas angústias; estímular à percepção para alterar todos os sentidos, usam drogas para tornarem-se criativos nas artes, na música, nos esportes, etc.; ou para anestesiar-se, não sentir a vida real. O jovem consome produtos que favoreçam o imaginário, seguindo as normas do grupo de iguais, formam tribos que em comunidade adotam certos rituais, onde a droga está presente (Krowczuk, 1994).

Observa-se com freqüência que os jovens procuram obter prazer, a felicidade e a beleza de forma equivocada, ao mesclarem o uso de drogas lícitas com as ilícitas tornam-se **poliusuários.** Nos grupos de adolescentes a droga está presente na socialização e desta situação de usuário social (recreativo) é um passo para a condição de abusador a toxicômano, assim sendo, se configura um **comportamento de escalada** de drogas. Os grupos de iguais jovens desenvolvem, atualmente, estilos de vida herméticos, como os das sociedades secretas (Krowczuk, 1997).

Em relação às drogas, desde 1980, o "National Drug Abuse Council", alerta para o fato de saber diferenciar os dois tipos de usuários de drogas. O **uso** dessas substâncias nem sempre leva à dependência. O **abuso** sim pode ser conducente a criação de **dependência química/drogadependência**. As pesquisas apontam que embora o consumo de drogas tem aumentado vertiginosamente, há usuários que estabelecem um "compromisso social" com a droga. Existem os usuários "recreativos" que a utilizam sob autocontrole, compreendido como uma "dependência negociada", que não coloca em risco o exercício profissional e o convívio social. O uso de drogas "leves" ou "duras" e/ou lícitas/ institucionalizadas (álcool, tabaco, medicamentos) ou ilícitas/ não institucionalizadas como a cocaína, anfetaminas, etc., vai depender da pessoa e do seu contexto social para a entrada ou não na escalada da dependência.

Nas sociedades capitalistas, a competição, a agressividade é algo crescente pela própria situação conjuntural que as pessoas vivenciam no seu cotidiano. A agressão contra o próximo implica uma esperança: a do triunfo gratificante, mas a agressão exercida sobre si mesmo é o resultado da dissolução da auto-estima.

Para Kalina, Kovadloff (1983,1989) "***o suicídio é hoje a expressão radical de uma crise de despersonalização"*** **(**p. 9). O homem se auto-agride consumindo drogas lícitas como o cigarro, ingestão de álcool abusiva, excesso de alimentação, trabalho compulsivo sem repouso e lazer, etc. Com o passar do tempo tende a buscar nas drogas pesadas ou nos psicofármacos alívio da dor ou fuga da realidade por problemas econômico, social, afetivo.

A solidão do homem das grandes metrópoles, atualmente, não é somente aquela que o rodeia, mas principalmente a que o habita e, é desta forma, que a despersonalização se converte em algo opressor para nós e para aquelas pessoas que não têm laços afetivos e sociais. As condutas tóxicas desempenham uma função estimuladora e ilusória do contato intrapessoal e interpessoal, livres de repressão da lei. Portanto, a drogadição é resultado do produto do cultivo dos "vícios socializados".

Com a evolução humana as formas de conceber e expressar o amor à vida se modificam, as práticas suicidas e os mecanismos gerais de indução ao comportamento autodestrutivo se transformam de acordo com as circunstâncias sociais-econômicas ao longo do tempo. Atualmente os traços de suicidabilidade são coletivos entre jovens na adolescência, como também a partir da terceira idade. Estas são etapas evolutivas altamente susceptíveis e vulneráveis a estados de depressão, sensação de incapacidade, sentimentos de exclusão social e marginalização (Krowczuk, 1995).

Os consumidores de drogas utilizam-na enquanto substância química para provocar alterações das sensações, órgãos do sentido e processo de comunicação da pessoa com o mundo interno e externo, uma mágica perfeita para suportar frustrações, castrações e sublimar algo. Embora o indivíduo tenha conhecimento do risco que corre ao recorrer as drogas, ele solitário ou em grupos isolados, opta por obedecer a determinadas ideologias, por revolta ou de contracultura, mesmo sabendo da exclusão social e marginalidade a que estará sujeito.

A baixa auto-estima, a perda ou ausência de valores moral, social e espiritual, etc., são sintomas e traços de personalidade que podem ser encontrados entre os drogadependentes/ toxicômanos .

Os profissionais deste campo de atuação (drogadependência) e a sociedade devem perseguir metas elucidativas e utilizar abordagens interdisciplinares conducentes a identificar a origem do problema e não somente tratá-lo, como também pesquisar a importância dos elementos motivacionais no processo de desenvolvimento de uma dependência de drogas. O que é importante é identificar, na relação que o usuário mantém com a droga, o que considera como indispensável à satisfação de suas principais necessidades no plano social, cultural, afetivo e cognitivo (Krowczuk, 1995, 1997).

CONSIDERAÇÕES

As drogas sempre existiram e históricamente ela se confunde com a evolução histórica da humanidade . Desde os primórdios da humanidade o consumo de drogas psicoativas vem ocorrendo para atender diferentes finalidades nos rituais mágicos (curandeiros), com fins religiosos, ritos de passagens para obter prazer, com fins medicinal. A questão preocupante é que ela se transformou em um problema de saúde pública a partir da descoberta de novas substâncias psicotrópicas. Inicialmente devido a sua comercialização para atender os avanços da medicina serviu como progresso terapêutico mas intervêm um importante componente iatrogênico, associado a outros fatores resultantes das mudanças sociais, industriais e tecnológicas surgindo assim novas modas de consumo e novas formas de dependência.

A partir das ultimas três décadas do século passado tem se constatado que vem crescendo os denominados usuários "recreativos", em sua grande maioria são adolescentes e jovens, mas o grave problema é do consumo abusivo de multidrogas que pode levar a drogadependência / dependência química. O que constatamos na realidade é que na falta de uma droga os usuários buscam soluções alternativas para substituí-la, e assim se configura o comportamento de escalada de consumo de álcool, tabaco, inalantes, maconha, anticolinérgicos "chá de Datura", cocaína , êxtase, etc. Os drogadependentes utilizam seu potencial de criatividade para eficientes estratégias de substituição de uma droga por outra que lhes proporcinem alterações de estados de consciência, efeitos supostamente mais gratificantes para atender seus desejos. O problema das adicções interpretado como resultante de um comportamento disfuncional, antes de ser um problema psicopatológico se constitui em uma questão antropológica e ética. Nos defrontamos com o fenômeno chamado "problema das drogas" por se tratar de um fenômeno multifatorial e que a cada dia mais jovens tornam-se drogadictos. Na atualidade infelizmente crianças e adolescentes em pleno desenvolvimento biopsicosocial estão se tornando escravos das drogas pelo fácil acesso e aumento da oferta, e da inoperância de medidas de controle do narcotráfico, e da pouca importância da educação em prevenção ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas direcionada para valorização da vida e da pessoa humana.

CAPÍTULO III
AS POLÍTICAS DE COMBATE ÀS DROGAS NO MUNDO

INTRODUÇÃO

Neste capítulo são tratados aspectos importantes sobre a adoção de políticas de combate ao uso indevido das drogas psicoativas no mundo.

Primeiro, examinamos a **Política de Combate às Drogas** adotada pelos **Estados Unidos da América –EUA** com suas diretrizes direcionadas ao controle e prevenção de uso e abuso de substâncias psicoativas na comunidade e no sistema educacional americano, bem como da estratégia nacional de controle de consumo de drogas lícitas (álcool, tabaco e medicamentos psicotrópicos) e das drogas ilícitas (maconha, cocaína, heroína, ecstasy, LSD-25, etc), divulgados por pesquisadores, estudiosos, integrantes de institutos e/ou organismos internacionais, como: NIDA,1994, 1991; NCR, ICMedicine, 1994; Edex Kolektiboa,G.Vasco,1995,(28); 1994,(30); 1993;(12); American Society of Addiction Medicine, 1993; OSAP, 1991; March,Orte,1994-PA, 1979 a 1990; DAÍ, 1987 a 1991;RIE, 1985 a 1991; Sloboda,1994; Amodeu,Wilson, Cox,1995; Garcia,1995; Gliksman, Allison, Adlaf, Newton, Taylor, 1995; Kim, et al.,1995; Pentz,1993,1986; Evans, 1993; Leukefeld, Clayton,1993; Eggert, Herting, 1991;Hansen,1988; Botvin,1986; DeJong, 1986 ; Gordon, 1970.

A seguir são examinadas as **Políticas de Combate às Drogas** adotadas em países localizados na **Europa Central, Ocidental e Oriental**. Apresenta-se a proposta das Nações Unidas com seu Plano de ação mundial de combate ao uso indevido de drogas, quando procuramos destacar o Plano Europeu de ação sobre o Álcool, bem como das recomendações propostas pela Comissão Européia de uma política voltada a educação para a saúde através de ações preventivas sobre o uso indevido de drogas lícitas e ilícitas no contexto escolar.A partir de consulta as publicações de estudos realizados por pesquisadores e integrantes de institutos e/ou organismos internacionais, como: OMS,WHO, Reg.Of.Europe, 1993; Home Office, 1993;EdexKolektiboa,1994;(21);1992;(6);EdexKolektiboa,1994;Druglink,1993;Departaments Health and Social Security, 1985; Edwars, et al., 1998; Fjaer, 1995; Holmila, Osterberg, 1995; Stosberg, 1995; Del-Rio, 1994; Neira, 1994; Silva et al., 1994; Bolton, Walling, 1993; Dorn, Murji, 1992; Phillips, South, 1992; Hansen, 1990; Beristain, Neuman,1989.

Destacam-se as políticas de combate as drogas em diversos países, examinando-se as respectivas legislações, programas de prevenção, programas de tratamento e reinserção social com suas estratégias de ação e adoção de abordagens específicas as drogadependências, ao consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas psicoativas consumidas em países como Grã Bretanha, França, Suíça, Alemanha, Finlândia, Itália.

Aprofundamos o estudo da **Política de Combate As Drogas** lícitas e ilícitas na **Espanha.** Neste país são examinados e procuramos destacar a Legislação do Governo Central e dos Governos Autônomos e Local, o Plano Nacional sobre Drogas, os Planos das Comunidades Autônomas e os Planos Municipais, bem como do Ministério de Educação e Ciência com sua política voltada a "Educação para a Saúde na Escola" através dos respectivos

programas de prevenção a drogadependências direcionados ao contexto escolar envolvendo professores, alunos e pais.

Descrevemos sobre as políticas de combate as drogas em distintas regiões da Espanha, resultado de entrevistas realizadas com autoridades do Governo: Secretários de Saúde e Educação e Serviços Sociais; Coordenação do Plano Autonômico sobre Drogadependências; Coordenação e profissionais integrantes do Grupo Interdisciplinar sobre Drogas de Madri; Coordenadores da Asociación Proyecto Hombre; de ONGs; Juízes e policiais responsáveis pelo controle do narcotráfico.Nas Universidades resultado de entrevistas realizadas com professores e coordenadores dos Cursos de Mestrado em Drogadependências e outros de especialização direcionados à formação de recursos humanos para atuarem em programas preventivos (contexto escolar, na comunidade) e em equipes interdisciplinares para intervenção terapêutica na rede assistencial especializada (Centros de Saúde, Unidades Ambulatorial de drogodependências, Centros de Saúde Mental ou módulos de atenção psicossocial, Unidades de desintoxicação hospitalar, Unidades de dispensação de metadona, Comunidades Terapêuticas, Centros Dia de reabilitação) voltados à assistência e tratamento dos drogadependentes.

Apresentamos uma síntese de analises realizadas junto a documentos: "Memória, Informe (S.E.I.T)/1993"; Plano Nacional Sobre Drogas; Planos Autônomos e Municipais; Programas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social do drogadependente; e outros Programas em diversas áreas; Estudos de Seguimento; publicações de "*Jornadas Nacionales Socidrogalcohol*", de "*Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitário*", "*Jornadas sobre família y drogodependencias*", *Revista de la Asociación Proyecto Hombre, Memória Proxecto Home Galicia*/1993, durante período que estivemos percorrendo as regiões da Espanha, visitando os Serviços do Governo "Comunidad Autônoma" , do Proyecto Hombre, ONGs, conhecendo as políticas vigentes, autoridades e especialistas na área de drogadependência em serviços no âmbito hospitalar e unidades ambulatorial , no âmbito escolar e em equipes de pesquisadores do governo e nível local das Comunidades Autônoma de Madri, C. A. Andalucía, C. A. Catalunha, C. A. Galícia, C. A . do País Vasco.

Descrevemos sobre **Políticas de Combate às Drogas da EU**, com relação às diretrizes antidrogas, o trabalho de prevenção no âmbito escolar e comunitário, e a política assistencial aos drogadependentes, o trabalho de repressão ao narcotráfico que vem sendo desenvolvido pelos países membros da União Européia. Apresentamos as informações (Salas, Santiago deTorres-Rev.Proyecto Hombre, 1995) que retratam a legislação sobre drogas dos doze Países (Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Reino Unido) Membros da União Européia-EU (Ver Quadro I).

Finalmente examinamos a **Política de Combate às Drogas no Brasil**, destacam-se os aspectos evolutivos da política e da legislação nas ultimas décadas. Apresentamos a Política Nacional Antidrogas-PNAD em vigor (2000); e uma síntese da análise realizada no Plano Nacional sobre Drogas do país vigente no período de 1993 a 1998, com suas diretrizes e propostas para uma política educacional de prevenção, tratamento e repressão aos usuários e dependentes de drogas e ou substâncias psicoativas.Consideramos importante apresentar o organograma do Conselho Nacional Antidrogas-CONAD e da Secretaria Nacional Antidrogas-SENAD (1998), e a atual estrutura da SENAD (2000), bem como as Propostas do I Fórum Nacional Antidrogas ocorrido em novembro de 1998, para a elaboração do novo Plano Nacional Antidrogas do Brasil. A seguir apresentamos as propostas do I Fórum Nacional Antidrogas que emergiram dos debates ocorridos entre os integrantes dos grupos de

trabalho constituídos por profissionais especialistas representantes de órgãos do governo (Federal, Estadual e Municipal) Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, Ministério da Saúde- MS, etc., autoridades médicas, policiais e judiciais, profissionais liberais, lideranças da comunidade, de instituições religiosas, educacionais, culturais, esportivas, de comércios e sindicatos, da mídia, de ONGs que se engajaram para discussão de temas específicos de cada área de interesse dos participantes do I Fórum Nacional Antidrogas.Os assuntos debatidos centraram –se em três grandes áreas específicas de ação e uma global, através dos seguintes grupos de trabalho: Grupo de Prevenção, G. Tratamento, G. Repressão e Grupo Global que trabalhou o tema drogas em doze subgrupos nas dimensões: Local de trabalho; Família; Escola; Comunicação e Marketing; Instituições de internação e abrigamento (prisões, abrigos, asilos); Mulheres; Crianças e adolescentes; Crianças e adolescentes em situação de rua; Adequação e capacitação de recursos humanos e materiais; Incentivo a pesquisa e divulgação de dados estatísticos; Instituições religiosas, e Captação de recursos.

1 POLÍTICA DE COMBATE ÀS DROGAS NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA (EUA)

1.1 Diretrizes para Controle e Prevenção do Uso de Drogas na Comunidade e Sistema Educacional Norte-americano

Entre os países industrializados de primeiro mundo é os Estados Unidos que tem apresentado os mais altos índices de adolescentes que consomem drogas.

Diante dos resultados da pesquisa de 1985, que revelou 57% dos adolescentes estudantes eram consumidores de cocaína e faziam a maior parte da aquisição da droga para seu consumo, ou seja, se abasteciam dentro da escola, o governo americano foi pressionado pela opinião pública a tomar atitudes políticas conducentes a modificação da situação considerada epidêmica.(Edex Kolektiboa, G.Vasco,1993,(12); ONDCPE, 1992)

Center for Substance Abuse Prevention (CSAP,1993) os centros de pesquisa em 1986 realizam um levantamento epidemiológico sobre drogas para avaliar a situação na educação norte americana. Os resultados do Survey comprovaram pela primeira vez que existia o problema do abuso entre os escolares e diante dos fatos o sistema educacional americano considerou a prioridade número um a ser enfrentada nas próximas décadas e reverter o grave problema das drogas na juventude americana.

Em 1988, o Congresso Norteamericano na "Ata contra o Consumo de Drogas" recomendou a constituição do Comitê Nacional de Escolas/Colégios Livres de Drogas.

O Comitê foi constituído por profissionais de educação sobre drogas e prevenção, serviços de educação locais e dos estados, organizações de pais e professores, Conselhos escolares, Associações de caráter comunitário e Membros do Parlamento e do Senado que tinham as seguintes atribuições:

- Elaborar pautas para estabelecer os critérios de identificação de colégios e campos livres de drogas;
- Elaborar pautas de identificação, recomendações e propostas que o Comitê considera-se necessários;

- Preparar e expor um Relatório final ao Presidente e ao Congresso dos Estados Unidos.

O referido Comitê reuniu-se pela primeira vez em 24 de agosto de 1989 e estabeleceram os seguintes objetivos:

- Identificar e discutir as circunstâncias, situação e questões que contribuem ao consumo de drogas ilegais, álcool e tabaco e a dependência entre os adolescentes;
- Elaborar pautas de identificação dos programas modelo;
- Desenvolver pautas de identificação dos programas já existentes que cumprem tais critérios;
- Desenvolver pautas de diferentes formas de elaboração de novos programas modelos;
- Elaborar um Relatório das descobertas do Comitê e apresentar este relatório ao Presidente e ou Congresso Americano no prazo de um ano.

O referido **Relatório Final** sob o titulo "Por uma geração sem drogas, uma responsabilidade Nacional" propôs:

- Um plano de ação para que os colégios consigam se libertar das drogas antes do ano 2000;
- uma revisão dos problemas de drogas entre os jovens;
- um resumo da opinião dos estudantes sobre o álcool, tabaco e outras drogas; e
- destacam os papéis e responsabilidades dos grupos e organizações comunitárias.

Os resultados e recomendações do Comitê integram a maior parte do Relatório, eles oferecem observações consistentes sobre os problemas de drogas e sugerem que estratégias os colégios e as comunidades podem inicialmente adotar para solucioná-los.

1.1.1 Avaliação dos diferentes tipos de programas escolares de prevenção de drogas

Analisando as informações contidas no Relatório, constata-se que os programas escolares antidrogas para adolescentes encontram-se dentro de cinco tipos principais apresentados posteriormente.

As pesquisas que analisam a eficácia dos inúmeros tipos de programas para prevenção de consumo no âmbito escolar revelam que os três primeiros tipos de programas, suas abordagens não tem apresentado resultados satisfatórios pois não observaram uma redução significativa do consumo de drogas embora muitas escolas continuam adotando estes tipos de abordagens.

Estas atualmente consideradas ineficazes pelas características da juventude deste final de século vinte.

Os programas centrados do desenvolvimento de capacidades e mudanças comportamentais têm apresentado uma resposta mais importante na redução do consumo de drogas, mas os observadores chamam atenção que são menos efetivos no caso de consumo de tabaco e álcool do que em relação à maconha e outras drogas.

1.1.2 Tipos de programas

- Programas centrados exclusivamente no conhecimento e informação sobre drogas;
- Programas centrados para mudanças de atitudes com ênfase no crescimento pessoal, clareza de valores e sentimentos;
- Programas que enfatizam os conhecimentos e mudanças de atitudes;
- Programas que combinam as influências positivas dos grupos de iguais/pares e formação de habilidades específicas;
- Programas que proporcionam alternativas positivas ao consumo de drogas e enfatizam a aquisição de habilidades especificas.

Programas denominados:

- Midwestern Prevention Project (Projeto de Prevenção no Meio Oeste e Norte Central dos Estados Unidos) é um programa de intervenção comunitária para prevenção e redução de consumo regular e experimental de drogas na pré e adolescência e para os pais, e outros residentes nas áreas metropolitanas de Kansas e Indianápolis –Pentz, Trebow, Hansen, et al., 1990; Pentz, 1993.
- Project- STAR-Students Taught Awareness and Resistance (Programa Escolar de Resistência a Pressão dos Grupos de Iguais/Pares) de Kansas City;
- Project I-STAR ou seja, Indiana STAR – Students Taught Awareness and Resistance de Indianápolis;
- Project START Approach –(Programa escolar e comunitário de prevenção em todos os níveis de consumo de drogas : tabaco, álcool, maconha,e também de intervenção sobre condutores de veículo sob o efeito do álcool e do consumo de cocaína e crack – Pentz , Cormack, Flay, et al.,1986);
- Programa de Formação de Habilidades para a Vida – Escola de Medicina da University de Cornel;
- Programa de Prevenção às Drogas nas Escolas Públicas na cidade de Baltimor – Centro de Investigação e Prevenção da Universidade de John Hopkins;
- Programa de Prevenção do Futuro da Universidade de Michigan (Leukefeld, Clayton,1993);
- Adolescent Assessment and Referral System – AARS (Programa de Assistência de Adolescentes com Problemas Múltiplos);
- Programas “Here’s Looking at You” tendo como referencia as teorias de desenvolvimento e relacionados com teorias psicosociais (Pentz, 1993);
- DARE - Drug Abuse Resistance Education (Educação para Resistência ao abuso de drogas – inclui álcool e drogas em geral) (DeJong, 1986);
- Programa QUEST direcionado aos pais, mas com enfase na identificação de jovens de alto risco - Centro de Pesquisa Promoção de Saúde de Stanford,1989;
- Parent Effectiveness Training – PET (Treinamento de Habilidades da Vida Familiar) (Gordon, 1970).

- Project SMART (Programa de intervenção sobre altos níveis de consumo de tabaco, álcool e maconha), que norteou o programa DARE (Hansen, Johnson, Flay, et al.,1988);
- Project MADD para pais e estudantes "Parents for Drug Free Youth" e "Just Say No" (Programa de Prevenção para condutores de veículos não dirigir sob ação do álcool "embriaguez")(Pentz,1993) ;
- Programa " Know Your Body" centrado nos efeitos contrastando com o consumo de tabaco é direcionado aos escolares;
- Programa "Life Skills Training" de intervenção com resultados à curto prazo no consumo de tabaco, álcool e maconha (Botvin, 1986).

Estes programas estão respaldados nas teorias de influências sociais de indução ao consumo de drogas, entre elas se encontram as teorias psicosociais, as teorias de aprendizagem social, e as teorias de desenvolvimento (Evans,1993).

Leukefeld, Clayton (1993) destacam as atividades direcionadas a prevenção ao abuso de drogas centradas na educação, na família, na comunidade e formação de profissionais especialistas para trabalhar em prevenção e tratamento.

1.1.3 Avaliação

Em relações as abordagens, cada tipo de programa apresentam aspetos positivos e negativos especialmente no que diz respeito a sua operacionalização e os resultados alcançados.

- A maioria dos profissionais especialistas e pesquisadores estão convictos que os programas embasados exclusivamente no conhecimento não são eficazes, não reduzem o consumo e até alguns observadores tem opinião que estimulam o uso de drogas.
- Os estudos apontam que programas centrados exclusivamente nas atitudes, os efeitos observados são mínimos e ou nenhuma modificação nas condutas de consumo de drogas.
- Os programas que incluem as combinações mudanças de atitudes e conhecimentos atualmente são questionados seus efeitos sobre o atual consumo de drogas.
- Muitos pesquisadores e especialistas apontam que os programas de habilidades de resistência, comunicação e tomada de decisão e, os programas de apoio dos grupos de iguais demonstram ser mais efetivos retardando ou decrescendo o consumo de drogas entre a média da população escolar.
- A pesquisa tem demonstrado, que os programas que contemplam melhores oportunidades, reconhecimento e melhora da auto - estima, e um estilo de vida mais saudável através de práticas esportivas, recreativas sem drogas são os mais efetivos, porque tem demonstrado mudanças nas condutas de consumo de drogas na média da população escolar (March , Orte,1994; Sloboda, 1994).

Os programas alternativos que proporcionam assessoramento, relações interpessoais, formação profissional, aventuras físicas (vôo livre, alpinismo, etc.) tem revelado efeitos altamente positivos para modificação de condutas de consumo de drogas em populações de alto risco. Estes programas de acordo com o numero de horas de participação aumentam sua

efetividade. Embora sejam considerados de alto custo, mas na análise de custo beneficio tem comprovado sua eficácia junto a populações de risco.

Os programas de pressão positivas de grupos de iguais são os que demostram efeitos positivos mais rápidos sobre as condutas de consumo de drogas, tornando-se altamente efetivos seus resultados na população escolar.(NIDA; OSAP, 1991; Edex K., 1993,(12).)

1.2 Diretrizes e Estratégia Nacional de Controle e Prevenção do Uso de Drogas

O governo dos Estados Unidos, em 1994, divulga ao mundo as novas diretrizes da política norte-americana de combate às drogas, quando revela a necessidade de recursos para executá-la e quais são as metas a serem alcançadas. Após sua avaliação das realizações neste campo de atuação, apresenta uma nova Estratégia Nacional de Controle de Drogas conducente a recuperar as comunidades das drogas e da violência.

1.2.1 Resposta ao uso de drogas nos Estados Unidos - EUA

Em fevereiro de 1994, a Casa Branca apresentou uma Estratégia Nacional de Controle de Drogas, fez uma avaliação dos últimos cinco anos, desde a lei contra o abuso de drogas de 1988. O governo federal informou que, embora os gastos atingiram mais de U$ 52 milhões de dólares em ações voltadas ao combate de drogas, obteve pouco êxito. A drogas ilegais continuavam sendo uma importante ameaça para o país, não ocorreu decréscimo no uso de drogas, nem da delinqüência e da violência, relacionados com seu uso e que recentes pesquisas indicam que os jovens retornaram a usar drogas.

O estudo revelou uma cifra estimada de 2,7 milhões de usuários crônicos nas ruas e o Governo Federal teve um gasto anual de U$ 49 milhões de dólares com americanos envolvidos com drogas ilegais.

Para romper o ciclo do uso crônico de drogas entre a população envolvida, exigiu um grande esforço do governo americano que através da Estratégia Nacional de Controle de Drogas de 1994, estabeleceu os seguintes objetivos:

A) Para tratar sobre o uso abusivo de drogas devem as ações estar direcionadas para:

- Reduzir a quantidade de usuários crônicos, a uma taxa estimada anual de 5 %, através de tratamento.

B) Para tratar sobre uso ocasional ou intermitente de drogas as ações estarão voltadas para:

- Reduzir a quantidade de usuários ocasionais ou intermitentes a uma taxa estimadas anual de 5% .

1.2.2 Tratamento do problema das drogas

A Estratégia Nacional de Controle de Drogas de 1994 propõe um aumento de U$ 335 milhões de dólares para ampliar as oportunidades de tratamento dos usuários. Para o Instituto Nacional sobre Abusos de Drogas (NIDA) vale a pena investir no tratamento, pois cada dólar gasto gera um lucro de U$ 7 dólares (redução de gasto público e aumento da produtividade). A questão da delinqüência é preocupante, porque os delinqüentes usuários de drogas são os grandes responsáveis pelo aumento violento de delitos, a atividade criminal aumenta drasticamente nos períodos de uso pesado pelos adictos. Diante desta problemática a Estratégia 1994, propõe os seguintes objetivos específicos:

- A partir do ano fiscal de 1995, deverão aumentar a quantidade de usuários crônicos em tratamento aproximadamente 140.000 indivíduos a mais por ano. Estas quantidades incluem usuários crônicos que estão dentro, como também os que se encontram fora do sistema da justiça penal.
- Ficar vigilante e, garantir o serviço de tratamento básico de uso de drogas como comprimento da Lei de Segurança de Saúde do Presidente. Este trará benefícios aos tratamentos básicos de abuso de substâncias de mais de 58 milhões de norte-americanos que não possuem nenhum tipo de cobertura de assistência medica ao ano.

1.2.3 Proteção de crianças dos EUA através da educação e de prevenção às drogas

Outra estratégia é a que diz respeito a proteção das crianças dos Estados Unidos através da educação e da prevenção ao uso de drogas.

Os estudos revelam que o nível de violência nas escolas era alarmante. Para contribuir e redobrar os esforços de prevenção contra as drogas e a violência nas escolas, a Estratégia 1994, propôs um aumento de U$ 191 milhões de dólares para o Programa de Escolas Seguras e Livre de Drogas.

O Governo Federal alerta que todos devem unir esforços voltados para prevenção e, que compete ao Departamento da Saúde e Serviços Sociais divulgar o Estudo sobre Avaliação Nacional Estruturada que revela a real situação de consumo e aponta o que é mais eficaz nos programas de prevenção do abuso de substâncias psicoativas. Num encontro estudiosos e experts em prevenção ao abuso de álcool e outras drogas, sob coordenação da Oficina de Política Nacional de Controle de Drogas (OPNCD), revisam em 1994, os planos, documentos e divulgaram um Relatório especifico onde a prevenção ocupa posição de destaque pelo papel a desempenhar para redução da demanda de drogas.

O objetivo específico da Estratégia 1994, foi o seguinte:

- Reverter o recente aumento, a prevalência do uso de drogas ilícitas e tabaco entre os estudantes até 1996.

1.2.4 Proteção dos conjuntos residências por meio da ação policial e comunitária

O Governo americano reconhece que a luta contra as drogas, não obteve êxito esperado porque elas estão facilmente disponíveis nas ruas, nas escolas, etc., e que faltou verbas e maior vontade política da nação para incrementar os programas policiais de combate às drogas ilegais nas ruas. Destacou que para que os americanos disponham de maior segurança nas ruas, a Administração Federal deverá aprovar a Lei de Combate a delinqüência e estabelecer ações inteligentes e severas.

O Presidente Clinton em seu discurso sobre o Estado e a União enfatizou ser importantíssima a Lei de Combate a Delinqüência, pois ela trará benefícios à nação e ao povo americano. Por meio dela será autorizada maior dotação de fundos/recursos financeiros para que seja colocado um maior contingente policial nas ruas e aumento da vigilância das comunidades;

- Deve aumentar a quantidade de acampamentos de instrução/treinamento militar para os infratores não violentos;
- Permitir que os tribunais providenciassem aconselhamento, tratamento e análise de

drogas aos infratores não violentos;

- Razoável controle de armas, como a proibição de armas de assalto.

A partir das metas antecipadas no Projeto de Lei Contra a Delinqüência, a Estratégia 1994, compromete toda as forças dos instrumentos federais, investigadores e judiciais para selecionar as principais organizações de tráfico de drogas, com a finalidade de desmantelá-las e destruí-las.

O objetivo é reduzir o tráfico de drogas ilícitas dentro e em direção aos Estados Unidos por meio de detenção, processamento judicial, declaração de culpabilidade e confisco. A administração trabalhará para tornar mais difícil a obtenção de drogas e mais custosas as operações para os traficantes, bem como para reduzir a violência que acompanha as atividades de drogas.

Os objetivos policiais específicos incluem os seguintes aspectos:

- Durante os próximos 5 anos, colocar 100.000 policiais a mais nas ruas, para trabalhar com as comunidades na redução da delinqüência;
- Proibir a fabricação, transferência ou posse de armas de assalto.

As estratégias mais eficazes para impedir o uso de drogas e mantê-las fora dos conjuntos residências e das escolas são as que mobilizam todos os elementos de uma comunidade por meio de coalizões e associações. Os esforços cooperativos, como as coalizões comunitárias, estabelecem e sustentam uma forte associação entre empresas, escolas, grupos religiosos, organizações de serviços sociais, organismos policiais, meios de comunicação e residentes da comunidade para ajudar e libertar os conjuntos residências das drogas e da violência associada com os mesmos.

A Estratégia 1994 ampliará a quantidade de esforços cooperativos, selecionando os conjuntos residências mais atingidos pelo uso de drogas e pela violência e a delinqüência que os acompanha.

Os objetivos de habilitação das comunidades e da Estratégia 1994, são os seguintes:

- Trabalhar para assegurar que nove (9) zonas de habitação e as noventa e cinco (95) empresas comunitárias se ocupem de prevenção, do trafico e do uso de drogas em seus planos/ projetos de habitação (moradia) ancoradas na comunidade durante o período dos próximos dois anos.
- Duplicar a quantidade de coalizões comunitárias contra as drogas para 1996 pelo menos a metade delas estejam intercomunicadas com consórcios locais e estatais.

1.2.5 Estratégia nacional de controle de drogas e combate ao tráfico internacional centrada nos países de origem

Estratégia Nacional de Controle de Drogas 1994, visa mudar a forma como são considerados os Programas Internacionais de Controle de Drogas. O governo americano, alerta que o trafico internacional de drogas é uma atividade criminal que ameaça as instituições democráticas, alimenta o terrorismo e a violação dos direitos humanos, e debilita o desenvolvimento econômico. Portanto os principais países de origem e de trânsito de drogas, os programas de oposição aos narcóticos devem estar integrados na política exterior e, devem desenvolver-se com o mesmo desempenho mundial a que os Estados Unidos destina a promoção da democracia, dos direitos humanos e do desenvolvimento econômico.

A nova estratégia internacional privilegia uma "mudança controlada" com ênfase nas zonas de trânsito dos países de origem da droga. A utilização do termo "mudança controlada" significa o cuidado extremo que o organismo de controle de drogas devem ter, alem do nível de preparo para responder as possíveis mudanças de rotas de tráfico, estratégias e outras táticas adotadas pelos cartéis de drogas, tais posturas conducentes a driblar os órgãos de repressão.

Os cartéis de cocaína e outras organizações de tráfico de drogas são vulneráveis às campanhas policiais mantidas pelos governos dedicados a esta luta. Eles temem perder suas vantagens econômicas como também serem aprisionados, castigados e terem seus bens confiscados.

Os Estados Unidos revelam que desenvolveram maior habilidade no sistema de busca de informação inteligente, bem como das estratégias adotadas em relação ao combate dos principais narcotraficantes. A união de esforços e a cooperação com outras nações que compartilharam da mesma decisão política a de derrotar os sindicatos internacionais das drogas é o ponto central da estratégia internacional.

Os objetivos internacionais da estratégia 1994, são os seguintes:

- Fortalecer as instituições contra as drogas da nação anfitriã de modo que possam efetuar mais campanhas eficazes de controle de drogas por si próprias.
- Intensificar os esforços internacionais para prender e encarcerar os traficantes internacionais de drogas e destruir suas organizações.
- Apoiar agressivamente os programas de controle do cultivo da papoula e da coca nos países onde há uma forte perspectiva e antecedentes do êxito (NIDA, 1994; Edex Kolektiboa, G.Vasco,1995; (28); 1994; (30)).

Garcia (1995), apresenta à Estratégia Nacional de Controle de Drogas uma abordagem de primeira linha para decrescer a violência nas comunidades americanas. Ela foi desenhada para abordar, direcionar todos os aspectos relacionados com abuso de drogas: uso de drogas, tráfico de drogas e crimes relacionados às drogas. O programa de nove suportes contém os esforços do Governo Federal, Estadual e nível local, parcerias formadas entre o governo com os setores privados e públicos. A Estratégia inclui: iniciativas para prevenção de drogas que reduzam a demanda; os programas de tratamento individualizados para os grupos de alto risco; maiores esforços de policiamento pela comunidade para reduzir crimes violentos cometidos por usuários e traficantes; e educação orientada para crianças e adultos.

O Presidente Clinton dos EUA em 1995 solicitou ao Congresso Americano a liberação de U$ 600 milhões de dólares para Programas de Combate a violência e do uso de drogas nas escolas.

As campanhas antidrogas efetuadas nas escolas americanas, especialmente nos 32 Distritos Escolares de Nova York a partir de 1994, obtiveram mais apoio do governo federal e da comunidade americana. A direção das escolas adotou o conceito de Drug Free Zone (Área livre de drogas) e tiveram grande apoio da policia local através do desenvolvimento de projetos como o DARE- Drug Abuse Resistance Education (Educação para Resistência ao abuso de drogas). O combate ao tráfico dentro das escolas intensificou-se pelo fato de ter um auto-índice de jovens americanos que praticam esse tipo de economia informal.

O combate aos toxicômanos atingiu primeiramente os guetos dos negros e dos imigrantes latinos.

Nas comunidades, escolas e igrejas, a população se mobilizou para prevenir o uso de álcool, tabaco e outras drogas, bem como para eliminar o trafico nas ruas e dentro das escolas.

A política de combate às drogas através dos programas como DARE recebeu criticas da comunidade científica envolvida com as questões de drogas, fundamentando que estes programas fornecem unicamente informações de um alto nível de conhecimento sobre drogas para os alunos, mas não provocam mudanças na conduta deles persistindo o auto-consumo de drogas entre os jovens. (DeJong, 1986 – "Project DARE: Teaching Kids to say "no" to drugs and alcohol").

Apesar do alto investimento do governo em Programas de Combate ao uso de Drogas nas Escolas, as estatísticas indicam um crescimento do consumo de álcool, tabaco, maconha, LSD e anfetaminas entre os estudantes de 2º grau das escolas americanas.

Um estudo para conhecer o desenvolvimento do trabalho do Conselho de Educação foi realizado durante a implementação de uma política para Prevenção de Drogas nas Escolas de Ontario, Canadá. Os pesquisadores analisaram os dados contidos num questionário de um "survey" realizado em 1991, sendo analisado todos os componentes do plano de ação do programa, suas estratégias, sua composição política e o desenvolvimento do trabalho das comissões dos cento e vinte e cinco Conselhos de Educação. Os resultados do estudo revelaram que as políticas de prevenção de drogas nas escolas, estão cada vez mais aperfeiçoadas, elas não somente incluem medidas disciplinares, como também um currículo preventivo com estratégias de intervenção precoce junto aos estudantes usuários e aqueles não usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Chamaram a atenção dos pesquisadores que os grupos de trabalho destas comissões responsáveis pelo desenvolvimento destas políticas de combate às drogas normalmente são compostos por conselheiros de educação, professores, profissionais de outras áreas, mas raramente os estudantes integram e participam do desenvolvimento dos trabalhos. O estudo evidenciou que as políticas são praticadas "top down" de cima para baixo, ao invés "botton up" da base para cima, isto possibilita entender porque os programas de prevenção não apresentam os resultados significativos para redução do consumo de drogas e mudanças de comportamento da população escolar. (Gliksman, Allison, Adlaf, Newton - Taylor, 1995.).

Um estudo realizado por Eggert, Herting (1991), voltado à prevenção como forma de impedir que adolescentes escolares se convertessem em drogadictos e fracassem em sua transição para a vida adulta. Os pesquisadores estudaram dois elementos o apoio social dos professores e o apoio social dos companheiros e chegaram as seguintes conclusões:

- Os adolescentes participantes do programa de prevenção as drogas na escola que receberam apoio social reduziram seu consumo de drogas, bem como suas conseqüências negativas do mesmo durante os cinco meses de duração do programa.
- O apoio social de um profissional competente voltado totalmente para o trabalho preventivo ajudou a reduzir consumo de drogas entre os adolescentes, mas não alterou as conseqüências de tal consumo. O apoio do grupo de companheiros não incidiu na redução do consumo de drogas nem nas suas conseqüências negativas.
- O consumo de drogas pelo adolescente no passado continuou exercendo uma certa influencia sobre o dito consumo durante a permanecia do programa de apoio e

prevenção.

Outro aspecto observado pelos pesquisadores foi que a convivência do adolescente somente com um dos pais (a mãe) influiu na redução do consumo entre os participantes do programa de apoio a transição da vida adulta.

O estudo revelou que o apoio social, o cuidado e a ajuda do professor e de outro profissional, dos companheiros e de um dos pais (a mãe) tem um efeito altamente significativo na redução do consumo de drogas na adolescência e, as mães que viviam sozinhas sentiam-se muito gratas pela ajuda oferecida a seus filhos no programa e como conseqüência elas proporcionavam maior apoio, compreensão e afeto aos seus filhos adolescentes

1.2.6 Política de controle de consumo de drogas no trabalho

Nos Estados Unidos em 1991, membros do National Institute on Drugs Abuse (NIDA), do National Research Council (NCR) e do Institute of Medicine (ICM) formaram um Committee on Drug Use in the Workplace (Comitê sobre o consumo de droga no local de trabalho) com as seguintes atribuições:

- Analisar as investigações existentes sobre prevalência e etiologia do problema;
- Estudar o impacto do consumo de drogas no rendimento, produtividade, segurança e saúde do trabalhador;
- Avaliar a eficácia, custo e benefícios dos programas de intervenção organizados no local de trabalho.

Após três anos de trabalho os membros do citado **NCR- National Research, Council Institute of Medicine-ICM** em 1994, publica um informe que oferece uma ampla visão sobre a realidade americana "O problema das drogas no meio de trabalho e sua influência na força do trabalho". Os autores apresentam as conclusões e recomendações do referido informe em três blocos, sendo os que dizem respeito ao estudo da:

- ♦ Magnitude do consumo de álcool e outras drogas: etiologia e epidemiologia;
- ♦ Efeitos do consumo: impacto do consumo de álcool e outras drogas: estudos de gabinete e os de observação.
- ♦ Efetividade das intervenções no meio de trabalho: a detecção e valorização do consumo; o impacto dos programas de detecção de produtividade; os programas de assistência ao trabalhador (PAT). (National Research Council, Institute of Medicine, 1994)

Um Estudo realizado por Amodeo, Wilson, Cox (1995), visou oferecer algumas diretrizes para ajudar planejadores de grupos de comunidades enfrentarem os desafios de implementar programas de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas em ambientes multiculturais urbanos. Os pesquisadores apresentam alguns elementos essenciais, estratégias para implementação de metas de saúde pública. Ainda recomendam métodos para desenvolver capacidades em planejamento e intervenção, para aqueles participantes inexperientes como forma de equilibrar objetivos de longo e curto prazo estabelecidos por aquelas comunidades engajadas no programa de prevenção as drogas. Os autores contribuem, ao apresentar um estudo de caso e um projeto de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas, ao Estado de Maine, USA.

Kim, et al (1995), utilizaram os dados da National Household Survey on Drug Abuse

(Levantamento Nacional Domiciliar Sobre o Abuso de Drogas) estudaram as tendências gerais sobre o Abuso de Drogas de 1972 - 1990, utilizando a Benefit-Cost- Analysis/BCA (Análise Custo Benefício) para medir o custo beneficio de um programa de intervenção de curto e longo prazo. Embora existam dificuldades em aplicar o BCA na análise de programas de prevenção as drogas, os pesquisadores encontraram a solução ao atribuir ao beneficio um valor de custo nulo (dinheiro que a sociedade economiza através do programa) que é afetado pelas quedas dos índices de abuso de drogas. Os custos econômicos sobre o abuso de drogas foram calculados e a redução dos custos para a sociedade é resultado dos programas de prevenção. Os pesquisadores selecionaram aleatoriamente 10 valores numéricos para 4 variáveis :gastos com prevenção, custos sociais e custo mensal de drogas ilícitas em 1979, e em 1992. O estudo revelou que em média para cada U$ 1 dólar gasto em programas de prevenção existe uma economia de U$ 15 dólares para a sociedade. Para os autores os programas de prevenção de abuso de drogas (substâncias psicoativas) estão se tornado mais competitivos e contabilizados e novos métodos econômicos são utilizados para medir suas eficácias sendo a Análise de Custo Benefício (BCA) um destes.

1.2.7 Política de combate ao tabagismo

A American Society of Addiction Medicine - ASAM (1993) manifestou-se sobre políticas publicas em relação ao tabagismo, suas conseqüências e tratamento. Em relação à dependência à nicotina do tabaco a Sociedade demonstra-se partidária do desenvolvimento de toda política ou programas que promovam a prevenção do tratamento desta adicção, através de:

- O controle da disponibilidade do tabaco estabelecendo um mínimo de vinte e cinco anos de idade para sua aquisição;
- As mudanças de políticas públicas sobre o tabaco em termos de:
    - Normas sobre produtos com nicotina para o consumo humano;
    - Eliminação de subvenções para sua produção e exportação;
    - Aumento de impostos;
    - Aumento de explicação dos riscos na etiqueta do pacote de tabaco para consumo;
- A educação da sociedade especialmente iniciando pelas escolas e, seguindo com campanhas de conscientização para população, destacando os efeitos de publicidade sobre o tabaco;
- O incentivo e apoio a pesquisas, e educação profissional e formação clinica, promovendo a formação de pessoal de saúde, a pesquisa nas instituições e financiamento de tratamento adequado;
- A elaboração de normas que proíbem seu consumo em Centros de Saúde, Unidades Sanitárias e outros locais públicos.

Em relação ao reembolso para tratamento do tabagismo a ASAM, recomenda que as empresas e organizações facilitem os programas de tratamento para o seu pessoal por um custo mínimo, acessível aos indivíduos com recursos limitados, e facilitar a atenção desde as primeiras etapas recomenda:

- O reforço/auxilio de reembolso seja a terça parte dos custos do tratamento da adicção do tabaco oferecido ao pessoal de instituições e organizações que o necessitem;
- Se estimulem que as empresas contratem para seu pessoal seguros que cubram o tratamento de dependência a nicotina;
- Se estimule os sindicatos para contemplar também os benefícios para seus membros, seja individual ou coletivo.

- Se promovam, programas para deixar de fumar, no próprio local de trabalho.
- O governo permita o abatimento em gastos de programas de tratamento do tabagismo.
- O Departamento de Saúde e Serviços Humanos estabeleçam estratégias e padronização de tratamento desta adição aplicável a coleta de dados, métodos de tratamento, credencia de quem desenvolvam programas e seguimentos destes.

E finalmente quanto à documentação sobre dependência a nicotina deve constar nos certificados de óbito e altas hospitalares. Tal impresso contribuiu para que o médico que tem papel importante no diagnóstico e tratamento do tabagismo de seus pacientes, registra que o uso do tabaco contribuiu para óbito/morte, ou está relacionado com hospitalização dos pacientes em outros casos, assim estará mais consciente de mortalidade e morbidade que levou a adicção.

A respeito destes a ASAM recomenda enfatizando que:

- Se anexe ao certificado de óbito um relatório destacando que o consumo de tabaco contribuiu para a morte.
- Se inclua no impresso de alta hospitalar, um relatório no qual registre que o paciente é ex-tabagista. (ASAM/American Society of Addiction Medicine, 1993)

Nos Estados Unidos a preocupação com o problema das drogas é bem maior que em outros países das Américas, pelo fato de ter um elevado número de consumidores. Os países em sua maioria consideram o álcool e o tabaco como drogas, embora tais produtos sejam de uso licito e aceitos socialmente e, recebem um tratamento diferenciado do atribuído às drogas ilegais. As preocupações giram em torno de um conjunto de fatores que explicam o consumo de drogas.

O Departamento de Educação Norte-americano considera que "as influências sociais têm um papel fundamental e atrativo entre as crianças para o consumo de drogas, destacando-se a televisão, o cinema, o grupo de amigos, o desejo de sentir-se bem como os adultos". No livro "What Works in Schools Without drugs", destaca a preocupação e vê no consumo de drogas o grande perigo para a saúde e bem-estar das crianças e jovens, pelo fato de que cada vez mais estes a consomem em idades menores. No capitulo denominado "Specific Drugs and Their Effects", o tratamento às drogas ilícitas como cannabis, os inalantes, a cocaína, as anfetaminas, os depressores, os alucinógenos, os narcóticos e as drogas de dormir é enaltecido, enquanto drogas lícitas como álcool, tabaco não tem se quer tratamento similar.

2 POLÍTICAS DE COMBATE ÀS DROGAS EM PAÍSES DA EUROPA CENTRAL, OCIDENTAL E ORIENTAL

2.1 Proposta das Nações Unidas Num Plano de Ação Mundial de Combate ao Uso Indevido de Drogas

Na Assembléia Geral das Nações Unidas, 157 países integrantes aprovaram em fevereiro de 1990, um Programa de Cooperação Mundial sobre a produção, distribuição, oferta e demanda ilegal de drogas, ficando estabelecido o período compreendido entre 1991a 2000 como a década das Nações Unidas de Combate ao uso Indevido de Drogas, estimulando a execução de um Programa Mundial. Este Programa compreende uma abordagem integral ao uso indevido e o trafico de drogas ilícitas. No mesmo ano reuniram-se os ministros europeus e

dos países da Europa Oriental para aprovarem novas metas de atuação sobre a oferta e o consumo de drogas ilegais. Posteriormente os países da Comunidade Européia aprovaram o Plano Europeu de luta contra as drogas, onde ficou estabelecida uma coordenação entre eles bem como um Observatório Europeu sobre drogas, estabelecendo aspectos contra redução da demanda/oferta de entorpecentes e outras drogas, a repressão do tráfico ilegal e da ação internacional, enfatizando os programas de prevenção ao uso e abuso de drogas.

2.2 Plano Europeu de Ação Sobre o Álcool

O uso inadequado do álcool apresenta na Europa um sério problema de Saúde Pública. O consumo de bebidas alcoólicas é responsável por muitos casos de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Os pesquisadores têm contribuído com resultados de estudos abrangentes, para maior conscientização que o problema da dependência do álcool, ou alcoolismo seja visto como uma doença assim tem explicado alguns aspectos dos danos aos consumidores e a própria sociedade está sujeita.

A parir do momento que começou a ocupar lugar de destaque enquanto problema da Saúde Pública e, também na política de "Saúde para todos" os países e consumidores devem repensar novas estratégias para solucionar o problema. Os Ministros da Saúde dos países europeus da OMS, num esforço conjunto, na quadragésima-segunda sessão do Regional Comittee for Europe, em 1992 decidiram implementar um amplo debate sobre o álcool em nível nacional e europeu. Sendo assim, o Plano de Ação Europeu do Álcool, endossado pelos ministros e divulgado pela OMS dentro de sua política européia de **Saúde para todos,** foi proposto que para o ano 2000 o consumo nocivo para a saúde de Substâncias que produzem dependência tais como o álcool, tabaco e drogas psicoativas, deveria ser reduzido de maneira importante em todos os Estados Membros. Em relação ao álcool, foi proposto "reduzir o consumo de álcool em um 25%, com especial atenção na redução do Consumo danoso".

Embora atualmente existe um consenso entre os especialistas e organizadores de políticas sobre as estratégias gerais a serem seguidos para reduzir as conseqüências negativas do consumo do álcool, existem ainda alguns aspectos em termos do equilíbrio a ser alcançado entre a diferentes estratégias e formas sábias de alcance da melhoria na saúde pública.

2.2.1 Estratégias

É possível conseguir uma redução do consumo indevido de álcool mediante a combinação de um enfoque:

- Conducente à redução do consumo global;
- Orientado a reduzir os consumos de risco.

As atenções estão voltadas para a população em geral, visam: não motivar aqueles consumidores de risco; modificar o ambiente de consumo tornando-o moderado ao pressioná-los a reduzirem seu consumo.

2.2.2 Áreas de ação

O Plano de Ação Europeu do Álcool incorpora nove áreas de ação estratégica, desempenhadas tanto para prevenção, como para o tratamento dos problemas relacionados com o consumo de álcool.

2.2.3 Políticas nos Estados Membros na União Européia

As políticas integrais sobre o consumo de álcool destacam com clareza a importância da prevenção. Deveriam incorporar medidas legislativas efetivas para melhor compreensão do problema, ao estabelecerem normas de idade mínima para consumir álcool, mecanismo de controle de preços e taxação de impostos e, um maior controle sobre a disponibilidade e o marketing.

2.2.4 Consenso entre as Organizações Intergovernamentais

Os roteiros das organizações intergovernamentais como União Européia, o Conselho da Europa e o Conselho Nórdico pela sua consistência têm um forte impacto sobre o consumo de álcool.

2.2.5 Práticas preventivas em indústrias de álcool e hotelaria

Existe um consenso geral de serem estabelecidas normas européia e mundial de controle do marketing das bebidas alcoólicas, ao estabelecer limites sobre a publicidade, bem como a definição de uma política conducente a reduzir o número de acidentes de tráfico causados por condutores de veículos sobre o efeito do álcool.

2.2.6 Modelos de proteção à saúde

Os locais públicos, clubes recreativos, as escolas, as empresas e instituições de saúde, devem estimular a adoção de modelos saudáveis, ampliar seu apoio social e promover estilos de vida através de atitudes conducentes ao controle do consumo.

2.2.7 Ação comunitária

As comunidades devem identificar e utilizar potenciais criativos voltados a ações preventivas, adotar estratégias e unir esforços para mobilizar, reforçar e apoiar as ações locais.

2.2.8 Consumo mais seguro do álcool

Os programas de educação e as campanhas realizadas através dos meios de comunicação de massa, televisão, rádio, empresa deveriam enfatizar as vantagens do consumo reduzido, e destacar quais são os riscos do consumo excessivo para saúde do indivíduo e para a sociedade.

2.2.9 Sistemas de atenção e assistência à saúde

As intervenções através de abordagens voltadas a atenção primaria de saúde deveram contribuir para a redução do consumo individual do álcool em 15% a 35% e, as ações voltadas aos consumidores excessivos para redução em torno de 45% consumo de álcool.

2.2.10 O papel da Regional Office for Europe da OMS

A Oficina Regional tem o compromisso de assumir a responsabilidade em nível internacional de implementar o plano de Ação Européia de Álcool e, cumprir o acordo com os Estados Membros de forma recíproca. A OMS está incumbida de:

- consultar e prestar assessoramento aos Estados Membros;
- fechar convênios a nível internacional, nacional e local;
- instalar e montar redes para pesquisa, avaliação e desenvolvimento de recursos em cada país;
- controle da avaliação do projeto;
- divulgação dos resultados. (OMS, WHO Reg. Office for Europe,1993; Edex Kolektiboa, G.Vasco 1994; (21); Edwars, et al, 1998)

2.3 Recomendações da Comissão Européia Sobre Educação Para a Saúde e Uso Indevido de Drogas

O Parlamento Europeu, na Resolução A - 3 - 0341/91 Sobre a Educação em Matéria de Saúde e uso indevido de drogas aos Estados Membros da Comunidade Européia e o Conselho da Europa recomendou que:

- A educação relativa às drogas deve ser desenvolvida num marco de educação global para a saúde e ser reconhecida como uma forma de prevenção precoce para auxiliar as crianças a se auto-ajudar.
- A educação sobre drogas ser direcionada a proteção e prevenção ao uso indevido destas, deve estar integrada ao plano de estudos num enfoque multidisciplinar dos problemas sociais e de saúde desde idade precoce e seja reconhecida como uma forma de prevenção, na medida em que a oferta nunca poderá ser eliminada de maneira eficaz.

2.3.1 Recomendações de uma Política Preventiva sobre Drogas

I - A crianças na escola
II - Educação de professores, médicos e outros profissionais
III - Educação de pais e parentes
IV - Educação em matéria de drogas desenvolvida por organizações voluntárias
V - Educação através dos meios de comunicação
VI - Educação no âmbito local e comunitário

2.3.1.1 Educação sobre drogas no contexto escolar

As recomendações de educação sobre drogas no contexto escolar, são as seguintes:

- A educação precoce para a saúde é fundamental: antes que a criança adquira hábitos de consumo de drogas, elas devem beneficiar-se de uma educação preventiva tanto em nível primário como no secundário, especialmente em contextos de alto risco;
- A educação sobre o uso indevido de drogas deve ser desenvolvida em três níveis de ensino: o primário para crianças entre 6 a 12 anos de idade; o secundário para adolescentes entre 12 a 16 anos de idade e finalmente no período extra escolar e fora da aula tanto para os jovens como para seus pais;
- A escola deve estruturar-se de tal forma que propicie uma política que contemple e priorize a educação em matéria de drogas como parte de um plano de estudos integrados nas matérias de educação social e saúde;
- A educação sobre drogas deve ter como objetivos:
  a) Alertar os estudantes a reconhecer os benefícios de um estilo de vida saudável livre de drogas em geral;

b) Prestar informações precisas sobre efeitos e conseqüências de formas de consumo de drogas para a saúde;
c) Ensinar habilidades indispensáveis para saber resistir as pressões ao consumo de drogas.

- A educação deve reconhecer a especificidade dos jovens, com objetivos de ajudá-los a superar suas inseguranças e complexos, a consolidar seus valores, sua autoconsciência e autoconfiança e manter relações de confiança com seus pais e professores;
- As atividades educacionais devem contemplar-se com outras, tanto culturais como ecológicas e desportivas quais contribuam para o desenvolvimento da personalidade dos jovens e auxiliem-no a ter consciência da importância de adotar um estilo de vida que substitua o consumo de substâncias.(Edex Kolektiboa,G.Vasco,1992; (6); Edex Kolektiboa, 1994; Gobierno Vasco,1995).

2.4 Política de Combate às Drogas na Grã Bretanha

2.4.1 Política de combate às drogas na Inglaterra

A evidência da ineficácia das estratégias repressivas da luta contra as drogas adotadas na Inglaterra, para controlar o problema, levou a policia de Londres a planejar novas estratégias de atuação. Sob a coordenação do comandante J. O' Conner nova política de combate às drogas foi implantada, após o reconhecimento de um número recorde nos índices de registros de pessoas dependentes do consumo de drogas e incapazes de controlar-se, presentes na zona urbana de Londres. Embora os índices de registro de apreensão de indivíduos usuários e ou traficantes tenha alcançado cifras recordes:

- Os dados estatísticos revelam que as detenções relacionadas com drogas de 19% em 1986 passaram a 13% em 1991 na região urbana de Londres; manteve-se entre 18% e 20% no resto da Inglaterra e no País de Gales;
- Os dados do PACE (Police and Criminal Evidence Act) correspondente ao ano de 1991, mostraram que a policia de Londres realizou 67.457 registros de pessoas, com um resultado de 8,980 detenções por drogas, 266 menos que o ano de 1990, quando foram registrados 5.580 casos;
- Os dados do Relatório do comissário de policia da cidade de Londres correspondente ao mesmo ano fiscal registraram resultados de 72.680 registros e 9.450 detenções;
- Em toda Inglaterra e País de Gales, o número de registros de pessoas em 1991, acendeu a 109.600, três vezes mais alto que o correspondente em 1986 e, duas vezes maior que o correspondente a 1988. A policia londrina esclarece que estes números registrados se deve ao fato dos agentes se utilizar à ação de suspeita de posse de drogas por indivíduos. Na realidade o real objetivo é descobrir se o sujeito possui armas e objetos roubados.

O comandante O' Conner informa que a nova estratégia "*deve aprofundar-se na questão em pauta e todas as ações devem estar sob a coordenação de serviços existentes entre a ação comunitária e a atuação dos serviços sanitários nos quais os drogadictos devem ser tratados como vítimas*" ao invés de como suspeitos de criminalidade. As orientações prestadas aos possíveis delinqüentes, portadores de drogas ou envolvidos, devem ser prestadas em serviços de tratamento adequado e estes serviços devem receber a contribuição do corpo

policial como uma importante prevenção a AIDS. Para uma efetiva estratégia de atuação é necessária uma cooperação entre os Departamentos de Justiça e Saúde, a "recuperação urbana" deve ser liderada pelo governo e o apoio à prescrição de drogas deve ser visto como uma tática de prevenção à criminalidade que pode vir a ter efeito na redução da demanda de drogas nas ruas (Home Office, 1993; Druglink, 1993; (2).).

Para a Comissão de Investigação da Delinqüência vinculada ao Tráfico de Drogas do Parlamento Europeu (1991), a drogadependência e o uso ilícito das drogas deveriam ser tratados primeiramente como um problema de saúde publica e do bem-estar e, não como um problema policial e judicial.

> *"Não se deveria considerar delito a posse de pequenas quantidades de drogas ilícitas para o uso pessoal. As leis relativas à droga devem criar uma distância entre o consumidor e o mundo do crime, evitando converter o toxicômano em delinqüente e criar a possibilidade de interação social".*

As recomendações da Comissão de investigação da delinqüência apontam para a concentração de esforços, não nos usuários e nas bases das organizações de traficantes, mas sim nas organizações internacionais e nas redes de tráfico de alto nível. Neste sentido, pode-se revelar que os Estados não estão comprometidos com a devida seriedade para tal tarefa, embora tenha sido ratificado no Convênio das Nações Unidas (Beristain; Neuman, 1989).

As pesquisas realizadas nos últimos dez anos junto a grupos com problemas de adaptação social e delinqüência, populações marginalizadas ou de minoria étnica observaram que está diminuindo a idade de iniciação de consumo e a configuração da drogadependência. A utilização de diferentes drogas ilegal e legal (álcool, tabaco, medicamento) tem aumentado vertiginosamente, entre jovens e pré-adolescentes acarretando problemas psicoafetivos, sociais- econômicos e educacionais.

No Reino Unido a preocupação com o problema das drogas é bem maior do que em outros países, pelo fato do elevado número de consumidores. A maioria dos países considera o álcool e o tabaco como droga, embora tais produtos sejam legais, e aceitos socialmente e recebem tratamento diferenciado a aquele atribuído às drogas ilegais.

Neste país existe um maior grau de conscientização social em relação ao problema da droga, embora ocorram divergências de opiniões e posicionamentos nos documentos do Home Office, título **Taking Drug Measure: a summary of the goverment's strategy** (London, Home Office, 1986) e as publicações de Departaments Health and Social Security (1985), título **Drug Measure: a basic brienfing.** Tais divergências vão desde que a droga é grave problema para o governo e os cidadãos, por ser a causa de desgraças pessoais e familiares; outros opinam que os riscos são graves, mas que a maioria dos consumidores não sofrem danos, se moderado o consumo, o risco é menor; mas no caso do consumo de drogas psicoativas "ilícitas" de forma abusiva por longo tempo, podem levar a incapacidade física, mental e laboral. Os usuários atribuem o consumo de drogas por tais razões: para ser aceito no grupo de amigos, desfrutar ao máximo as festas, controlar a ansiedade, afastar as preocupações e esquecer os aborrecimentos/ contratempos. Outras razões são atribuídas para o consumo de drogas tais como: o desemprego, a problemas familiares, sua personalidade, e a disponibilidade e o acesso às drogas.

2.4.2 Programas de prevenção do uso de drogas na Grã Bretanha

A literatura sobre prevenção do consumo de drogas tem abordado o tema a partir de diferentes perspectivas e com inúmeras finalidades tais como para:

- Informar as pessoas e, motivá-las a tomar decisões;
- Tentar atenuar a suposta crise de valores morais e formas de vida;
- Reforçar as estratégias de resistência à pressão das amizades, seguindo as orientações da legislação da luta contra as drogas;
- Oferecer alternativas de consumo de drogas, estimulando a participação da juventude e comunidade;
- Reforçar as medidas adotadas contra os consumidores, especialmente dificultando e coibindo a compra de drogas.

Portanto os especialistas entendem que os programas de prevenção devem considerar todas aquelas estratégias voltadas para reduzir, entre os jovens, a freqüência de consumo de substâncias tóxicas ilegais, bem como a freqüência do surgimento de problemas associados ao seu consumo.

A redução da demanda, ou da oferta de drogas deve estar direcionada a prevenção das drogadependências. Isto significa um amplo desenvolvimento de um conjunto de atividades de cooperação com diversas áreas e níveis de pessoas responsáveis na área de drogadependências; de profissionais de educação; da saúde e do bem estar social; do sistema judicial; os meios de comunicação social, tanto em nível nacional, bem como em nível local; ainda envolvendo diversos grupos sociais e do setor privado.

Na Grã Bretanha e em alguns países da Europa se percebe que eles, atualmente, vêm adotando uma política orçamentária que destina maiores recursos para redução da demanda de drogas e, ao mesmo tempo, seguem aplicando medidas antitráfico e de redução de penas para aqueles consumidores dependentes de drogas ilegais.

Neste grupo de consumidores estão incluídos os menores delinqüentes, aqueles sujeitos que podem ser advertidos pela polícia e até mesmo aqueles que são processados e conduzidos à prisão como medidas alternativas para não continuarem consumindo drogas. Estes drogadependentes têm grande apoio e recebem todas as medidas conducentes a reduzir os efeitos negativos das drogas sobre sua saúde. Através de programas de prevenção, eles são alertados quanto aos riscos e perigos específicos do consumo de altas doses, de mesclarem e do uso de multidrogas, da troca de material (seringas) de injeção. As medidas para reduzir os antecedentes sociais são através de apoios prestados às organizações privadas de pais de drogadictos, de consumidores companheiros/amigos, das pessoas portadoras do vírus HIV positivo e seus responsáveis.

Os modelos conceituais de prevenção a drogadependência estão sustentados a partir de cinco enfoques sendo:

2.4.2.1 Informações para os indivíduos com disposição em tomar decisões

O enfoque desenvolvido na Inglaterra nos anos 70 foi “educação situacional”. Este se centrou nas formas de comunicação da real informação, além de informações sobre a situação onde a droga está presente. O enfoque educativo consistia em proporcionar uma

desmistificação, não um conhecimento sobre drogas e seus efeitos, e sim conhecimentos sobre as situações de consumo.

Os objetivos do plano de tomar decisões eram que os alunos:

- aprendessem com independência ter uma atitude firme diante das drogas;
- aprendessem a antecipar as características das situações mais prováveis de oferta;
- serem capazes de aplicar os conhecimentos e prever prováveis conseqüências de seus efeitos experimentados pela droga em determinadas situações.

2.4.2.2 Valores e aptidões para indivíduos socialmente inadaptados

Os programas de valores e capacidades têm sido planejados para os jovens, para os pais e para os jovens e pais. Na prática os enfoques centrados em valores têm procurado mesclar-se com enfoques orientados em recursos sociais e aptidões. Estes enfoques centrados em valores são bem distintos dos programas de prevenção tradicional.

Os programas voltados para **crianças** e **adolescentes** procuram desenvolver valores da pessoa, melhorar seu autoconceito e ou externalizar sua capacidade de adaptação às normas sociais.Na Grã Bretanha este amplo enfoque foi resumido pelo Teachers Advisory Council on Alcohol and Drug Education (TACADE), realizado em Manchester que influenciou muitos educadores e acessores educacionais dos anos 70 até o final de 80. As autoridades educacionais compreenderam que a educação sobre drogas deve estar integrada dentro de um programa mais amplo EPSS (Educação Pessoal, Social e Sanitária).

Os programas voltados para os pais com enfoque orientado para as deficiências individuais, visaram prepará-los para saber lidar com os filhos. Os programas são os seguintes:

1. A **Adaptação e Capacitação dos Pais - PET** (Parent Effectivenes Training). Este foi o mais empregado, pois sua meta era ensinar os pais a considerar e a responder ao comportamento de seus filhos, facilitar a comunicações, aprender a utilizar a autoridade paterna, alertar sobre os perigos de atitudes permissivas e do autoritarismo e, utilizar métodos que possam influir nos valores e crenças de seus filhos. Como estratégia de prevenção às drogas, o valor do PET está nos efeitos sobre a capacidade de comunicação e de resolução de problemas, com isso apresentava uma melhor qualidade de vida.
2. O **Programa de Educação de Pais - PEP** apresentava um enfoque psicológico, era trabalhado em grupos e os pais procuravam aprofundar e melhorar a compreensão do comportamento de seus filhos, sendo as seções dirigidas por especialistas.
3. **Aprendizagem Sistemática para Pais Eficazes - STEP** (Systemacis Training for Effective Parents). Está sustentado na premissa de que a falta de conhecimento e experiência é a causa de inadequação do comportamento familiar. Os enfoques utilizados foram através de: um grupo de estudos dirigidos por pais, que estudam e discutem a educação dos filhos; e um centro educacional de pais/professores com finalidades de assessoramento. A ênfase do STEP é na igualdade entre adultos e crianças a se concentrar na convivência e compreensão dos distintos comportamentos.
4. **Aprendizagem Comportamental dos Pais**. Este enfoque sustentado na crença da preparação dos pais, para que eles próprios devam trabalhar para ocorrência de mudança de comportamento de seus filhos. Auxilia os pais no uso efetivos dos

princípios de adaptação social, apoio, formação, inclusive situações de aplicar castigos, para modificar o comportamento de seus filhos.

Os programas dirigidos para filhos e pais têm inúmeros enfoques que orientam a aprendizagem em nível familiar (pais e filhos juntos). Eles abordam: Formas de melhorar as relações (uso de recursos construtivos); Enriquecimentos Estrutural (Structured Enrichment), formas de melhorar as relações interpessoais com capacitação; Compreensão mútua (Undestanding US), permite explorar o funcionamento e a identidade familiar efetiva (Family Effectiveness Training); eles centram-se no nível cultural, nos conflitos intergerações, e na separação ou ruptura familiar.

Outro programa semelhante Pais-Juventude-Droga (PYD) são pacotes de formação (combinação de informação com técnicas para melhorar as relações dentro do âmbito da comunicação familiar). A contribuição dos programas de formação familiar direcionados a prevenção de drogas enfatizam o bem estar e estimulam a saúde.

Os programas orientados para a família podem centrar-se em interações pais - pais ou nas interações pais - filhos.

Os programas que auxiliam as crianças a desenvolver a capacidade de relações interpessoais para atingir suas metas sem recorrer a um comportamento anti-social, tem uma ação importante na etiologia do abuso de drogas na juventude.

Os programas que orientam os jovens a resistir a pressão de seus companheiros para consumir drogas têm demonstrado serem efetivos na prevenção do tabaco.

2.4.2.3 Estratégias de resistência à oferta de drogas diante das pressões sociais externas

Os enfoques de prevenção centrados na resistência a influência exercida pelos amigos e companheiros surgiram como ponto central das estratégias de modificações de conduta e do comportamento de indivíduos vulneráveis as pressões sociais externas no final dos anos 80 e princípios dos anos 90.

Como os demais enfoques já apresentados este enfoque de prevenção que surgiu nos Estados Unidos não obteve aceitação esperada na Grã Bretanha.

Os enfoques centrados no rechaço ou na resistência a oferta de drogas podem estar inseridos em contextos mais amplos da teoria da psicologia social. A maioria das campanhas de prevenção de drogas segue o referencial deste enfoque. Este argumenta que provavelmente existem três níveis, sendo o da personalidade, do comportamento e do meio ambiente, que podem desencadear ações voltadas para obter uma melhor qualidade de saúde através de um estilo de vida mais saudável.

Em nível da **personalidade** os programas devem apontar suas ações para reduzir as forças internas e predisposições individuais da personalidade, que reforçam e procuram manter aqueles comportamentos comprometedores para a saúde do indivíduo. Tais comportamentos seriam tendências do indivíduo a viver em situações de risco, tolerância diante de condutas autodestrutivas dos amigos e demais companheiros do grupo, fascínio e descoberta constante e de novas emoções e ou sensações. As ações voltadas para obter ou manter uma boa saúde são alcançadas através de meios que visam fortalecer outras predisposições da personalidade tais como valorizar mais a vida, melhorar o autoconceito da

saúde, manter uma boa forma física e, demonstrar maior senso de responsabilidade social.

Em nível **ambiental** as ações se concentram naqueles fatores ambientais, que podem manter comportamentos comprometedores a saúde, tais como fácil acesso às drogas, maior exposição a situações perigosas, seguir referências e ou modelos influentes de comportamentos negativos, e procurar apoio onde existe lugar para mantê-los.

As ações voltadas para intervir devem incluir atividades alternativas, programas de pressões positivas dos amigos/companheiro e o reforço dos comportamentos positivos. Na perspectiva ambiental mais ampla as condições mais adequadas, são aquelas com forte argumentação em programas que oferecem novas oportunidades, atividades alternativas de envolvimento comunitário e, ou dedicados ao comprimento da lei. Nesta perspectiva, com uma visão mais abrangente, os argumentos são direcionados aos programas que facilitem as atitudes alternativas, programas com grande envolvimento comunitário e ainda aqueles empenhados ao cumprimento da lei.

Os enfoques centrados no **comportamento** e na resistência e, ou de rechaço as drogas se apóiam na valorização da pessoa (especialmente os jovens), caso ela seja considerada estar vivendo em situação de risco e muito comprometida pela pressão social. Eles se centram nas influências sociais externas, especialmente no papel exercido pelos meios de comunicação e nos modelos de papeis. O pressuposto teórico deste enfoque é que os jovens querem demonstrar que são adultos e, portanto procuram imitar ou tomar como referenciais modelos de adultos, mas existe uma forte pressão dos amigos/companheiros para reforçar os aspectos positivos da independência. No contexto do quotidiano os amigos estimulam os jovens a experimentar uma gama variável de comportamentos arriscados e, eles podem deparar-se com situações onde tem que assumir riscos (através de pequenos delitos, consumo de drogas ou atividade sexual) já previstos e apoiados. Atualmente os jovens vivem só no presente, nas suas expectativas normativas imediatas, mas mudam diante dos efeitos em curto prazo, e não avaliam os riscos em longo prazo.

Considerando que o consumo de drogas é resultado da pressão social como também da exercida pelos amigos, pela família e, pelas normas dos meios de comunicação e da comunidade, para fazer prevenção é importante:

- identificar as fontes implícitas e explícitas de pressão, (meios de comunicação, de adultos e companheiros/amigos);
- desenvolver contra-argumentos (“vacinação social”) apoiadas em conversas em curto prazo;
- aplicar os meios efetivos e socialmente aceitáveis para aprender a resistir a pressão do grupo para não retornar ao consumo de drogas, e ter a capacidade e coragem de dizer “não”.

A estratégia voltada para saber vencer a pressão dos companheiros tem sido muito valorizada, por causa da extensão da delinqüência juvenil; sendo assim devem estar direcionadas aos mais jovens, pré-adolescentes (especialmente rapazes) antes que eles iniciem atividades criminais.

2.4.2.4 Programas

Hansen (1990) se refere a um modelo global de “influência social” tendo como principais componentes: resistir às pressões do meio, do contexto do grupo (tratamento de

rechaço, aprender a resistir a oferta de drogas) e o ensino de normas que possam contribuir para uma aprendizagem de resistência às pressões constantes do meio.

2.4.2.4.1 Tratamento de rechaço/aprender a resistir

Muitos programas utilizam esta técnica que vão desde Life Skills Training (Aprendizagem de recursos para enfrentar a vida); o projeto SMART e, o projeto ALERT.

No **Projeto SMART** os estudantes aprendiam a identificar formas de pressão tais como "pressão amistosa"; "truques, desafios e mentiras", "incitações"; "ameaças" (tanto físicas como sociais) e a "pressão silenciosa". As estratégias são ensinadas para resistir as pressões (descrevem estratégias concretas e simulam ao demonstrar). Nas técnicas de aprendizagem acrescentam novos elementos nos programas, os quais procuram desacreditar a publicidade, envolver os pais, atribuindo-lhes um papel da responsabilidade na seleção dos amigos e procuram conscientizá-los sobre a importância da pressão social exercida sobre os filhos.

O **Projeto ALERT** (Experiências de aprendizagem a resistência) utilizava o modelo de influência social para enfrentar e saber revidar as pressões sociais e dos companheiros do grupo para consumir drogas. Este programa estruturado com 8 sessões semanais e outros complementos de reforço, onde os alunos aprendiam a identificar as pressão internas e externas "pró droga", ainda eram demonstradas estratégias de resistência para enfrentar tais pressões e, ao mesmo tempo, tinham a oportunidade de exercitar ativamente sua capacidade de resistência.

Estas estratégias foram muito utilizadas na resistência à oferta do tabaco. Outras técnicas são empregadas para modificar as relações com os companheiros de grupos pares, maneiras dos jovens se deixarem influenciar entre si, combater o consumo de drogas.

2.4.2.4.2 Educação normativa

Este outro elemento do modelo de influencia social de Hansen (1990) se apóia em conceitos de normas socialmente aceitas. Parte da premissa que o consumo de álcool e outras drogas é considerado como um comportamento normal e aceitável no cotidiano do indivíduo.

A estratégia adotada tinha como meta tentar mudar as percepções "errôneas" do predomínio de aceitabilidade do consumo. Para Hansen os adolescentes são propensos a aceitabilidade do consumo de seus amigos companheiros de grupos iguais.

Os programas que transmitem informações exatas sobre as normas sociais para grupos de determinadas faixas de idade têm encontrado resistência e desconfiança.

Alguns elementos acrescentados tinham como objetivos contribuir para um aperfeiçoamento de programas de aprendizagem a resistência e a da educação normativa, tais como: aprender a tomar decisões e saber resolver problemas, como tratar de tensões do cotidiano. Estes programas podem auxiliar o aluno a estabelecer metas pessoais e sentir-se motivado para alcançá-las, a desenvolver atividades que contribuam para elevar a auto-estima, que tenham mais lucidez "idéias" e melhorem suas escalas de valores.

Os clubes "Just Say No". (simplesmente diga não) são tipos de associação que desenvolvem atividades que vão muito além das instituições educativas, elas envolvem

também a comunidade. A idéia central que move os participantes esta voltada para: a) modificar a aceitabilidade da cultura consumista de drogas, alertando aos jovens e aos adultos dos perigos para a sua saúde, incentivando-os a um estilo de vida livre de drogas; b) comprometimento a livrar-se das drogas, como podem os jovens evitar seu consumo. Os clubes "Just Say No" ajudam estes jovens a sentirem-se mais seguros e apoiados , poder enfrentar situações e se manter sem drogas.

As atitudes dos integrantes do clube estão direcionadas para meninos a partir dos noves anos de idade. Tais atividades envolvem desde reuniões, marchas antidrogas, festas livres de drogas, sessões educativas, atividades para arrecadarem fundos para confecção de camisetas com mensagens "**Simplesmente digo não as drogas**" e outras inúmeras atividades desenvolvidas através de meios de comunicação social para divulgar suas mensagens de prevenção e combate ao uso de drogas.

A literatura mundial descreve muitíssimos programas de prevenção as drogas que utilizam amigos/companheiros para desenvolver atividades dentro do grupo, que combinam técnica de aprendizagem a resistência e ou educação de normas e outras técnicas que incorporam em determinadas situações novos elementos de aquisição de recursos e valores.

Os relatos dos resultados destes programas, depois de avaliados, têm comprovado suas vantagens. Eles são muito positivos para os programas antitabaco; aqueles direcionados para aquisição de recursos para enfrentar a vida, pois incluem técnicas de aprendizagem da resistência ao consumo de tabaco, têm diminuindo o número de novos fumantes, e redução do consumo de álcool e maconha em torno de 50%.

Os resultados da avaliação do Projeto ALERT foram muitos positivos em relação a redução em um terço do número de jovens que iniciavam o consumo da maconha e reduziu em 60% o fumo regular e diário.

Na Grã Bretanha os enfoques orientados para a resistência não obtiveram o êxito esperado mais por razões culturais (resistência as técnicas de modificar comportamento). Os grupos de profissionais não se dedicaram, como ocorreu com os enfoques descritos anteriormente, especialmente aqueles apoiados em valores e aptidões.

No contexto britânico os enfoques voltados para resistência levantam duas questões sendo a primeira a manipulação de percepção das normas do grupo, que cria um consenso de intolerância para com os consumidores de drogas, dificilmente se adapta a forma européia de configurar a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de HIV e drogas. A segunda questão muito importante é a ampla participação pública no planejamento e execução do programa, que talvez o inviabilize tornando-o ineficaz, principalmente por adotarem programas alternativos com atividades vindas da comunidade que pressupõem o comprimento das leis que a população praticamente ignora.

Estas estratégias tiveram o efeito desejado na década de 80 nos Estados Unidos, mas com pouquíssima aceitação na Grã Bretanha.

2.4.2.4.3 Alternativas de participação comunitária para auxiliar pessoas submetidas à pressão

Os programas de prevenção a drogas que envolvem a comunidade são considerados como antídoto para o mal estar social.

A participação dos indivíduos poderá ser:

- Eventual (jovens que tem acesso às atividades lúdicas poderão como uma alternativa atuar junto a prováveis consumidores de drogas, drogadictos e outras formas mais destrutivas de consumo);
- Centrada na vida das pessoas (através de incentivos no trabalho, melhoria do meio ambiente como forma de reduzir os motivos atribuídos para o consumo e tráfico de drogas);
- Planejada especialmente para grupos concretos na população (jovens que vivem em determinadas áreas consideradas de "risco", ou específicos grupos étnicos).

Os programas que envolvem a participação da comunidade diferem um pouco daquelas orientadas para a resistência e rejeição a drogas. Estes estão mais preocupados em identificar as necessidades das pessoas no seu contexto social e comunitário mais amplo. Tais necessidades nem sempre estão diretamente ligados à questão das drogas, mas sim estão voltados para as "carências" do ambiente, do indivíduo, tendo como meta a reorganização ambiental através de ações conjuntas dos indivíduos e dos grupos da comunidade.

O trabalho de prevenção às drogas com participação da comunidade envolve três conceitos; 1) alternativas causais; 2) iniciativas comunitárias abrangentes; 3) ação junto à população de cor e outras minorias étnicas.

2.4.2.4.3.1 Alternativas causais (motivos para o consumo)

As alternativas ao consumo de drogas incluem todas as atitudes construtivas e possíveis valores, orientações, experiências, estilo de vida, oportunidades, atividades, ocupação e programas que podem evitar o consumo significativo de drogas ou então diminuí-la, criando oportunidades que ofereçam maiores satisfações do que as drogas.

Os estudiosos deste campo de prevenção alegam que os enfoques alternativos podem proporcionar atividades mais atrativas do que o consumo de drogas. Existem dois tipos importantes de prevenção que utilizam alternativas tais como, proporcionar:

- meios de ter acesso a experiências que compensem as necessidades satisfeitas pelas drogas (expansão da mente, crescimento pessoal, estimulação, metas, amenizar os aborrecimentos);
- outras alternativas que criem oportunidades para a juventude tais como o envolvimento em serviços e atividades comunitárias atrativas, ao invés de programas que envolvam a busca constante de novas sensações. As alternativas devem estar voltadas para os sintomas, mas sim direcionadas as causas, como objetivo de reduzir a oferta e consumo de drogas.

As alternativas proposta devem ser realísticas e conducentes a contribuir para a independência e o fortalecimento da identidade, dar oportunidades aos jovens de participar ativamente dos programas, de comprometer-se e proporcionar meios de criarem um sentido de identificação com alguma entidade maior.

Os teóricos apontam a utilização de outras categorias de alternativas de prevenção tais como: a) redução do risco físico através de esportes; b) yoga e meditação para controlar o estresse; c) métodos para melhorar a auto-estima; d) meditação transcendental, yoga e outras experiências criativas.

Os programas de prevenção devem incorporar uma compreensão da relação existente entre a juventude e seus contextos sociais e culturais para que as atividades alternativas passam competir ativamente com um estilo de vida proposta pelo mundo das drogas.

2.4.2.4.3.2 Iniciativas comunitárias mais amplas

Neste tipo de atividades quatro áreas devem estar envolvidas, sendo elas a comunidade; os pais e famílias, escolas e os centros de trabalhos. As estratégias devem envolver um vasto contingente comunitário, composto por organizações cívicas, juvenis e voluntários.

2.4.2.4.3.3 Ações junto à população de cor e outras minorias étnicas

Alguns autores apontam que jovens pertencentes a minorias étnicas tem mais oportunidades de estarem expostas ao consumo de drogas. Eles habitam em zonas superpovoadas, tem mais probabilidades de estarem desempregados, ou só trabalhar em atividades de categoria inferior, de viverem na pobreza, sentirem mais frustração e impotência diante dos obstáculos no seu cotidiano, fatores preponderantes para o consumo de drogas.

Os pobres, negros e outros grupos que vivem em situações de desvantagens são vulneráveis e até dispostos a consumir drogas, tem mais atrativos para exercer o tráfico, expostos aos danos causados pela pobreza e o racismo.

Os planejadores de programas de prevenção com participação comunitária direcionados para jovens de minorias étnicas devem dar uma atenção especial a determinados fatores como a auto-imagem dos jovens, as implicações ambientais e características sócio-culturais, atitudes e valores que irão determinar sua aceitação ou não em determinados bairros e áreas periféricas das cidades e grande metrópoles.

2 4.2.4.3.4 Programas

Existem os programas que utilizam:

1) Alternativas orientadas para o aproveitamento do tempo livre;
2) Iniciativas comunitárias abrangentes;
3) Ações direcionadas para pessoas de raça negra e outras minorias étnicas. Na Grã Bretanha não alcançaram ampla dimensão como no Canadá, Estados Unidos, Austrália e Itália.

Na Grã Bretanha, em algumas regiões de Londres, de Liverpool estes programas foram implementados e desenvolvidos adotando atividades alternativas (recreativas, grupos musicais e concertos) como estratégias de prevenção a delinqüência juvenil; junto a grupos de jovens consumidores de drogas legais e ilegais. Embora sejam eventos isolados, apresentaram resultados satisfatórios através de atividades preventivas empregadas com a juventude. Tais atividades vão desde a confecção de posters em clubes juvenis, trabalhos em grupos, concursos de cartazes, pesquisas sobre consumo de drogas, atividades lúdicas inseridas na programação das atividades dos clubes de juventude, assessoria de conselheiros especializados, auxilio aos consumidores de drogas e promoção de ações comunitárias diante dos problemas identificados nos grupos. Os programas estão direcionados a grupos de risco como forma de mantê-los ocupados e afastados do consumo de drogas. Os jovens que apresentam inúmeras necessidades sócio-econômica-afetivas, se não forem preenchidas

através de atividades comunitárias e lúdicas, culturais e esportivas, podem se direcionar para o consumo de drogas e delinqüência juvenil.

Os resultados dos programas de prevenção que utilizaram as estratégias descritas foram muito variáveis. As dificuldades dizem respeito às técnicas de avaliação, pelo fato de serem atividades isoladas e implantadas em determinados bairros de Londres ou em outras cidades da Grã Bretanha.

Alguns pesquisadores apontam que a partir do momento que ocorrem mudanças positivas no contexto, ações voltadas para uma melhoria da qualidade de habitação, acesso aos serviços sócios sanitários de quem os necessitam, observaram que ocorreu uma redução dos efeitos negativos tanto do contexto como da ação individual.

Os resultados têm demonstrado a ocorrência de um declínio do consumo de drogas. Segundo os estudiosos a obtenção de resultados mais satisfatórios irá depender das metas, da previsão qualitativa e realista dos recursos humanos, materiais, econômicos disponíveis para estas áreas ou regiões periféricas das grandes cidades que enfrentam problemas relacionados com consumo de drogas.

2.4.2.5 Redução da demanda mediante a aplicação de medidas repressivas de caráter leve

Na Grã Bretanha esta estratégia só foi adotada com alguma semelhança do modelo americano e dos Países Baixos para conter a extensão do vírus HIV. O sistema judicial criminal tem aplicado suas atividades em relação aos consumidores, mas não tem sido tão rigoroso na resolução dos casos. A policia faz a detenção dos consumidores de drogas mas, as sanções administrativas cada dia são mais leves, com apreensões, detenções, multas (caso reincidente), e como ultima alternativa, encaminha o consumidor detido infrator ao cárcere.

A polícia britânica tem desenvolvido estratégicas e concentrado suas táticas no controle dos consumidores, especialmente em locais identificados e suspeitos de serem postos de venda, bem como na repressão e controle rigoroso do mercado negro, exercício de tráfico por crianças e adolescentes.

Na Grã Bretanha o controle exercido pela policia sobre os condutores de veículo têm sido a apreensão da carteira de motorista até doze (12) meses casos as provas laboratoriais comprovem a presença de cannabis, cocaína, anfetaminas, opiáceos. Neste país não há confisco do veículo sem uma condenação prévia. A polícia britânica é muito hábil em detectar e registrar as pessoas que saem ou circulam em zonas conhecidas como tráfico de drogas. Na zona oeste de Londres, conhecida como Notting Hill as estratégias adotadas são de inspeção das pessoas ao entrar e ao sair das zonas de compras como uma estratégia de controle de oferta de drogas (Dorn, Murji,1992).

2.4.2.6 Programas especiais: CSV (drogadictos como pessoal voluntário) e "técnica outreach" em serviços de drogadependencia na comunidade da Grã Bretanha

Phillips, South (1992), relatam uma experiência do Serviço Comunitário de Voluntários (**CSV**) em funcionamento desde 1989, na Grã Bretanha. O programa foi criado e especialmente direcionado a jovens com problemas de drogas e álcool da região metropolitana de Londres.

O projeto piloto do **CSV** oferece aos jovens drogadictos a oportunidade de fazerem parte do grupo de voluntários que trabalham diretamente em contextos onde existem pessoas consumidoras de drogas. O projeto proporciona ao jovem drogadicto trabalhar como voluntário durante um período inicial de quatro a doze semanas, e extensivos até um ano. Os objetivos deste tipo de programa visam oferecer a estes jovens um espaço onde outras agências e organizações podem intervir e, ao mesmo tempo, apresentar resoluções para problemas de alojamento, emprego deste setor populacional. Estes jovens são encaminhados ao Serviço através de organismos, centros e instituições onde fazem tratamento e, a partir deste vinculo estabelecem um acordo amplo de colaboração entre as organizações e o **CSV,** mas que continuam com os jovens drogadictos sob sua responsabilidade e interpretam o trabalho como uma intervenção positiva para a vida do indivíduo. Os jovens passam por uma avaliação individual são incluídos voluntários do programa de acordo com seus interesses e capacidades individuais. A filosofia que mantém o Projeto Especial de drogadictos com voluntários na comunidade tem como meta ,além de integrá-lo e conscientizá-lo, que ele deixe de ser um problema e se converta num valioso recurso para melhorar a qualidade de vida daqueles consumidores adictos com os quais ele está trabalhando. Os resultados do projeto têm demonstrado, que a maioria dos jovens drogadictos pela primeira vez sentiram-se valorizados e úteis, ao colaborar com atividades positivas que contribuem para elevar a auto-estima; auxiliar a romper com velhos padrões de comportamento autodestrutivos e a estabelecer novas relações, além de reforçar o sentido de identidade. Embora inicialmente o projeto tenha enfrentado inúmeras dificuldades de ordem econômica, de infra-estrutura nos três primeiros anos de funcionamento, foi avaliado como de grande valor para as organizações promotoras de jovens potenciais voluntários. Os promotores do projeto e os próprios drogadictos integrantes revelaram ser altamente positivo o modelo e ser considerado como uma alternativa valida para outros programas de reabilitação existente no campo da drogadependência no país.

Bolton, Walling (1993) relatam a experiência de **Outreach** desenvolvida no distrito North Eart Essex como uma técnica que utiliza pessoal voluntário, ex-drogadictos ou drogadictos em tratamentos, considerados como os grandes conhecedores do submundo das drogas e que demonstram facilidades de aceitação e acesso aos consumidores de drogas, e conhecem os locais de tráfico e o consumo de drogas que ocorre as portas fechadas para a polícia.

A **técnica de Outreach** é um "sistema de sair para fora dos centros de tratamento e ir ao encontro dos drogadictos oferecendo tratamento", muito utilizado na Grã Bretanha como programa de tratamento e prevenção no campo das drogadependências desde abril de 1990.

Conhecedores das dificuldades enfrentadas pela lei do silêncio e da inadequação das detenções policiais nas ruas, nas esquinas "street corner style outreach", para controlar e reprimir os consumidores especialmente de anfetaminas, o programa em andamento reestruturou-se com vistas a alcançar as duas metas previstas:

- Contatar com os drogadictos não usuários de serviços; e
- Procurar reduzir ao máximo os danos causados pela droga aos consumidores.

O programa de voluntários no sistema de alcance"**Outreach**", incluía drogadictos, ex-drogadictos e também não drogadictos. Os jovens são submetidos a uma avaliação, para trabalhar no programa a partir de critérios como: bom conhecimento do meio em que irão agir e aceitação de princípios básicos orientados para reduzir os danos causados pelo consumo de drogas. O programa de prevenção de treinamento dos selecionados constava de informações sobre as drogas e seus efeitos, normas vigentes, AIDS, sexo, injeção sem risco, primeiros

socorros, auxílios, direitos e benefícios, opções de tratamento, métodos de alcance, entrevistas, motivações e sigilo.

Além do treinamento foi oferecido aos voluntários à possibilidade de planejarem e selecionarem suas próprias intervenções de acordo com sua capacidade de auto-percepção, com objetivo de sentirem-se estimulados e mais seguros no trabalho.

Os resultados de pesquisa para avaliar o programa que incorporou drogadictos a técnica de "**Outreach**" demonstrou claras vantagens, e existência de metas entre eles:

- O baixo nível de responsabilidade deste grupo de trabalho tornava impossível manter um sistema de registro de suas atividades;
- A personalidade forte de seus integrantes provoca freqüentes discussões e debates de enfrentamento em um grupo que inclui drogadictos e ex-drogadictos;
- A dificuldade em modificar condutas sexuais de risco, permitiu constatar os êxitos obtidos na modificação do habito do uso compartilhado de seringas.

Com a superação destas dificuldades foi possível alcançar os seguintes benefícios:
um maior número de trabalhadores disponíveis em um diversificado e amplo âmbito de atividades.

- Uma pressão entre os companheiros, entre colegas que haviam passado pelo mesmo problema favorece a modificação de condutas para as metas esperadas;
- Uma oferta disponível de vinte e quatro horas do dia sem restrição de horários de trabalho e com possibilidade de dispensar a ajuda onde havia necessidade;
- Uma maior continuidade "fluência" do serviço, mesmo pelo abandono de voluntários que poderiam ser mais facilmente reintegrados/realocado.

Legislação específica sobre drogas na Grã Bretanha/R.U
(Ver Quadro I)

2.5 Políticas de Combate às Drogas na França

2.5.1 Serviços de tratamento para drogadependencias

Na década de setenta foram criados na França os primeiros serviços especializados em tratamento de pessoas drogodependentes inicialmente inspirados nos modelos institucionais norte-americanos "Free - Clinic" de São Francisco, as Comunidades terapêuticas de Day Top, dos Estados Unidos e, o Portege do Canadá. Após inúmeros debates estes tratamentos foram rejeitados e adotaram uma abordagem médica-psicossocial para as drogadependências sustentadas em bases ideológicas da Teoria Psicoanalítica. Alguns profissionais utilizavam-se de um discurso de existência de "um modelo francês de tratamento para toxicômanos". Foram então criadas inúmeras pequenas estruturas de acolhida e tratamento de toxicômano, com autonomia administrativa e um status de associação sem fins lucrativos. Assentadas numa ética comum, através de um consenso destacavam: a gratuidade dos serviços; a total garantia do anonimato, o pedido voluntário para entrar em tratamento, a liberdade de interrupção, o tratamento exclusivamente individual da demanda. Mas alguns aspectos foram deixados de lado como o caso da gratuidade dos serviços, que resultou no fenômeno do abandono dos pacientes dos centros de tratamento e a crescente clandestinação dos drogadependentes.

2.5.2 Políticas de prevenção e tratamento: novas estratégias na abordagem as drogadependencias para redução de riscos

Na década de oitenta não ocorreu nenhuma alteração nas políticas do governo Francês, nem nas estratégias de prevenção e tratamento dos drogodependentes adotadas nas instituições, apesar da alta incidência de infecção nesta população. Em 1987 foi promulgado um Decreto autorizando a venda livre de seringas nas farmácias mas, nenhuma medida de controle e avaliação foi realizada com usuários de drogas por via intravenosa em termos de prevenção de AIDS.

As medidas saneadoras para combater o uso de drogas pelo governo francês foram repressivas, primeiro através da polícia ao deter os drogadependentes ao sair das farmácias portando seringas, por suspeitas de uso de drogas o que se constituía um delito. A segunda ação era de coagir os usuários, eles teriam assistência médica sanitária somente em abstinência. Diante dos acontecimentos em que se encontravam os drogadependentes, vulneráveis a respeito da infecção pelo HIV e total descaso do governo, persistindo com suas condutas políticas sócio-sanitárias, as pessoas envolvidas nos movimentos de luta contra a AIDS, os enfermos, uma ação comunitária e grupos de ações humanitárias protestaram nas ruas de Paris, em 1992.

Não estava presente neste protesto nenhuma associação de luta contra os toxicômanos, por razões ligadas a questões de poder, políticas e de conhecimento e avaliação de tratamentos. Apesar de todos os movimentos e denuncias da opinião publica, o governo, apoiando-se nos "expertos em toxicomania" e atitudes complacentes dos meios de comunicação, não modificou nenhuma estratégia e objetivos desde 1970.

A partir de 1990 somente, é que o governo acrescentou os meios de redução de risco de AIDS nos serviços especializados em toxicomania. Segundo os dados do governo francês, entre 1985 a 1993, o percentual de casos de AIDS declarados seguindo dos grupos de transmissão: os toxicômanos passaram de 7,6% a 28,5% e, os homossexuais no mesmo período passaram de 65% para 37,8%.

Portanto as primeiras iniciativas de prevenção à infecção pelo HIV conducentes aos usuários de drogas por via intravenosa facilitaram o acesso à assistência medica de toxicômanos marginalizados; a venda de seringas em farmácias; informação dos usuários de drogas intravenosa sobre o "Shoot limpio" AIDS, EGO, integração de drogadependentes em programas de prevenção. A filosofia de redução de riscos e de familiarizar os profissionais no campo das drogadependências foi muito difícil de ser introduzido na França. As experiências holandesas, inglesas e suíças foram rejeitadas por mais de uma década por princípios éticos, políticos e terapêuticos, acarretando um grande atraso em termos de prevenção e tratamento de drogadependência na França.

A partir de 1994, as estratégias de redução de risco não ficaram centradas somente na abstinência como a principal meta enquanto estratégias de prevenção e tratamento de drogadependência mas, sim na finalidade e formas de tratamento mais adequado diante do problema.

As estratégias de redução de riscos relacionados com problemas vinculados às drogas estão se legitimando perante a opinião pública em nome da luta contra a AIDS/SIDA, poderiam ser bem mais controladas com o avanço científico no campo da profilaxia e da terapêutica da infecção por HIV.

A proposta é estimular a auto organização dos drogadependentes em associações ou redes de auto-ajuda, permitindo-lhes a participação em pesquisas conducentes a novas estratégias de prevenção e tratamento elegendo-os a ocuparem uma posição de "experts", através deles promover uma mudança de representação social do drogadependente. Esta visão sábia é um dos primeiros objetivos de prevenção conducentes a sua reintegração na sociedade, a forma de qualificar os serviços e da eficácia das estratégias de tratamento.

A adoção de estratégias de redução de riscos irá proporcionar um grande avanço em termos de políticas de prevenção e tratamento com drogadependentes pois darão a sua contribuição enquanto cidadãos e como terapeutas. (Neira, 1994).

Associação "Espoir Goutte d' Or " (EGO),entidade não governamental, localizada no 18º distrito municipal de Paris, criada em 1986,por iniciativa de um grupo de residentes, de usuários de drogas e de profissionais voltados para trabalho sanitário e social.O projeto EGO foi criado para atender as necessidades de um contexto de extrema pobreza, emigrantes de etnia multicultural (negros africanos,turcos, chineses e tamises),alta densidade de população infantil e jovem, marcado por graves problemas de degradação econômica e cultural e estigmatização do bairro pelo desenvolvimento e visível aumento do tráfico de drogas (heroína,crack,etc), a progressão preocupante de portadores de vírus do HIV e epidemia de AIDS/SIDA entre a população de usuários de drogas; e intolerância de certos grupos de residentes mobilizados como auto-defesa despertando revanches e aumento da violência entre diversos populações integrantes do bairro. As ações de intervenção comunitária que congrega profissionais e não profissionais, primeiramente estão voltadas a uma rede de auto-ajuda voltada a toxicomania; a prevenção do HIV e dos riscos relacionados com sua propagação e com o cuidado dos doentes de AIDS; as famílias de toxicômanos em situação de exclusão social. A Associação EGO também tem como objetivo responder a algumas demandas diante dos problemas sociais enfrentados pelos habitantes de Goutte d'Or não consumidores de drogas. As principais atividades da Associação são:

- A acolhida a toda demanda de pessoas (habitantes do bairro, vizinhos, toxicômanos, homossexuais, pessoas soropositivas HIV ou enfermas,etc);
- O jornal " ALTER EGO" é um instrumento de prevenção elaborado pelos habitantes do bairro,que trata temas sobre saúde relacionados com a droga e a AIDS/SIDA(entrevistas,depoimentos, preocupações de moradores,atividades da Associação) estabelece um sistema de comunicação e reconhecimento da comunidade;
- A formação-ação-participativa, ponto forte da Associação a "reunião de quarta-feira" encontro aberto a toda comunidade onde reavaliam ações em curso,tratam problemas coletivos encontrados durante a semana, definem ações futuras coletivamente;
- Ação direcionada aos usuários de drogas em colaboração com farmacêutico do bairro;
- A atividade inter-associativa e um trabalho conjunto com outras associações presentes na Goutte d' Or;
- O local noturno de intercambio de seringas, e também de orientação e informação sobre redução de riscos relacionados com o uso de drogas, funciona sete dias da semana durante todo ano,das 18h. a 24horas.

A Associação EGO também desenvolve atividades de formação centrada no "trabalho social comunitário" e ações de prevenção direcionadas sobre o meio escolar.

O trabalho da equipe do EGO não desenvolve atividade clínica, sim desempenha função de coordenação e de mediação com o serviço sanitário-social, faz o acompanhamento

do toxicômano ao ambiente hospitalar especializado (AIDS/SIDA) e ou para instituições ou centros de acolhida e tratamento de toxicômanos. A acolhida é atividade facilitadora a prevenção primária e de acesso aos cuidados de saúde.

A equipe de EGO esta composta por profissionais de ação sanitária e social são:uma psicosocióloga, uma educadora e uma enfermeira, e de voluntários: usuários e de ex-usuários de drogas e moradores do bairro (Cavalcanti,1995).

Legislação específica sobre drogas na França

(Ver Quadro I)

2.6 Políticas de Combate às Drogas na Suíça

Na Suíça e em outros países as estratégias terapêuticas adotadas até então para o tratamento de pessoas drogadependentes tiveram como referências tais modelos:

1) Modelo de ausência moral;
2) Modelo de ausência civil e penal;
3) Modelo biológico;
4) Modelo de Saúde Pública;
5) Modelo de toxicomania considerada como um sintoma.

Estes modelos adotados em determinadas Comunidades Terapêuticos por muitas décadas revelaram uma visão distorcida do paciente toxicômano, como que dissociado da realidade.

O Comitê de Peritos em Drogadependências da Organização Mundial da Saúde, em 1993, chamou a atenção destacando a importância de abordar a problemática das drogas nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.

Embora o governo tenha conhecimento os recursos destinados à população de drogadependentes estiveram voltados para assistir quatro categorias sendo:

a) a população de risco;
b) os drogadictos consumidores;
c) aqueles dispostos a abandonar o consumo;
d) aqueles acometidos de patologias associadas ao consumo de drogas, e ainda recursos destinados à população drogadicta através de estratégias punitivas.

Para atender à proposta da OMS, exigiu-se do governo uma reflexão para melhor distribuição de recursos econômicos com vistas a contemplar as orientações voltadas aos três níveis de prevenção.

Em 1994, a vontade política em Genebra (Section de Conseil d'Etat de 23-9-91) foi estender os recursos destinados aos consumidores de drogas, com a manutenção dos programas denominados "alto limiar" conducentes a abstinência.

2.6.1 Definição de objetivos para o grupo de indivíduos consumidores

2.6.1.1 Prevenção primária, secundária e terciária da patologia somática

As condutas têm como finalidade:

- "Harm Reduction", tendo objetivos definidos para atuar em diferentes níveis: - tipos de drogas; - via de administração; - instrumentos (material de injeção esterilizado); - informação e educação do consumidor como agente ativo da prevenção, baseado no modelo britânico.
- "Health Conscious Drug User"; - movimento de auto - ajuda de toxicômanos de Amsterdam, uma formação do usuário em termos de auto-cuidado nos casos de overdose e informação sobre os tipos de estruturas assistênciais mais adequadas a cada caso individual; - cuidados somáticos de fácil acesso em relação ao tratamento precoce de patologia associadas ao uso de drogas, à gravidez, as doenças infecciosas (tuberculose, Sifiles, hepatite, etc.)

2.6.1.2 Decréscimo da marginalidade

O decréscimo da marginalidade pode ser realizado em diferentes níveis, como através de:

- prevenção comunitária, com o maior envolvimento possível das estruturas e associações locais;
- colaboração com a imprensa;
- colaboração com a polícia;
- organizações de auto-ajuda;
- flexibilidade nas repostas punitivas.

2.6.1.3 - Prevenção secundária das drogadependências

Abordagens voltadas a prevenção somente terão êxito através do estabelecimento de objetivos definidos e possíveis de serem alcançados. A adoção de estratégias que sejam conducentes a mobilizar ao máximo o grupo de consumidores e possíveis candidatos a abstinências, em menor tempo possível dentro das atuais estruturas de tratamento voltadas a desintoxicação e descontinuação do consumo de drogas.

As novas estratégias devem ser conducentes a facilitar ao máximo o acesso do consumidor aos serviços de saúde e social, bem com devem ser adotados estratégias inovadoras que estabeleçam vínculos e facilitem a retenção do toxicômano nos serviços. Portanto a política de prevenção secundária deve procurar formas de adaptar-se ao nível da exigência e de assistência de acordo com as capacidades e motivações do drogadicto.

Ao pensar em planejamento de assistência pública as drogadependências, devem os especialistas primeiramente estabelecer metas claras e viáveis de serem alcançados.

Os recursos (humanos, materiais, físicos e de comunicação) serem previstos de acordo com as metas estabelecidas no planejamento. A rede assistencial deverá ter a competência de criar condições para mobilizar e estabelecerem vínculos com maior número de drogadictos ativos. Através de novas estratégias de comunicação e adoção de abordagens terapêuticas, poder ajudá-los ao auto-cuidado, desta forma estariam contribuindo para a prevenção de patologias crônicas irreversíveis e instrumentá-los a busca de melhor qualidade de vida

(sobreviver) (Del-Rio, 1994).

2.7 Política de Combate às Drogas na Alemanha

2.7.1 Política sobre drogadependencias

Um estudo de revisão de literatura Alemã discute o problema da dependência e da delinqüência juvenil. Ele examinou questões relativas à prevenção e a rejeição da cínica aceitação de dependência química como um estilo de vida. Os aspectos discutidos incluem os prós e os contras da legalização de drogas; a dependência química sendo vista como uma doença social; as diversas definições de dependência; características de uma personalidade dependente; as novas formas de dependência; o contexto social mais amplo no qual ocorre a dependência ; a história do consumo de drogas, determinantes de comportamento auto-destrutivos, as questões psicológicas relacionadas e o papel da prevenção destacadas nas políticas públicas de drogas (Stosberg, 1995).

Legislação específica sobre drogas na Alemanha
(ver Quadro 1)

2.8 Política de Combate às Drogas na Finlândia

2.8.1 Políticas sobre drogas: programas de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas

Em 1995, uma pesquisa realizada na Finlândia entrevistou 1.030 sujeitos para obter opiniões sobre os problemas causados com o uso e abuso de álcool e drogas e sua prevenção. Os resultados dos estudos demonstraram que os finlandeses consideram que programas de prevenção realizados nas instituições educacionais e escolas são aceitas como um método importante para reduzir os problemas ligados ao consumo de álcool; também foram consideradas importantes a participação de profissionais de saúde e de Organizações de Moderação do Consumo de Álcool e Drogas; e foram consideradas menos importantes a participação das assistentes sociais, do monopólio do álcool e, a policia. Os entrevistados informaram sobre seu próprio consumo, sendo influenciados pelas suas próprias famílias e amigos.

A maioria deles pensava que o Movimento de Moderação de consumo de álcool tinha um papel fundamental para desenvolver a prevenção, mas eram as mulheres e os jovens que tinham uma atitude mais positiva, a favor do movimento, em relação aos homens e pessoas de meia idade. Quanto ao sucesso do Movimento em adaptar-se à sociedade moderna estavam divididas as opiniões dos respondentes: 40% disseram que o Movimento estava ultrapassado; e 81% dos finlandeses apoiavam a troca de nome para Prevenção do Álcool e das Drogas. (Holmila, Osterberg, 1995).

Legislação específica sobre drogas
(ver Quadro 1)

2.9 Politica de Combate às Drogas na Italia

2.9.1 O Sistema Sanitário na Itália

Até 1972, os serviços sanitários na Itália foram oferecidos por instituições nacionais de Segurança Social bem como Assistência Social. A reformulação do Sistema Sanitário acontece com a regionalização do país em 1972, decorrência disto novas leis entraram em vigor em cada região (exp. a assistência aos idosos no território, os serviços de planejamento familiar, etc.).

Os Serviços Sanitários e Sociais normalmente seguem ordens do ponto de vista legal, uma ordem hierárquica sendo: o Parlamento Central cria as leis que são acatadas pelas Regiões, e estas por sua vez elaboram leis mais específicas para serem seguidas no seu território individual. Em termos Administrativos, o Governo Nacional estabeleceu prioridades entre as atividades e divide os recursos financeiros entre as Regiões; os governos regionais criam programas e compartilham o dinheiro com as Unidades Sanitárias que são organismos periféricos do Sistema Sanitário Nacional; as Unidades Sanitárias prestam os serviços.

Quanto aos Serviços Sociais, as etapas são as seguintes: Parlamento Nacional (O Governo); Regiões; Municípios.

Existe um sistema de conexões nas etapas terminais de ambas hierarquias, porque muitas das atividades que são realizadas pelo Município e Unidades Sanitárias o fazem em parceria e outras são independentes, mas com objetivos comuns ou compartilhados.

2.9.2 Serviços de atenção às drogadependencias, SERT "Servizi Tossicodipendenze" e legislação

Os serviços de atenção às drogadependencias funcionam desde 1970, mas sofreram uma reformulação a partir da Lei n. 162 de 1990 e outras leis posteriores.

Esta Lei ilegalizou o consumo e a posse de drogas na Itália. Ela criou uma conexão entre medidas repressivas e terapêuticas, assim favorecendo o surgimento e uma diversidade e um aumento considerável de serviços de atenção.

As Normas que regulam o consumo de drogas e penalidades tem alguma das seguintes características:

- A pessoa acusada por três vezes de posse de drogas ilícitas (incluindo a cannabis) com uma quantidade maior que a média de dose diária (prescrita na Lei) irá enfrentar-se com a autoridade policial que podem adotar medidas administrativas (apreensão da carteira de motorista, passaporte, etc.).
- A terceira ocorrência, o drogadicto é julgado e confinado a prisão/cárcere.
- Pode ser evitada a prisão caso ele aceite uma terapia, e no caso de que a terapia seja interrompida, o drogadicto será imediatamente preso.

O serviço fundamental de combate de drogas é o SERT "SERVIZI TOSSICODIPENDENZE". Em cada Unidade Sanitária existe um SERT.

O SERT compreende o seguinte:

a) Programas preventivos nas escolas;

b) Intervenção terapêutica: procura acionar todas as soluções mais apropriadas possíveis a resolução dos problemas dos drogadependentes;
c) O planejamento de Programas Terapêuticos para pessoas que foram julgadas por posse de drogas.

Neste trabalho selecionamos como exemplo a região de Veneto, situada ao noroeste da Itália, com 4.500.000 habitantes, por ser uma das primeiras regiões que implantou e efetivou o sistema de avaliação em programas de intervenção no âmbito das drogadependencias. Embora, Veneto não seja uma das regiões italianas mais afetadas por problemas de adição às drogas, sua administração tem alcançado um bom equilíbrio entre o desenvolvimento de programas de prevenção e os de intervenção assistencial.

2.9.3 Comitê regional e o sistema de avaliação de programas no âmbito das drogadependencias em Veneto

Compete às regiões enquanto órgãos intermediários assegurar o funcionamento dos SERTS "SERVIZI TOSSICODIPENDENZE".

Na administração existem dois departamentos mais interessados sobre o abuso de drogas sendo:

a) Dip. Sanitá (Departamento de Saúde);
b) Dip. Politiche Giovanili e Prevenzione (Políticas de Juventude e prevenção).

Quanto ao sistema de avaliação, a experiência do Conselho Regional de Veneto revela que normalmente contam com auxílio de pessoas pertencentes a agenciais especializadas.

No caso de programas experimentais, é necessária a realização de uma pesquisa junto aos profissionais, para conhecer como cada um realiza e avalia seu programa para isto é imprescindível contar com o apoio externo especializado visando assegurar aos profissionais meios de concluir a pesquisa, como também saber aceitar as complexas negociações que poderão surgir entre as diferentes instituições que estão envolvidas no tema.

2.9.4 Programas de prevenção e tratamento das drogadependencias e avaliação de novos projetos

2.9.4.1 Programa de sistema de informação regional sobre drogas

PROJETO A
DROGA EM VENETO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO REGIONAL "DIP. SANITÁ".

- **Descrição do projeto**

Atualmente todas as informações sobre drogas da região encontram-se nos seguintes bancos de dados:

1) O Instituto de Medicina Legal da Universidade de Padova; e no
2) Ministério do Interior "Forze di Polizia".

Estes dois sistemas da região estão estruturados e têm a responsabilidade de controlar a evolução:

- Do mercado das drogas;

- Do tipo de droga que está em circulação;
- Das mortes relacionadas (consumo e tráfico) com as drogas.

Além destes sistemas em Roma está centrado em outros dois sistemas de informação sobre drogas sendo no:

1) "Ministéro dell Interno" onde estão disponíveis as informações sobre a região e, em nível nacional, todos os dados territoriais (SERT), bem como aqueles das Comunidades Terapêuticas; e no
2) "Ministero de lla Sanitá" que concentra as informações referentes aos SERT, onde mensal e anualmente são oferecidos as informações estatísticas.

- **Projeto de Avaliação**

O sistema está estruturado através de projetos que tem como objetivos unir os diferentes bancos de informação configurando uma estrutura de sistema centralizado. Tal estrutura integra dois bancos de informação com uma Unidade de Gestão Geral inserida no Dip. Sanitá (Dip.de Saúde)de cada região.

O Banco de Informações Número 1 têm como objetivo proporcionar uma informação cruzada visando facilitar as constatações de controle médico-legal; melhorar a qualidade das informações produzidas atualmente.

O Banco de Informações Número 2 têm como objetivo manter sob controle as informações sobre prevenção, assistência e reabilitação.

As informações são cruzadas através do estabelecimento de: a) uma relação direta entre o banco de informações número 2, e as Unidades periféricas integradas por: SERTS, salas de Emergência nos hospitais das 7 cidades principais; b) outras conexões são realizadas mensalmente em: Divisões Médicas em hospitais e Clínicas Universitárias, Comunidades Terapêuticas e Prisões; e ainda trimestralmente em Municípios, "Proveditorati agli studi" (Conselhos escolares provinciais), Forças Armadas e Associações de Voluntários.

2.9.4.2 Programas de tratamento as drogadependencias

PROJETO B

"PROGETTO PILOTA - TOSSICODIPENDENZE" (COMUNIDADES TERAPEUTICAS) DIP. POLITICHE GIOVANILI E PREVENZIONE (Dep. de Política de Juventude e Prevenção)

- **Descrição do projeto**

As Comunidades Terapêuticas (CT) cresceram vertiginosamente na Itália no período entre 1983 e 1987.

Na região de Veneto existiam Seis Comunidades Terapêuticas Públicas e Cinqüenta privadas. Segundo o Conselho Regional neste período foram destinados 13.000.000.000 de libras para pagamento de tratamento dos drogadependentes assistidos nas Comunidades existentes dentro e fora da região e no Território Nacional.

- **Projeto de Avaliação**

Este projeto teve como objetivo avaliar os resultados obtidos nas Comunidades Terapêuticas (5) selecionadas que representavam as diferentes áreas sub-regionais, cuja atividade estava conectada com os serviços territoriais de Unidades Sanitárias. A avaliação compreendeu um estudo sobre (320) drogadependentes que foram assistidos no período entre 1984 a 1986. Foram elaborados três questionários de pesquisa e aplicados nos trabalhadores das CT sobre:

a) o drogadependente e sua família ao entrar na CT;
b) o drogadependente no momento de alta da CT;
c) seu seguimento após um ano de alta.

E um outro questionário perguntava sobre o seguimento de cada drogadependente, sendo este preenchido pelos médicos do SERT que realizavam seu acompanhamento.

2.9.4.3 Programas de prevenção às drogas na escola: projetos C, D, E e F

PROJETO C
S.P.S. STRATEGIA PREVENTIVA PER LA SCUOLA(DIP.POLITICHE GIOVANILI E PREVENZIONE)

- **Descrição do Projeto**

S.P.S. trata-se de um programa de prevenção as drogas para o último ano de escola primária e o primeiro ano da escola secundária (estudantes de 14-15 anos).

Este visa oferecer recursos para o indivíduo poder enfrentar-se com as drogas, bem como qualquer outra situação problemática em sua vida.

O SPS desenvolve atividades educativas através de médicos e professores sanitários/sociais. O programa tem uma duração de duas horas cada 15 dias, totalizando 8 meses.

Neste programa está incluído uma etapa de formação para os professores, os responsáveis pelos aspectos educativos junto aos estudantes, sendo eles supervisionados pelos profissionais do SERT.

A região de Veneto utilizou o **SPS** como uma experiência piloto de 3 anos em 14 das 36 Unidades Sanitárias da região, divulgando os resultados positivos para a população.

- **Projeto de Avaliação**

A avaliação foi realizada junto aos estudantes e professores, sendo pesquisado tanto o processo como a avaliação dos seus resultados.

Os **professores** responderam sobre:a atitude diante do programa; valorização dos recursos da classe; valorização subjetiva dos resultados e resultados alcançados.

Os **estudantes** responderam sobre: reações e satisfação; percepção pessoal dos resultados, percepção pessoal sobre o funcionamento do programa e atitudes diante das

substâncias.

Este foi um dos primeiros projetos que visou avaliar o resultado do programa de prevenção sobre drogas na Itália, utilizando a lógica da aprendizagem - habilidades - atitudes.

PROJETO D

"IL RAGAZZO COM LO ZIP" (O ziper está na cabeça não nas calças) DIP. POLITICHE GIOVANILI PREVENZIONE.

- **Descrição do Projeto**

"II ragazzo com lo zip" aborda diretamente o tema de uma história de drogas. Este programa é desenvolvido pelos professores e supervisionado pelo SERT.

A atividade didática se desenvolveu através de um moderno Conto de Fadas escrito em três volumes e um vídeo-clip com desenhos animados. Esta história oportuniza desenvolver trabalhos mediante jogos, pesquisa e discussão.

Os **objetivos didáticos** junto aos alunos foram os seguintes:

- Desenvolver os recursos criativos pessoais.
- Desenvolver a capacidade de realizar uma análise crítica das mensagens dos meios de comunicação.
- Proporcionar uma boa relação de pessoa com seu próprio corpo, enfatizando a questão do uso de substâncias perigosas.
- Estimular as atitudes voltadas à pesquisa
- Criar um sentido de tempo e de capacidade de trabalhar e lutar por seus projetos de vida e de saber esperar pelos resultados.

Este programa compreende um estudo das substâncias sendo que foi implantado em 15 Unidades Sanitárias da Região de Veneto em 1991.

- **Projeto de avaliação**

O objetivo de avaliação deste projeto foi para obter informações quanto: ao seu desenvolvimento e se proporcionou maior conhecimento e consciência pessoal dos estudantes a respeito das drogas; estudar medidas para serem aplicadas em outras Unidades Sanitárias.

Obter dos professores mediante um questionário opiniões sobre: atitudes e grau de aprovação do programa; avaliação do marco organizado, análise crítica dos instrumentos, dificuldades de colocar o programa em prática, quantidade de trabalho e resultados percebidos.

PROJETO E

"LA VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÁ DI PREVENZIONE DE LLE TOSSICODIPENDENZE NELLA SCUOLA" (DIP. POLITICHE GIOVANILI E PREVENZIONE)

- **Descrição do Projeto**

Após três anos de experiência os dois projetos de prevenção na escola (SPS e II

ragazzo com lo zip descritos anteriormente), foram colocados a disposição das Unidades Sanitárias, estando estas livres para adotarem um ou outro, ou ambos programas.

- **Projeto de Avaliação**

Este orientado no plano de avaliação dos programas anteriormente descritos.

PROJETO F
"PREVENZIONE DELLA TOSSICODIPENDENZE NELLA SCUOLA: IL REFERENTE ALLA SALUTE" (DIP. POLITICHE GIOVANILI E PREVENZIONE)

- **Descrição do Projeto**

O projeto atende a crescente popularidade da prevenção nos colégios, para isso foram estabelecidas algumas medidas que dizem respeito à prevenção de enfermidades transmissíveis, educação sexual, prevenção diante dos acidentes domésticos, prevenção diante das enfermidades laborais (para aqueles que começam a trabalhar aos terminar os estudos primários/ 1º grau), etc.

Para atender os programas de prevenção ao consumo de drogas algumas medidas foram estabelecidas já que eles ocorrem em instituições escolares de forma independente das desenvolvidas em instituições sanitárias. O projeto promoveu a seleção e formação de uma nova categoria profissional: O Especialista em Educação Sanitária (EES), trata-se de um professor que supervisionaria e organizaria as atividades sanitárias no interior do colégio. Este programa só foi desenvolvido durante um ano, dos três previstos, por problemas levantados pelo Ministério da Educação Pública quanto a competência dos EES. As regiões que haviam colocado em prática o projeto tiveram que abandonar todos os empreendimentos.

2.9.4.4 Programas anti-drogas na comunidade: projetos G, H e I

PROJETO G
"PROJETO PILOTA ALCOL" (DIP. POLITICHE GIOVANILI E LA PREVENZIONE

- **Descrição do Projeto**

Este projeto se refere a um plano de pesquisa para avaliação executada sobre os "CLUBS DEGLI ALCOLISTI IN TRATAMENTO "(CAT).

Os CAT têm adotado estratégias de terapia para o alcoolismo, principalmente, desenvolvidas no norte da Itália. Na região de Veneto em 1991, existiam 400 CAT . Eles surgiram a partir das primeiras experiências dos alcóolicos anônimos e sua filosofia desenvolveu-se a partir do conceito de auto-ajuda. A finalidade é de estender em redes primárias um comportamento sadio, não-alcóolico.

Os CAT, embora estejam ligados funcionalmente aos serviços públicos são independentes e pertencem a associações regionais (ARCAT). São grupos constituídos por alcoólatras e um ou mais membros de sua família (o máximo 12 famílias).

As atividades de cada CAT são supervisionadas por um médico (ou um ex-alcoólatra),

as reuniões são realizadas duas a três vezes por semana. O trabalho deles se desenvolve em torno do conceito de abstinência total de álcool sendo esta a prática do clube.

Os integrantes sejam eles alcoólatras, médicos e parentes têm que ser abstêmios.

- PROJETO H

"PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE TOSSICODIPENDENZE NELLA COMUNITÁ LOCALE" (DIP. POLITICHE GIOVANILI E PREVENZIONE)

- **Descrição do Projeto**

A ênfase é sobre a prevenção, mas este projeto também apresenta uma proposta alternativa, as comunidades terapêuticas residenciais de assistência.

O objetivo central do programa é enfoque ecológico como visão mais abrangente para observar a interação dos fatores que afetam a situação de malestar e o abuso de substâncias.

O programa funciona em três âmbitos: os drogadependentes, as famílias e o ambiente. O ambiente é o ponto alto do enfoque, ele procura manter o drogadependente no território. Este projeto foi inspirado na experiência dos CLUBS DEGLI ALCOLISTI IN TRATAMENTO/CAT.

O tratamento se desenvolve em três etapas:

- **Primeira etapa**: através do curso contra as drogas, dirigido as famílias e aos drogadependentes que espontaneamente queiram participar do tratamento. Podem assistir médicos e cidadãos interessados. Duração 2 meses com 3 reuniões semanais.

- **Segunda etapa**: freqüência intensiva no Hospital Dia. É paralelo ao curso contra as drogas. O Tratamento inclui educação sanitária, terapia musical e outras atividades de comunidades terapêuticas. Os drogadictos podem permanecer o tempo completo ou retornar semanalmente com suas famílias. O Hospital de reabilitação diária dá continuidade às atividades da etapa anterior. A duração é dois meses. A Comunidade Terapêutica de tempo integral é uma alternativa ao tratamento anterior e com a mesma duração.

- **Terceira etapa**: é a participação do Clube de Ecologia Familiar (CEF) que é o ponto símbolo do programa por ser um grupo de ajuda personalizada composta por 5 a 7 famílias (e drogadependentes) que se reúnem uma vez por semana sob a supervisão de um médico.

- **Projeto de avaliação**

Para os diferentes passos do projeto foram elaborados distintos questionários, sendo respondidos pelos drogadependentes, suas famílias e líderes de opinião de diferentes comunidades.

PROJETO I

"OPERATORI DI STRADA" (DIP. POLITICHE GIOVANILI E PREVENZIONE)

- **Descrição do Projeto**

Este projeto é desenvolvido pelo **Trabalhador de Rua** (T.R.), uma nova profissão surgida na Itália, com importância a partir do descobrimento do "**networking**" nas intervenções sociais, embora não seja nova no âmbito internacional (U.S.A., Reino Unido, Israel, etc.).

A importância deste profissional tem relação direta com a crescente complexibilidade do sistema italiano de assistência social onde os recursos são destinados através de uma imensa rede de agências institucionais e não-institucionais.

A função do "**network**" é de estabelecer laços de união em função dos recursos existentes entre distintas agências, associações voluntárias e, famílias de uma mesma vizinhança.

No âmbito das drogas "**networking**" tem como meta criar um sistema de relações primárias ao redor de um caso-problema mediante o desenvolvimento da amizade e promoção de alternativas de identidade de grupo. Para as atividades concretas de prevenção primária o "Networking" tem a função de estabelecer e criar canais (contatos) para a comunicação sobre comportamentos e atitudes sadias.

A região de Veneto se submeteu a um programa para a seleção e formação de novos profissionais como Trabalhadores de Rua (TR).

Inicialmente surgiram questionamentos quanto ao perfil deste profissional, como ocorreu na seleção de Especialistas em Educação Sanitária descrita no Projeto F.

Algumas metas foram estabelecidas para cada etapa do projeto, sendo planejado um PERT com o objetivo de controlar cada passo desde sua fase inicial.

- **Projeto de Avaliação**

Foi planejado um PERT com a meta de controlar cada passo do programa experimental, e através do processo Delphi ser realizado um estudo quanto os requisitos, a situação funcional institucional, os tipos de relações previstas com as agencias territoriais, os recursos e a organização de trabalho do trabalhador de rua, bem como a ocorrência na mudança de atitudes e do nível de conhecimento do profissional após um ano de implantação do programa.

A maioria dos programas tem um caráter experimental e o Conselho Regional exige uma avaliação para saber dos resultados, tanto bons, como insatisfatórios. Normalmente o período é de três anos para colocar em prática todas as experiências, caso forem positivas, o programa será implantado em todas as Unidades Sanitárias da Região.
(Silva, et al., 1994)

Legislação específica sobre drogas na Itália
(ver Quadro I)

2.10 Políticas de Combate às drogas na Espanha

Entre os países membros da União Européia, a Espanha tem demonstrado grande preocupação em relação ao fenômeno das drogadependências, pelo fato do elevado número de consumidores de drogas institucionalizadas, de uso lícito como álcool, tabaco e os psicofármacos produtos aceitos socialmente e parte da cultura do povo espanhol. O consumo crescente de drogas psicoativas "ilícitas" de forma abusiva, especialmente a heroina, a cocaína, os derivados da cannabis e outras drogas não institucionalizadas, que criam dependência, causam danos à saúde individual e coletiva e podem levar à incapacidade física, mental e laboral, são responsáveis por inúmeros problemas sociais -econômicos- educativos e psicoafetivos, entre as populações jovens.

A partir do inicio da década de oitenta o Governo Central, o Parlamento e os governos das 17 Comunidades Autônomas da Espanha têm demonstrado um maior nível de conscientização sobre o problema das drogas, considerado um fenômeno social epidêmico e tem direcionado todos os esforços à prevenção em drogadependências.

2.10.1 Legislação

Leis foram propostas e aprovadas em nível de Administração do Governo Central e dos Governos Autônomos e Local num âmbito de cooperação para viabilizar o Plano Nacional Sobre Drogas criado em 1985.

A **Legislação** que regula o fenômeno das drogadependências na Espanha esta especificada na Legislação Administrativa, no Código Penal e na Legislação Trabalhista

2.10.1.1 Legislação administrativa

♦ **Lei orgânica 1.1992, 21 de fevereiro sobre a proteção da segurança do cidadão.**

- Registra como infrações graves contra a segurança do cidadão:
  - "O consumo em lugares, vias, estabelecimentos ou transportes públicos".
  - "A tolerância do consumo ilegal ou tráfico de drogas tóxicas, entorpecentes ou substâncias psicotrópicas em locais ou estabelecimentos públicos, ou a falta de fiscalização para impedir os proprietários, administradores ou encarregados deles".
  - "A posse ilícita, ainda que não esteja destinado ao tráfico".
  - "O abandono em lugares, vias, estabelecimentos ou transportes públicos de utensílios ou instrumentos utilizados para seu consumo".

Estas infrações podem receber às seguintes sansões:

- Multa de 50.001 e 5.000.000 de pesetas.
- Apreensão de instrumentos ou de drogas tóxicas.
- Suspensão da autorização/licença de motorista até por três meses.
- Retirada da permissão ou licença de armas.

♦ **Real Decreto 75/1990, de 19 de janeiro, que regula o tratamento com opiáceos para pessoas dependentes deles.**

Motivado fundamentalmente pelo elevado crescimento da SIDA entre a população UDVP espanhola que de acordo com o próprio texto "obriga a reconsiderar alguns enfoques terapêuticos".

Este decreto regula os programas com o substantivo opiáceos, estabelecendo que tais fármacos só podem ser fornecidos por centros que gozem de direitos autorizados por órgãos competentes da Administração Sanitária de cada Comunidade Autônoma.

Para tal finalidade, somente de acordo com os seguintes critérios:

- A manutenção de um equilíbrio entre a demanda e a oferta deste tipo de serviço assistencial na área territorial correspondente.
- A prioridade para autorização de centros ou serviços sanitários de utilidade pública.
- A experiência no tratamento de toxicômanos de parte do Centro ou Serviço.
- A existência de adequação entre os recursos disponíveis e os objetivos propostos.

Esta autorização deverá ser renovada a cada dois anos.

♦Leis Autônomas de Drogadependência

♥ Em julho de 1985, o Parlamento Cataluña aprovou a Lei 20/85 de Prevenção e Assistência em matéria de Substâncias que podem gerar dependências (modificada posteriormente pela Lei 10/1991 de 10 de maio).

♥ Em novembro de 1988, o Parlamento Vasco aprovou a Lei 15/88 sobre Prevenção, Assistência e Reinserção em matéria de Drogadependências.

♥ Em março de 1994, as Cortes de Castilla e León, aprovaram a "Lei 3/94 de Prevenção, Assistência e Integração Social de Drogadependências de Castilha e León".

♥ Na Galícia - Decreto 113/1993, de 12 de maio, estabeleceu Normas de Proteção a Saúde da População referente à promoção, venda e consumo de produtos do Tabaco. Existe um Anteprojeto da Lei tramitando no Parlamento.

♦Leis para Desenvolver Programas de Prevenção de Drogadependências em Centros Educativos (PPD)

♥ Lei Orgânica da Reforma do Sistema Educacional (L'OGSE) artigo 59.1.

♥ Dezembro 1988 - Resolução da Direção Geral e Coordenação e Alta Supervisão do Ministério de Educação e Ciência. Convênio de Cooperação MEC e a Comunidade de Madri e a Câmara Municipal de Madri - Aprova a implantação e desenvolvimento de Programas para Prevenção de Drogadependência em Centros Educativos (PPD) - Boletim Oficial do Estado 28/12/88.

♥Abril de 1995 é firmado um acordo entre o Conselho de Educação e Cultura e a Comissão Mista do Programa de Prevenção de Drogadependência nos Centros Educativos da Comunidade de Madri para Solicitação de Auxílio (financeiro) a Projetos de Prevenção de Drogadependências em Centros Educativos". B.O.C.M. n.99 - 27/04/95

2.10.1.2 Código penal

O código penal nos seus artigos 344, 8, 9, 93 bis, 583, e 340 estabelecem as sanções aos principais delitos relacionados às drogas.

2.10.1.3 Legislação trabalhista

O Artigo 54 do Estatuto dos trabalhadores acolhe a possibilidade de despedir um trabalhador por "embriagues habitual ou toxicomania, caso ela repercuta negativamente no trabalho".

2.10.2 Normas sobre drogadependências

A estrutura do Plano Nacional Sobre Drogas parte do critério de integração das ações em matéria de repressão de tráfico e reduções de oferta, assistência aos toxicômanos, prevenção e orientação social, opina sobre atribuição concreta de funções assistenciais de Centros Comunitários de Atenção ao Alcoolismo/CC.AA. e divulga a existência na Administração do Estado, de Delegação do Governo para assumir o Plano Nacional sobre Drogas.

A Delegação do Governo para o Plano Nacional, atualmente se encontra no Ministério de Justiça e Interior, é presidida por um delegado do Governo para o Plano Nacional, com categoria de Secretário de Estado, e um Diretor Geral que coordena ações em matéria de prevenção, assistência e reintegração social e várias Subdireções Gerais. A Delegação não questiona diretamente centros e serviços finalistas, mas sim articula transferências e convocações de recurso/subvenções direcionadas respectivamente a CC.AA. e ONGs de âmbito estatal.

O Delegado coordena diretamente as atuações de repressão do tráfico ilícito e o funcionamento do Grupo Interministerial para o Plano, onde se encontram presentes todos os Ministérios com suas respectivas competências na matéria: Justiça Interior, Assuntos Internacionais, Economia e Fazenda, Educação e Ciência, Trabalho e Segurança Social, Presidência, Saúde e Consumo e Assuntos Sociais.

As CC.AA. tem no seu âmbito territorial Plano de Drogas que retratam a filosofia de ação integral e estrutura centrada na figura de um dirigente o de Diretor Geral dependendo do Conselho de Saúde e Integração Social exerce funções compatíveis com a de Direção Geral de Saúde e Assistência sobre a sua supervisão.

As características da rede assistencial é de uma articulação com uma série de centros públicos (com a própria Comunidade Autônoma, Corporações Locais) e privados (profissionais de ONGs como Cruz Vermelha e Proyecto Hombre) que recebem financiamento do próprio Plano Autônomo, e este por sua vez recebe do Estado, das Corporações Locais e das Contribuições Privadas. (Grupo Interdisciplinar sobre Drogas, 1995, p.47; Xunta de Galícia CPAD, 1995)

2.10.3 Plano Nacional sobre Drogas

Em 1985 o Governo espanhol aprovou e colocou em ação o Plano Nacional Sobre Drogas com o objetivo de coordenar esforços e racionalizar ações institucionais diante do fenômeno das drogadependencias.

O referido Plano estabeleceu critérios gerais de como devem ser as estratégias de intervenção mais adequadas para atingir as metas previstas, sendo através das seguintes ações.

2.10.3.1 Prevenção

- Voltada para o controle e redução de oferta de drogas tanto institucionalizada como não institucionalizada.

2.10.3.2 Assistência e reintegração

- Agilização de recursos da rede pública, possibilitando uma disponibilidade diversificada que permite uma intervenção individualizada.
- Incorporação social laboral daqueles que se encontram mergulhados na droga num processo de abandono.

2.10.3.3 Coordenação

- Entre as Administrações Públicas (estatais, autônomas e locais) que intervem no plano.
- Cooperação com as organizações não governamentais (ONGs).
- Cooperação Internacional.

2.10.3.4 Formação, documentação e investigação

- Desenvolvimento de cursos e seminários direcionados aos diversos coletivos.
- Consolidações do SEIT (Sistema Estatal de Informação em Toxicomanias)

2.10.4 Planos Autônomos

Cada Comunidade Autônoma coloca em andamento seu próprio Plano Autônomo de Drogadependências, articulando-o com as diretrizes gerais do PNSD com as peculiaridades específicas de sua realidade.

Estes Planos são em cada Comunidade (CA) o referencial institucional de intervenção, considerado para efetivar a prevenção, a assistência e reintegração das drogadependências.

Estes distintos Planos Autônomos estão representados no PNSD, através da Conferência Setorial e Comissão Técnica Interautônomas.

2.10.5 Planos Municipais

- ♥ Distintos Conselhos colocaram em andamento um Plano Municipal de Drogadependências que com alguma denominação tem procurado concentrar recursos, esforços locais conducentes a estimular algum tipo de estratégia coerente de intervenção diante do tema.

- ♥ Em alguns casos se trata de planos específicos de prevenção, já em outros planos distintas vertentes de intervenção em drogadependências são incorporadas. Mas todas elas têm em comum, de uma maneira ou outra

estratégia para envolver a comunidade local nas ações diante das inúmeras dimensões do fenômeno "droga"(EdexKolektiboa,Melero,Xunta de Galicia, 1993).

2.10.6 Programa de prevenção de drogadependencias no contexto escolar do Ministério da Educação e Ciência

A implantação do programa faz parte de uma série de medidas e estratégias empreendidas pelo MEC para introduzir a "Educação para a Saúde na Escola", seguindo as recomendações dos organismos nacionais e internacionais competentes no tema drogas, para empreender as metas de uma política global de prevenção a partir de necessidade do sistema educacional, diretrizes, acordos e prioridades levantados no Plano Nacional sobre Drogas.

O Plano Nacional Sobre Drogas em seus critérios gerais de Prevenção, estabelece que a ação deve se desenvolver voltada para uma política integral de educação para a saúde e bem estar.

Enquanto que as ações direcionadas para a redução do consumo indicam:

> *"As atividades prioritárias a desenvolver se centram na* ***Educação para a Saúde*** *no ambiente escolar; a* ***promoção do bem estar*** *da população jovem e a* ***participação dos agentes sociais,*** *centrados num marco de coordenação entre os serviços escolares, sociais e de saúde... Artigo 59.1 da Lei Orgânica da Reforma do Sistema Educacional (L'OGSE).*
>
> *A educação sobre drogas nos centros escolares deve engajar-se na educação para a saúde e à educação integral que a escola deve oferecer. Seu desenvolvimento é de competência do próprio educador assessorado por especialistas quando seja necessário".* (PNSD, 1985).

O Ministério da Educação estabeleceu como meta prioritária inicialmente abordar a prevenção das drogadependências no contexto educacional, através de um plano de ação estabelecido para o período 1985 - 1986 através das seguintes ações:

- ♥ Cursos de formação de professores e APAS (Associações de Pais e Alunos) em prevenção de drogadependências.
- ♥ Inclusão de temas transversais, os específicos de Educação para a Saúde no currículo de ensino não universitário.

No período de junho a dezembro de 1986, de acordo com o plano de atividades de formação de professores em prevenções de drogadependências foram realizados os primeiros cursos de formação específica.

O Ministério da Educação, em setembro de 1987, põe em execução uma "experiência piloto de prevenção de drogadependência no contexto escolar" o programa de formação de professores.

O **objetivo geral** do programa foi de, inicialmente, formar um grupo de professores no tema específico de prevenção de drogadependências com finalidades de serem os

intermediários de sensibilização e formação mais geral direcionada aos diferentes setores da comunidade Educacional.

O programa de prevenção a drogadependências se inseriu dentro dos Programas Especiais de Formação de professores e assim emerge no Plano Marco de Formação Permanente de Professores junto, com outros programas com características comum radica na "**sua transversalidade curricular**". A problemática a ser abordada visou introduzir na aula elementos novos que vão mais além da tradicional divisão acadêmica de conhecimentos, podendo constituir-se numa linha transversal de caráter **interdisciplinar**. O objetivo deste programa foi inicialmente de sensibilizar os professores para determinados temas desencadeando **uma mudança de atitudes** no desempenho docente diário, nos centros de ensino e em suas aulas. Tal mudança de atitudes "incidem em aspectos que atendem interesses culturais e sociais específicos do período histórico" (MEC, 1989).

2.10.6.1 Marco teórico de referência do Programa de Drogadependência

O Programa de prevenção a drogadependências no ambiente escolar descrito anteriormente esta embasado em inúmeros princípios que partem de um consenso de recomendações, sugestões de especialistas e de organismos nacionais e internacionais competentes no tema, a partir das experiências realizadas e acumuladas de programas educacionais e de prevenção e dos que estão sendo realizados na Espanha e em outros países de referência, de pesquisas recentes sobre a problemática do consumo de drogas e o caráter preventivo da educação.

Neste marco teórico se destaca:

- Um enfoque psico-social do fenômeno das drogadependências.
- Uma estratégia preventiva sustentada na educação para a saúde e na participação sócio-comunitária.
- Um modelo educativo centrado na escola.

2.10.6.2 Avaliação do Programa

Ao longo dos anos de operacionalização do programa de Prevenção de Drogadependências no Contexto Escolar implantado pelo MEC no território Espanhol, foram acumuladas experiências, revelando maior sensibilização e engajamento de novos professores. Considerando os objetivos gerais do programa, que é de formar professores que sirvam de mediadores de uma formação mais generalizada e estejam habilitados a iniciar ações de prevenção no ambiente escolar, esta revelou o alcance das metas e grandes conquistas: o crescente número de Comunidades Educacionais em todas as províncias que estão engajadas em ações de prevenção; ter cerceado e reconduzido certas iniciativas contra preventivas que eram realizadas no ambiente escolar (por pessoas alheias), melhor conhecimento da realidade e consciência das dificuldades de trabalhar prevenção de drogadependências; revelou a necessidade de aprofundar/ampliar a formação dos professores para poderem melhor orientar os pais e mães, agentes sociais, educadores, possibilitando uma ampla formação em educação para a saúde Na avaliação outros aspectos foram identificados que devem ser observados tais como:

- Desenvolvimento curricular;
- Trabalhos interdisciplinares em projetos de Centro;
- Metodologia para coordenação de grupos de trabalho;
- Metodologia de trabalhos com pais;

- Metodologia para trabalhar o tema das atitudes, valores, hábitos e comportamentos em relação á saúde;
- Utilização, experimentação e criatividade na elaboração de materiais didáticos;
- Maior percepção da grave problemática social, o fenômeno das drogadependências;
- A população escolar apresenta elevado consumo de drogas legais: tabaco, álcool e medicamentos.

2.10.7 Políticas de Combate às drogas em distintas regiões da Espanha

REGIÃOS VISITADAS PARA COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DE DROGADEPENDENCIA E ENTREVISTAS REALIZADAS COM AUTORIDADES LOCAIS

♦ **Madri** - Programa de prevenção de drogadependências em Centros de Ensino de Comunidades de Madri (PPD) - prevenção no contexto escolar - no marco "Educação para a Saúde" - concepção de educação integral - BOE n.º 311 28/12.1988.

♦ **Barcelona/Cataluña** - Programa de prevenção de drogadependências em Centros de Ensino - Educação primária e secundária - prevenção no contexto Escolar - Programas de Educação para a Saúde na Escola, 1991.

♦ **Granada/Andaluzia** - Programa de prevenção de drogadependências em Centros de Ensino - Prevenção no Contexto Escolar - "Programas de Educação para a Saúde na Escola", 1989.

♦ **Sevilha/Andaluzia** - Programa de prevenção de drogadependências em Centros de Ensino - Prevenção no Contexto Escolar - "Programas de Educação para a Saúde na Escola", 1989.

♦ **Santiago de Compostela/Galícia** - Programa de prevenção de drogadependências em Centros de Ensino - Prevenção no Contexto Escolar - "Programas de Educação para a Saúde na Escola", 1991.

♦ **Bilbao/País Vasco** - Programa de prevenção de drogadependências - "OSASUNKUME" - "A Aventura da Vida" prevenção no contexto Comunidade Escolar - programa "Educação para a saúde" - Lei Vasca 7/1982 (30- 6 artigo v. de Saúde escolar).

2.10.7.1 "Comunidad Autonoma de Madrid"- C A M: Plano Municipal Antidrogas: Programa de Prevenção, Programas em diversas áreas desenvolvidos pelo Plano Autônomo sobre Drogadependência

2.10.7.1.1 Plano Municipal contra as drogas do "Ayuntamiento de Madrid "

♠ **Programas de Prevenção de Drogadependencia (P.P.D.) na Escola.**

O programa está voltado para prevenção no âmbito escolar Ensino Primário e Secundário incluso no slogan "**Educação para a Saúde**" compreendida como educação integrada.

PPD (1988. p.4) "la escuela, como lugar privilegiado para la formación y desarrollo de la personalidad, debe asumir la prevención de las drogodependencias y su función de educar para la salud en cada una de las etapas formativas".

O programa Prevenção Drogadependência tem caráter interinstitucional, são integrantes o Ministério da Educação e da Ciência; 2) a Comunidade de Madrid e 3) o "Ayuntamiento" da Região. Através de um projeto revisado anualmente ocorre a colaboração entre o Programa P.D. e os diferentes Ayuntamientos (Câmara Municipal) da Região.(Dr. Juan Manuel Camacho Grande- chefe da Sección de Prevención Departamiento del Plan Municipal contra las Drogas, Dr.Emiliano Martin Gonzáles, Diretor Plan Municipal contra las Drogas do Ayuntamiento de Madrid ,1995; Prof. Dr. José Santacreu Mas , Sub-director General de Información , Investigación y Avaliación do Plan Nacional sobre Drogas, Universidad Autônoma de Madrid- Facultad de Psicologia/Dep. Psicologia Biológica y de la Salud, Madrid,oct/1995.)

O objetivo da Colaboração interinstitucional é de coordenar esforços e recursos conducentes à eficiência de gestão do Programa e favorecer a participação e coordenação de seus diferentes agentes e mediadores sócio educativos.

Através da Gerência do Programa as instituições participantes reúnem seus esforços voltados para Prevenção das Drogadependencias.

Em 1988 é firmado convênio entre os Ministério da Educação, a Comunidade de Madrid e o Ayuntamiento de Madrid (B.O.E.n.º 311, 28.12.88). Definido três (3) etapas bem diferenciados do plano estratégico.

- **A Primeira Etapa**: Fase inicial do desenvolvimento do Programa.
- **Segunda Etapa**: Consenso e revisão do Programa.
- **Terceira Etapa**: Consolidação do Programa.

Linhas Gerais do PPD

♥ Compreende a prevenção como um processo educativo que implica continuidade, avaliação dos resultados e formulação de novos objetivos a partir dos resultados obtidos;

♥ A saúde é vista a partir de uma perspectiva ampla e multidimensional: promoção da saúde física, psíquica e social das pessoas;

♥ A prevenção deve estar em consonância com o desenvolvimento das capacidades positivas para a vida, conducente a desenvolver habilidades e destreza para tomar decisões, assumir compromissos, reforçar a auto-estima, fazer amizades, ter amigos e amigas, pedir ajuda, atuar em equipe, integrar-se a projetos, participar de atividades tanto a nível individual como grupal, incorporando sua dimensão coletiva na proposta social.

A prevenção dos drogadependentes, enquanto processo educativo, é responsabilidade social e comunitária e tem na escola o lugar apropriado para desenvolver os programas de prevenção e formas de intervenção com envolvimento no âmbito familiar e comunitário**.**

Objetivos do PPD:

- Incidir nas atitudes, hábitos e comportamentos da comunidade educativa (alunos (as), mães, pais, professores) diante do consumo de drogas (reduzir a quantidade de número de pessoas).

- Retardar a idade de inicio de consumo de drogas entre a população escolar da Comunidade de Madrid em especial em consumo de **Tabaco** e **Álcool**.

- Generalizar a prevenção de drogadependências em todas os centros educativos da Comunidade de Madrid envolvendo os agentes sociais que estão no meio destes, para que desenvolvam projetos de prevenção no marco da educação para a saúde.

- Estimular a participação de professores na elaboração de projetos de prevenção, assim como no envolvimento e desenvolvimento em conjunto com a comunidade educativa.

- Normalizar a prevenção a drogadependências proporcionando a sua integração no Currículo educativo e nas atividades habituais dos centros e no seu âmbito comunitário.

- Impulsionar abertura e a receptividade dos Centros Educativos, frente às atividades comunitárias, para estabelecer uma melhor relação entre centros educativos e a comunidade.

- Facilitar alternativas a uma participação social e a ocupação do tempo livre de alunos e alunas e demais membros da comunidade educativa, estimulando seu potencial e utilização de capacidades positivas e hábitos saudáveis para a vida.

- Envolver gradualmente os "ayuntamientos" no desenvolvimento de uma dimensão Comunitária do Programa.

O **PPD** se **Destina**/ A Quem se dirige

- A Comunidade educativa e aos Centros que tem um projeto de prevenção a drogadependencias.

O acesso ao Programa é através de uma **Convocatória Anual** (7/ abril/95 até 27/ maio/95) para os Centros Públicos. A Convocatória torna-se pública no último trimestre de cada curso escolar e apresenta os projetos que serão desenvolvidos no seguinte/próximo curso escolar, sendo estes publicado no Boletim Oficial da Comunidade de Madrid.(Concha Fernandez Iglesias, Programa de Prevención de Drogodependencias em Centros Educativos de la Comunidad de Madrid, 1995)

- A centros educacionais que se incorporam ao PPD durante dois cursos escolares consecutivos: o 1º) Curso é destinado à formação de agentes e a concretização do projeto; 2º) é a operacionalização do projeto.

A população alvo de ambos os cursos do PPD são os seguintes: os professores de centros educativos; as mães e os pais; os alunos (as) do Ensino Primário e Secundário.Eles são

alvo de todas as atividades promovidas neste.A meta do Programa é que eles sejam os mediadores de novas atividades e investigações.

Existem outros mediadores sociais que fazem parte do ambiente do Centro Educativo são: agentes de associações e coletivos da zona, pessoal técnico municipal, representante da juventude, animadores sócio-culturais.

O PPD tem um planejamento estratégico de longo prazo até ano 2000, a partir de um plano operativo de atuação para cada curso. Tal plano operativo estabelece os canais de comunicação dentro do PPD, dos foros de intercâmbio e reuniões de todos agentes participantes.

Serviços que oferece o PPD- 1)Informação, 2) Formação, 3)Apoio técnico aos Centros incorporados ou PPD, 4)Publicações e materiais.

Os Ayuntamientos (Câmara Municipal) promotores de incorporações ao PPD dos Centros Educativos de cada município e todos aqueles participantes tem papel chave no desenvolvimento de aplicação do Programa.

Publicações e materiais Boletim informativo "*Escuela y Salud*", Boletim e Caderno com objetivo de informação e sensibilidade, distribuído para todos os Centros Educativos Públicos da Região, instituições vinculadas ao PPD, Câmara Municipal "Ayuntamiento" e outras entidades e organismos, "*Caderno Escola e Saúde n.º 1*'',uma orientação para o plano da atuação preventiva de drogas nos Centros Educacionais; "*A Tu Salud Normal''*, manual de prevenção, orientação e aplicação prática para os "Centros Educativos de la Comunidad de Madrid".

♠ Programa Municipal de Prevenção de Alcoolismo Juvenil

A preocupação sobre os efeitos do álcool na população juvenil é resultado de alguns estudos realizados na década de oitenta, sobre o surgimento de novos comportamentos "padrões de consumo de bebida alcoólicas" observados em agrupamentos de jovens espanhóis. Com o surgimento de um "modelo consumista", significativamente diferenciado do "Modelo Tradicional" e "Gastronômico", o álcool passou a fazer parte da cultura da juventude como eixo de socialização. Os encontros sociais festas, jogos, lazer, tempo livre, ócio especialmente fins de semana, final de tarde e a noite, a relação grupal se estabelece em torno do ritual do consumo compulsivo de bebida alcóolica e, freqüentemente, resulta em estados de embriaguês.(Dr. Camacho Grande, 1995)

- **Justificativas do Programa**

Os resultados sobre o consumo de álcool em nível nacional e local, distritos de Madri, revelam uma redução da idade de inicio em torno dos 12,6 anos; falência, rompimento do modelo tradicional de consumo, substituído pelo "consumista"; a associação deste modelo de consumo com determinados comportamentos de risco (conduzir automóveis, no meio escolar e trabalho) e finalmente a correlação do consumo de álcool com o acesso a outras drogas de uso ilegal, justificam o programa.

O alcoolismo na juventude passou a ser considerado um novo problema deste final de século não só há óptica dos pais, educadores, agentes sociais e institucionais, como também dos dirigentes de Administrações Públicas e dos meios de comunicação, não somente pelas

sérias repercussões negativas sobre a saúde individual destes consumidores, mas também pela repercussão na saúde pública do país.

Diante da realidade considerada alarmante e suficiente para mobilizar todas as instituições e cidadãos conscientes e responsáveis pelo futuro da sociedade, propõe-se a urgência de uma política eficaz de prevenção pela dupla justificativa: por uma parte, fazer frente, resistir os efeitos da oferta desenfreada de álcool aos mais jovens e a expansão desta cultura juvenil de consumo de bebidas alcoólicas em alta; por outra, interceptar o espiral de consumo e evitar a progressão diante de outras substâncias ilícitas.

A importância de colocar em andamento um **Programa Municipal de Prevenção do Alcoolismo Juvenil**, com uma diversidade de estratégias preventivas, para possibilitar uma avaliação de todas as ações desenvolvidas, e para servir de referência a futuras intervenções dentro e fora do Município de Madri.

- **Características Gerais do Programa**

- **Critérios gerais de atuação**

1. Um programa integral e comunitário.

Regido por um princípio básico de "integração" em relação as suas:

- estratégias de intervenção (ações divulgativas, informativas, educativas e participativas);
- dimensões de intervenções, pela multiplicidade de fatores que incidem nesta problemática em diferentes áreas municipais, envolvendo representantes das seguintes áreas: Serviços Sociais; Saúde Pública; Educação, Juventude e Desportes; Segurança e Polícia Municipal.

2. Participação social.

Um projeto que contempla a participação de sociedade civil partindo de coletivos e organizações de cidadãos e de colaboração de outras instituições públicas e privadas.

3. Uma prevenção global

Um programa direcionado especialmente a problemática de alcoolismo juvenil, mas que seus objetivos e ações impulsionaram e sustentam demais problemas tanto no âmbito escolar como comunitário que o "Ayuntamiento de Madrid" desenvolve através do Plano Municipal contra as Drogas.

4. Uma prevenção contínua do programa

Previsão de tempo de duração será de um ano (início de 1994) exceto o subprograma educativo, ajustado de acordo com necessidade de curso escolar; mas a meta fundamental, que, a partir da incorporação de seus objetivos e estratégias de prevenção pelos serviços municipais, torna-se permanente.

5. Detecção precoce do problema

Um programa de Prevenção Primária, mas com suas ações orientadas atentamente a detecção precoce e encaminhamento a centros assistenciais municipais (Centro de Prevenção de Alcoolismo e C.A.D.S.).

- **População alvo**

O programa está direcionado especialmente a três grupos de população:

a) Adolescentes e jovens de 13 a 19 anos, especialmente os escolarizados do ciclo superior de E.G.B., B.V.P., F.P. e C.O.U;
b) "Mediadores Sociais" tais como pais de alunos e professores; lideres da juventude; profissionais educadores, de serviços de saúde e sociais; Polícia Municipal; distribuidores e vendedores de álcool e professores (instrutores) de auto-escolas.
c) Conjunto da população Madrilena.

- **Objetivos Gerais do Programa**

1. Retardar a idade de início do consumo de álcool.

2. Instrumentalizar os adolescentes e jovens de conhecimentos e competências necessárias para enfrentar a pressão da oferta de álcool.

3. Potencializar alternativas ambientais ao consumo de álcool em adolescentes e jovens.

4. Restringir a disponibilidade de bebidas alcóolicas para os adolescentes e jovens.

- **Estratégias de intervenção: subprogramas**

O programa geral está estruturado em três grandes subprogramas (Figura 1) conducentes ao alcance de objetivos comuns, mas, com referências a alguns objetivos específicos e estratégicos adequados aos três grupos da população a seguir.

1. **"Subprograma de Informação e sensibilização direcionada a população geral do Município de Madrid":** Informação a todos os Madrilenos.

2. **"Subprograma Educativo"**: A prevenção escolar envolve todos os membros da Comunidade escolar (alunos, pais, professores e mediadores sociais).

3. "**Subprograma de Limitação de Oferta**": Para reduzir a acessibilidade do álcool. Ver Figura 1 que sintetiza o "Programa Municipal de Prevenção do Alcoolismo Juvenil".

Para cada subprograma estão descritos aspetos relacionados a sua população alvo, seus objetivos gerais e específicos, sua metodologia, cronograma de ação, os recursos humanos, materiais e econômicos necessários, bem como o processo de avaliação dos resultados alcançados. Para avaliá-lo, foram utilizados instrumentos, ou seja, um Modelo de Registros sistemáticos das atividades, das informações obtidas ao longo de sua execução que permitiram medir o grau de execução, de alcance dos objetivos, de conhecimentos adquiridos e atitudes esperado ao longo do seu desenvolvimento.

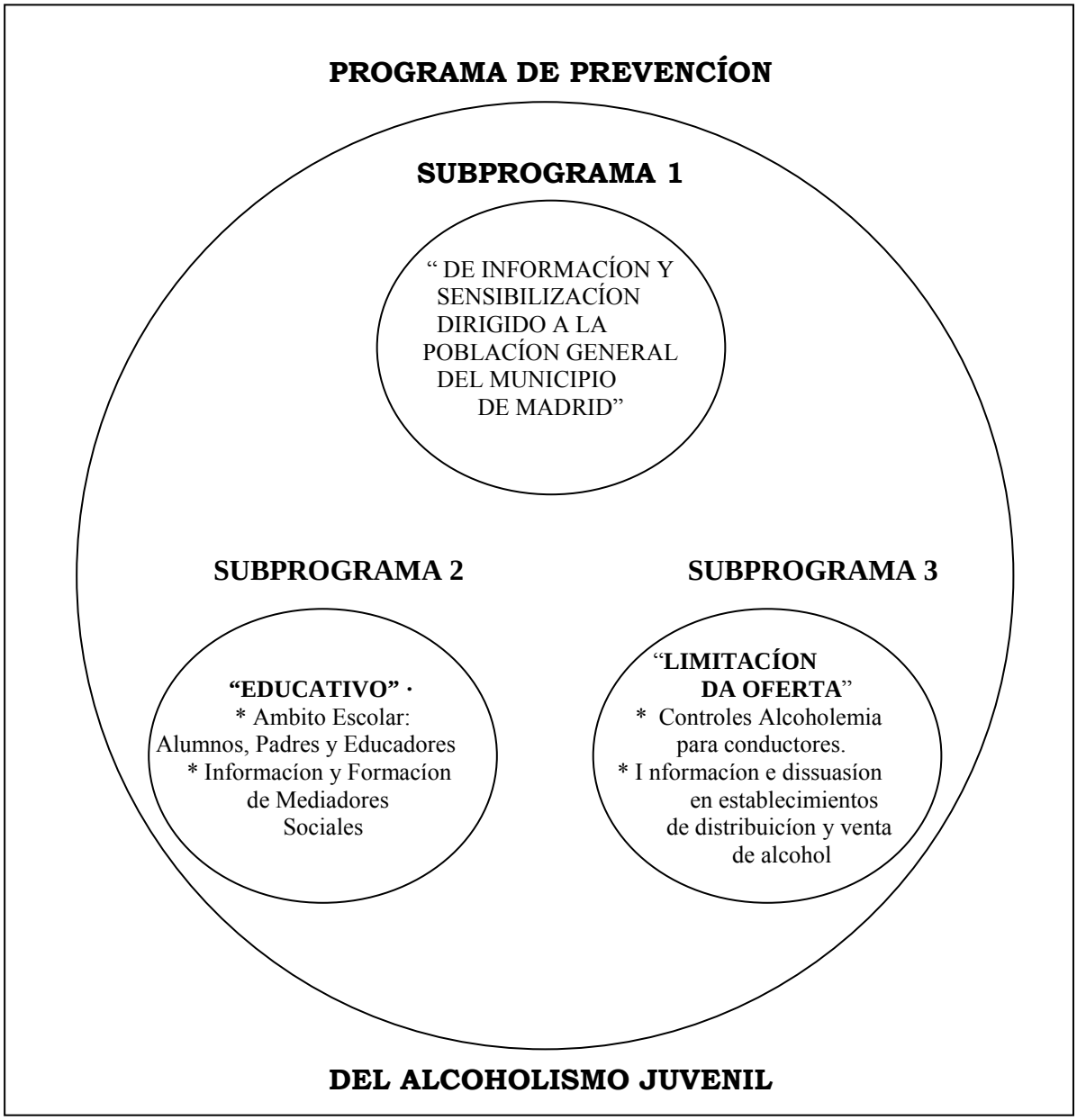

FIGURA 1 - Programa Municipal de Prevencíon del Alcoholismo Juvenil del Ayuntamiento de Madrid, 1994.

♣ **O subprograma educativo** - Merece destaque especial por envolver a comunidade escolar e mediadores (agentes) sociais, será apresentado como uma referência ao planejamento de iniciativas de prevenção ao alcoolismo na juventude brasileira, nível regional e local.

♣ **Subprograma Educativo**

Está voltado para a comunidade escolar tem características próprias, por considerar aspectos importantes tais como:

1. A alta concentração de população de adolescentes e pré-adolescentes consideradas de risco de acordo com as atuais pesquisas epidemiológicas.

2. Ser um contexto homogêneo, delimitado, estável e favorável a realização de trabalhos preventivos contínuo e possível avaliação.
3. Concentra esforços de agentes, mediadores sociais que participam dos processos educativos amplo, ou seja, pais, professores, alunos agentes comunitários que trabalham ou desenvolvam atividades nas áreas das mediações da localização da escola.

A Câmara Municipal "Ayuntamiento'' de Madrid vem desenvolvendo distintas atividades de prevenção através de programas de prevenção de drogadependências em colaboração com o Ministério da Educação e Ciência e Comunidade de Madri e Convênios com a Fundação de Ajuda Contra a Drogadição (F.A.D.) e outras programações de saúde, sociais, desportivas, culturais em colaboração com distintas instituições públicas e privadas. Os programas são inscritos no Plano Municipal de Combate as Drogas e as ações do Plano Municipal de Prevenção ao Alcoolismo Juvenil têm sustentação nos programas já existentes em matéria de aproveitamento de recursos humanos, materiais e econômicos.(Dr. Camacho Grande, Plan Municipal contra las Drogas de Madrid,1995)

- **População alvo**

O subprograma está destinado a dois grandes grupos:

1) **A Comunidade escolar:**

- A alunos do ciclo superior de E.G.B., B.V.P., F.P. e C.O.U. das escolas alvo;
- Professores das escolas ou centros;
- Pais através da A.P.A.S. correspondentes e das grandes Confederações de Pais de Alunos.

2) **Outros Mediadores (agentes) sociais** priorizados.

- Associação Juvenil (Conselho de Juventude de Madrid e Caritas Juvenil).
- Profissionais de saúde, sociais, desportivos e culturais.
- Policiais Municipais.
- Distribuidores e Vendedores de bebidas alcoólicas.
- Professores (Instrutores) de Auto-escolas.

- **Objetivos gerais:**

1. Adquirir conhecimentos e modificar atitudes crenças e estereótipos sobre o consumo de álcool, seus modelos de uso e suas conseqüências.
2. Incidir sobre consumo de bebidas alcoólicas dos jovens nos fins de semana modificando seus hábitos, reduzindo suas ingestas e abordando precocemente as problemáticas resultantes.

- **Objetivos específicos:**

I - Ao alcançar com os alunos

1. a) Aumentar o nível de conhecimento sobre o álcool bem como dos riscos advindos de seu consumo.
1. b) Reconhecer a influência da publicidade no início e manutenção do consumo de álcool.

1. c) Promover o desenvolvimento de atividades e crenças consistentes com a ausência de consumo.

2. a) Identificar os fatores e situações que influem no início de consumo de álcool e prover os jovens de habilidades necessárias para resistir à pressão grupal direta diante do beber excessivo.

2. b) Incrementar as oportunidades de ócio e tempo livre nos fins de semana como alternativas anticonsumo de álcool.

2. c) Reduzir a incidência do consumo de álcool entre os jovens e as conseqüências sociais e de saúde.

II - Alcançar com os pais, professores e outros mediadores sociais

1. a) Formar os mediadores sociais para aprofundar seus conhecimentos sobre o alcoolismo juvenil e suas conseqüências pessoais, familiares e sociais.

1. b) Reduzir as atitudes e práticas tolerantes diante do consumo de álcool em menores da parte dos pais e educadores e promover atitudes de rechaço ao uso.

1. c) Compreender e assumir o papel de modelo educativo, enquanto adulto, diante de menores desde o início e manutenção das condutas de consumo.

2. a) Promover a participação e envolvimento dos mediadores sociais no subprograma educativo e no contexto escolar e comunitário.

2. b) Capacitar os mediadores sociais para identificar e abordar as conseqüências do consumo de álcool entre os jovens.

2. c) Organizar no meio familiar, escolar e Comunitário atividades recreativas, desportivas, culturais, para manter os jovens ocupados no ócio.

A avaliação dos resultados da intervenção com alunos dos centros escolares que vem participando desde 1988 no Programa de prevenção de Drogas em Centros Escolares (M.E.C. / C.A.M. / A.Y.T.O. de Madrid) são os centros que estão desenvolvendo atualmente um programa de intervenção.

♣ Subprograma de Limitação Da Oferta

Para redução de disponibilidade do álcool.

- **População Alvo**:

O subprograma está destinado a dois grandes grupos, que são:

1) **Grupo de adolescentes e jovens** potencialmente usuários de bebidas alcoólicas.

2) **Outros grupos mediadores,** especialmente:
   - Polícia Municipal
   - Vendedores e distribuidores de bebidas alcoólicas

- **Objetivos Gerais**

1. Fomentar estratégias para reduzir o acesso dos jovens ao álcool através de pontos habituais de comercialização agindo sobre a responsabilidade na prevenção dos distribuidores.

2. Diminuir os riscos de sinistros/acidentes na condução de veículos por causa do consumo de álcool na população jovem.

- **Objetivos específicos:**

1. a. Contribuir ao comprimento das normas existentes sobre distribuição/ venda de álcool a menores.

1. b. Reforçar o controle em estabelecimento de consumo.

2. a. Reforçar as ações aplicadas em matéria de controle de alcoolemia desenvolvendo habilidades para identificar e tratar as conseqüências do beber excessivo na condução de veículos.

2. b. Dimensionar as atuações de controle relacionadas com demais iniciativas informativas e educativas que se juntam ao programa. (Camacho et al. Plan Municipal Contra Drogas Ayuntamiento de Madrid, 1994, 1995).

2.10.7.1.2 Plano sobre drogadependencia C.A.M.: Programas e Desenvolvimento de Atividades em diversas àreas

O desenvolvimento de atividades de inúmeros programas nas áreas de prevenção, intervenção assistencial, intervenções preventivo - assistenciais junto a populações com problemas jurídico-penais, na de incorporação social e laboral (trabalho), e na área de formação de profissionais e mediadores sociais, na de estudos e pesquisas, publicações e ainda na área de coordenações institucional que configuram o Plano Sobre Drogadependencias da Comunidade Autônoma de Madri estão divulgados na Memória /93, relatório anual Plano Nacional Sobre Drogas (PNSD,1994).

Na referida publicação se destacam a ampliação dos programas de redução de danos do consumo de drogas, a continuidade e desenvolvimento destes programas e, da obtenção e início do programa de Metabús e de adaptação de Centros de Dia, para o seu funcionamento como centros livres de drogas (atuação com experiência) e, também, como centros prescritores e suspensores de metadona. Os dados revelam que em 1993 foram desenvolvidos junto aos pacientes de SIDA/AIDS através dos Centros de Dia de Tetuan e San Blas, um programa de metadona.

Atendendo as prioridades estabelecidas na Conferencia Setorial deram continuidade aos programas de prevenção no âmbito de trabalho, destacam a realização da Jornada Internacional de Prevenção sobre drogas no Âmbito Laboral, a edição e divulgação de um Boletim periódico de sensibilização e informação no marco do Programa de Prevenção de Drogas no Âmbito Laboral/Trabalho.

Destacam outras publicações como o **Guia de Atuação para prevenção do consumo de drogas** realizadas através de convênio com a Universidade Autônoma de Madri e, o estudo sobre **O consumo juvenil de bebidas alcoólicas na Comunidade Autônoma de Madri**, pesquisa realizada com a colaboração do Instituto de Saúde Carlos III.

Outras atividades de prevenção são destacadas como o início de trabalhos junto as Associações de Emigrantes e Associações Ciganas.

Em relação às atividades desenvolvidas no programa de reinserção social foi criada uma nova oficina/escola de Formação Profissional Ocupacional no Centro Dia de San Blas, que desenvolve o curso de restauração artística e encadernação artesanal para ex-drogadependente. Também a realização de convênios de intercâmbio com "o Instituto Madrileño para la Formacíon (IMAF)" e do início de coordenação com o "Instituto para las Programaciones de Formacíon de los Talleres".

Destacam dados referentes à formação e avaliação, através de publicações consideradas relevantes como **La Guia Jurídica, destinada aos profissionais dos Centros Assistenciais e La estimacíon de la prevalencia de la adiccíon a la heroína en la Comunidade de Madrid.**

As atividades destacadas em cada área são a seguir apresentadas.

♥ Área de Prevenção

Nesta área os programas de prevenção drogadependencia foram desenvolvidos junto à população em geral, famílias, crianças jovens de risco, professores, delegados sindicais, trabalhadores e soldados. Estes estiveram voltados para a prevenção as drogas no âmbito comunitário, escolar, laboral/trabalho outros âmbitos como militar.

♥ Área de Intervenção Assistencial

Os programas foram operacionalizados através de atividades junto a usuários de drogas assistidos em Centros Ambulatoriais, Unidades Hospitalares de Desintoxicação e Centros Diurnos Terapêuticos, Comunidades Terapêuticas, Centros com programas de prescrição e ou suspensão de opiáceos.

Os programas de redução de danos/seqüelas foram operacionalizados junto aos usuários de drogas/drogadependentes através dos programas Isidrobús: ônibus para integração social com trocas de seringas, instalação de máquinas de intercâmbio de seringas, programas específicos de troca de seringa, de manutenção de metadona para portadores de HIV/SIDA/AIDS e ainda toxicômanos de alta marginalidade. Para os pacientes com problemas de alcoolismo são assistidos em Centros Ambulatoriais do Centro de Prevenção do Alcoolismo do ''Ayuntamiento'' de Madrid.

Outros programas ou recursos assistenciais foram oferecidos aos usuários de drogas como admissões em "Pisos de apoio" a desintoxicação (PAD), através de convênio de assistência com ''Proyecto Hombre'' e acesso ao Serviço de Informação e Atenção Telefônica.

♥ Programas de Intervenção Preventiva - Assistenciais junto a populações com problemas jurídico– penais

Estes programas de intervenção em drogadependencias foram operacionalizados em Comissariados/delegacias de polícia e Juizados de proteção e em instituições penitenciárias ao

prestarem assistência a drogadependentes detentos através de programas ambulatoriais, modulares e de manutenção de metadona.

♥ Área de Incorporação Social

Nesta área os usuários/ex-drogadependentes foram assistidos através de programas de formação nos cursos de passagem, regulares, e cursos de recuperação de hábitos intelectuais. Ainda assistidos através de programas de incorporação no trabalho, voltados a formação e integração no trabalho, e programas de apoio residencial (habitação) com objetivo de reabilitação e reinserção dos toxicômanos sem apoio familiar que convivem com as drogadependencias são assistidos em Pisos/habitações Tutelados. Os outros programas de apoio residencial são aqueles destinados a toxicômanos encarcerados, que cumprem a pena aplicada pelo juiz de vigilância conforme o artigo 57 do Regulamento Penitenciário.

♥ Área de Formação de Recursos Humanos (profissionais e mediadores sociais)

As atividades operacionalizadas nesta área foram os cursos de formação em Drogadependencia para pais (pai e mãe), membros da polícia municipal, educadores, associações de consumidores, mediadores sociais, técnicos municipais, professores, e assistentes sociais. Com objetivo de manterem-se atualizados e habilitados para atuarem junto aos programas de prevenção as drogas foram realizados Seminários e Jornadas com a participação de mediadores sociais, profissionais de saúde e assistentes.

♥ Área de Estudos e Investigação

Nesta área foram realizados **Estudos**/pesquisas sobre a **Prevalência en el Consumo de Heroína**; a elaboração de materiais para prevenção do consumo de drogas entre escolares de EGB; pesquisa sobre **O consumo juvenil de bebidas alcoólicas na Comunidade de Madri**, para elaboração de Manual de procedimentos jurídico destinado a profissionais de CADs - Centros Assistenciais de Drogadependencias.

♥ Área de Publicações

As publicações foram através de livros que divulgam o resultado de Estudos sobre O consumo juvenil de bebidas alcoólicas da Comunidade de Madri; O uso do tabaco na população escolar no Município de Madri e as publicações do documento técnico do SAP n.º 1 e n.º 3 que são Informes Técnicos do "Ayuntamento de Madrid."

♥ Área da Coordenação Institucional

Em relação à realização de convênios e ajuste para a implantação e operacionalização de programas foram realizados entre a **Administração Central** e a Universidade Autônoma de Madri, o Ministério da Justiça, a Capitania Geral da Região Militar Centro, Triparte com Ministério da Educação, "Ayuntamento de Madrid" e, Comunidade Autônoma de Madri. Com outras áreas ou **Departamentos da Administração Autônoma** os convênios firmados com o Conselho da Juventude, "Ayuntamento de Madrid", "Ayuntamento e Comunidade Autônoma de Madrid"; com **Administrações locais** e com **Organizações Não Governamentais** (ONGs).

A manutenção e apoio as estruturas de Coordenação institucionalizadas da Comissão Regional de Drogas (Conselho Assessorado Bem Estar Social); Coordenação com os conselheiros da Câmara Municipal " Ayuntamento" e convênio com o PRD; dos grupos Técnicos de Coordenação com os Coordenadores de Programas e Técnicos das Áreas de Prevenção, Assistência e Reinserção dos Municípios "Ayuntamientos" e Centros Diurnos, ainda a manutenção e apoio as Comissões de Formação, de Avaliação do PNSD e, de Coordenação com e entre os locais do PNSD, e a Comissão de Serviços Móveis do PNSD. (PNSD- Memória- 1993,1994).

2.10.7.2 "Comunidad Autonoma de Andalucía"- C A A: Plano sobre drogas, Programas de Prevenção, Programas em diversas áreas desenvolvidos pelo Plano Autônomo sobre Drogadependência

2.10.7.2.1 Plano sobre Drogas do governo de Andaluzia

Introdução

O Governo de Andaluzia diante da problemática das drogadepedências e consciente da realidade social aprovam em 1985 a Plano Andaluz Sobre Drogas e estabelecem três áreas de intervenção considerados prioritários sendo elas:

1. A Prevenção;
2. A Assistência;
3. Ação Social.

A área de maior problemática social da Comunidade Andaluz está relacionada com o consumo de drogas que requer uma ampla participação de todos os cidadãos, de forma ativa e responsável deve centra-se em ações de prevenção ao consumo de drogas.

O Plano Andaluz sobre Drogas a respeito da Prevenção aponta que todas as ações devem "concentrar esforços sobre todos os elementos que convergem para o surgimento do fenômeno: o indivíduo, a substância e o contexto sóciocultural". (C.A.S., 1995,p.1).

A área da educação é prioritária por requerer dos profissionais de educação, dos pais e mães que integram as Comunidades Educacionais uma formação adequada habilitação para poder desenvolver ações voltadas a prevenção de drogas, sendo assim exigiu o estabelecimento de convênios entre instituições públicas.

Em 1989, o Conselho de Saúde e Serviços Sociais (Comissão para a Droga, atual Direção geral de Conselho de Assuntos Sociais) e o Conselho de Educação e Ciência firmaram um convênio de Colaboração para a Prevenção de Drogadependencias nos Centros Docentes não universitários e outro Convênio com as Escolas Universitárias de Formação de Professores.

Tal convênio firmado com o Conselho de Educação e Ciência possibilitou a incorporação de oito professores para a coordenação de Prevenção de Drogadependência no Ambiente Escolar.

A Equipe de Coordenação em colaboração com delegações de Educação e Ciência, Centros Provinciais de Drogadependências, Equipes educativas, Centros de professores, Associações de Pais e Mães e Federação de A.P.A.S. de cada província tem trabalhado ao

longo destes anos de forma contínua e sistemática para a concretização dos inúmeros cursos de formação, Encontros, Jornadas, Seminários Permanentes e Projetos de Inovação e Grupos de Trabalho.

O Programa de Prevenção no Ambiente Escolar é o resultado do processo iniciado em 1989, de Investigação - Ação. Este tem como finalidade de contribuir para a formação de professores e pais/mães com objetivo de aprimorar, capacitar e desenvolver ações de educação Preventiva sobre drogas junto alunos, filhos (as).

Ele está fundamentado nos direitos de Organismos Internacionais como UNESCO, OMS, Conselho da Europa e nacionais: Plano Nacional e, Plano Andaluz Sobre Drogas, LOGSE e Decretos de Educação do Governo de Andaluzia.

O Programa de Prevenção de Drogadependências no Ambiente Escolar, está inserido no Plano Educativo de Educação Integral, ou seja, três pilares de sustentação do sujeito:

- A educação física;
- A intelectual;
- A Social.

- **O Significado da Prevenção**

A prevenção de drogadependências é compreendida como "um conjunto de medidas específicas e inespecíficas (conhecimento do corpo, desenvolvimento de capacidades, atitudes e valores, tomada de decisões...) orientada a evitar o uso indevido de drogas ou seu abuso,... reduzir e ou retardar seu consumo, os fatores de risco e os problemas individuais, familiares e sociais associados ao uso" (Andalucia, Junta, 1995, p.3).

Os investimentos na Educação Preventivos sobre drogas têm como meta **Educação para a vida** com **liberdade e para a liberdade**, ou seja, contribuir para a formação das pessoas, a sua integração e intervenção de forma consciente, responsável e livre em seu contexto.

- **Prevenção um investimento econômico em Saúde**

Atualmente investir em prevenção as drogadependências é importante, mas não só pelo baixo investimento econômico em recursos humanos, técnicos e financeiros, bem como contribuir para reduzir negativo impacto social dos toxicômanos enquanto problemática individual, familiar e de uma sociedade.

♠ Programas de Prevençâo a Drogadependência (PPD) na Escola

- **A Prevenção de Drogadependências num programa implícito da Educação Integral**

As intervenções educativas devem fazer parte de um processo sistemático jamais ocasional e jocoso ou infundável. As conferências, conversas informais e informações sobre drogas direcionadas aos estudantes são inoperantes e contra preventivas, podem acrescentar algum conhecimento, mas dificilmente modificar hábitos, atitudes e comportamentos dos jovens.

Organizações Internacionais como UNESCO e a OMS e nacionais como Plano Nacional e o Plano Andaluz Sobre Drogas desaconselham intervenções desse tipo em qualquer programa de prevenção.

♦ **O papel do Centro Educacional**

O ambiente escolar é o espaço mais adequado para o desenvolvimento de programas de prevenção das Drogadependências por:

- Congregar a população escolar, crianças e jovens durante um largo período do dia, dedicar-se à transmissão de conhecimentos, valores e desenvolvimento de habilidades para, a vida;
- Dispor de recursos técnicos, profissionais qualificados e, experiências metodológicas, programas avaliados e comparados e, instalações adequadas.
- Preconizar a **Educação Integral** de forma contínua sistemática, gradual adaptada aos primeiros anos "pré - escola" num processo evolutivo de desenvolvimento dos alunos (as) adolescentes.
-Estabelecer relações interpessoais sincronizadas entre escola e família, imprescindível para **Educação Pessoal**.
- Os Conselhos Escolares e as Associações de pais e mães de alunos(as) são espaços adequados para uma conjunta participação dinâmica educativa.
- Estimular a participação de Pais e Mães de alunos e alunas junto as Centro Educacional/Ensino colaborando para:
    - Promover programas conjuntos e desenvolver atividades escolares e extra-escolares;
    - Apresentar propostas através de cada Conselho Escolar de cada Centro Educacional;
    - Intervir na elaboração de Projetos Educativos do Centro, participando nas atividades planejadas e operacionalizadas durante o curso escolar integra-los ao Programa de Prevenção das drogadependêncais;
    - Promover alternativas inespecíficas e específicas apoiando sua operacionalização;
    - Manter uma comunicação fluente com professores e demais integrantes da Comunidade Escolar.

- **Marco teórico**

Os fundamentos do Programa de Prevenção são:

- **Investigação na Ação** - Um Programa dinâmico, elaborado a partir da análise da realidade. Faz **planejamento - ação, reunião - novo planejamento.**
- O **Centro Educativo** compreendido como um sistema social aberto, interagindo com coletivos sociais do seu contexto, facilitador de abordagens de prevenção global.
- A **Pessoa** é compreendida como um agente ativo, dotadas de capacidades para pensar, agir, criar, construir, etc., com possibilidades de transformar-se e transformar.
- A **Participação** dos Pais e Mães no desenvolvimento do programa enquanto responsáveis iniciais pela Educação de seus filhos.
- O **Programa** apoiado na comunicação interativa entre todos os componentes da Comunidade Educativa, oportunizando intercâmbio de experiências, valores, idéias, etc., facilitador do processo de aprendizagem relevante, conducente a diminuir os fatores de risco e desenvolver/adotar um estilo de vida livre de drogas.

• O Programa Educativo numa perspectiva de enfoque **Psico-social**; as pessoas tem determinadas características e necessidades individuais, familiares e sociais.

- **Marco de intervenção**

O Programa de Prevenção destina-se a toda Comunidade em geral mas especialmente a formação de professores (as), equipes educativas, Pais e Mães (Educação Formal).

Estes acima descritos são mediadores no Processo Educacional da população infantil e juvenil em matéria de prevenção a Drogadependência, e são os que desenvolvem a prevenção diretamente junto aos alunos(as) e filhos. A Comunidade Educativa não é a única que assume a responsabilidade de prestar informação e formação sobre drogadependência (**Educação não Formal Educação Informal**).

Programa destina-se também a todos **agentes sociais** que podem influir no processo de educação integral nas pessoas. Todas as atitudes, sejam elas coordenadas com enfoque educativo em matéria de prevenção que influem sobre a população infantil e juventude.

♦ **Características do programa**

O programa de Prevenção de Drogadependências tem as seguintes características:

- **Insere-se** no Processo educativo;
- É um programa **transversal** com currículo escolar;
- **Destinatários** fins são alunos e alunas;
- **Destinatários** imediatos os professores (as), Pais e Mães.
- E **aberto** e **flexível**;
- Prioridade o seu desenvolvimento em zonas consideradas de alto risco preferência aqueles de seção educativa;
- Utiliza as estruturas do Sistema Educacional (Centro de professores, Aulas de extensão, Equipes Educadoras, Educação de Adultos, Escolas Universitárias de Formação de Professores, Associação de Pais e Mães de Alunos (as) e os Centros Provinciais de Drogadependências);
- É **coordenado** pelas coletivas, instituições e Organizações que atuam na zona em matéria de drogadependência (Andalucía Junta,1995, 1994).

♦ **Objetivos do programa de prevenção a drogadependencias –PPD na escola**

Os objetivos estão voltados a concretização da prevenção a Drogadependencias na Educação Infantil, Primária e Secundária de acordo com o período e o momento evolutivo, características, interesses, necessidades e expectativas, bem como do contexto sócio cultural no qual desenvolver-se o programa.

Tem como meta:

- **Sensibilizar** os professores, pais e mães a respeito do fenômeno das drogadependências;
- **Melhorar** os níveis de informação e formação de professores, pais e mães sobre as drogas, causas, efeitos e fatores de riscos;
- **Capacitar** os professores, pais e mães para elaborar, desenvolvimento e avaliação de atuações preventivas no ambiente educacional;
- **Reduzir** a prevalência do consumo de drogas e as patologias associadas ao mesmo;

- **Contribuir** para o desenvolvimento de pessoas independentes, responsáveis, criativas e livres;
- **Favorecer** para o desenvolvimento de atitudes, hábitos e valores positivos diante da saúde e a vida;
- **Desenvolver** capacidades e estratégias para resistir a pressão social diante do consumo;
- **Proporcionar** atividades enriquecedoras do ócio e tempo livre.

♦ **Aplicação do programa na educação formal**

Para alcance dos objetivos do Programa, os professores, Pais e Mães devem propiciar aos alunos (as) e filhos (as):

- A aquisição de desenvolvimento de **hábitos**, **valores** e **atitudes** opostas ao consumo de drogas;
- A sensibilização diante de consumo de substancias desnecessárias e ou prejudicial à saúde;
- Desenvolver **capacidades** de **criticar** e analisar linguagem publicitária e situações de consumo;
- Prestar **informação** correta, objetiva e adequada a idade e interesse sobre as causas, efeitos e complicações do uso de drogas (tabaco, álcool, medicamentos, cannabis...) evitando dramatizações, mistificações e banalizações;
- **Conhecimentos** que permitam analisar e valorizar os conceitos de uso e abuso de substâncias;
- **Comportamentos** antitimidez, baixa tolerância e frustração, marginalidade;
- **Capacidades** para resolução de conflitos pessoais, familiares e sociais sem escapismo, através dos próprios meios (Andalucía Junta, 1995).

2.10.7.2.1.2. Centros Provinciais de Drogadependencias da Região Andaluz

O Programa de Prevenção a Drogadependências no ambiente escolar é desenvolvido com a colaboração, apoio de Conselhos de Assuntos Sociais através da Comissão para a Droga, o Conselho de Educação e Ciência e suas Delegacias Provinciais (Regiões), junto com os Centros de Drogadependências de cada Cidade/Província dotada de profissionais de Educação que desempenhem a função de **assessorar**, **informar**, **facilitar** recursos, **planejar e executar** planos de intervenções, **coordenar** todas as atividades do programa. (Dr. Antonio Luís Carrion Ramirez, Centro Provincial de Drogodependencias de Granada,oct. 1995)

Os Centros Provinciais (Regionais) de Drogadependências encontram-se em funcionamentos nas cidades de Almeira, Cadiz, Cordoba, Granada, Huelva, Jaen, Malaga e Sevilha.

A formação de recursos humanos especializados para realizar o trabalho específico em Serviços de Assistencia aos drogadependentes " toxicômanos" esta a cargo do Máster em Drogodependencia da Facultad de Medicina da Universidad de Granada que teve início sua primeira edição em 1993-94, e sua segunda edição 1995-96, dando cobertura a região de Andalucía (Prof. Dr. Antonio Hernandez Jerez- Coordenación Área Médica –Master Drogodependencias, Granada,oct. 1995).

2.10.7.2.2 Plano sobre Drogadependencia Andaluz: Programas e Desenvolvimento de Atividades em diversas áreas

O desenvolvimento de atividades de diversos programas de prevenção, assistência, incorporação social e laboral e formação de recursos humanos que configuram o Plano sobre drogadependencias da Comunidade Autônoma de Andaluzia estão divulgadas no relatório anual do Plano Nacional sobre Drogas, à Memória/93; 1994.

Na referida publicação, são destacados os resultados obtidos com a manutenção de inúmeras atividades e programas quais desenvolvem alguns anos e, das inovações realizadas no campo de atuação das drogadependencias.

As novas atividades que foram realizadas são as seguintes:

- A campanha de prevenção de consumo de drogas nos Centros de Ensino Secundário: **Tu pintas mucho contra la droga**, destacam as atividades como um concurso de desenho e edição e distribuição de cartilhas, emissão de ‘’cuñas’’ mensagens radiofônicas e distribuição de broches;
- Em colaboração com a Fundação de Ajuda contra a Drogadição (FAD) foram implantados e operacionalizados os cursos de mestrado e de especialização dentro do programa de formação de Pós-Graduação nas Universidades de Cordoba, Granada e Sevilha;
- Ocorreu a convocatória dos **Primeiros prêmios andaluzes de investigação em drogadependencias**, com objetivo de incentivar pesquisas nas áreas de prevenção, assistência, reinserção, toxicologia e movimentos associativos;
- Foram postos em funcionamento novos Centros Ambulatoriais (11), Postos de fornecimento de metadona (10) e ampliação de locais transformados em Comunidades Terapêuticas (21);
- Foi registrado um decréscimo de 9.6 pontos (69 casos/100.000 habitantes/93) do número de casos novos admitidos para tratamento por heroína;
- Foi observado que a idade média é de 26,5 anos de novos casos por consumo de heroína, revelando que a população consumidora tem mais idade;
- O consumo por via fumada/inalada teve um acréscimo de 3,4%, passou em 1993, para 77,2%;
- Ocorreu um extraordinário aumento do numero de associações (+200) que trabalham em drogadependencia, bem como uma maior liberação de auxílios econômicos destinados a estes movimentos sociais, sendo um acréscimo de 50% do valor dos créditos;
- O programa de reinserção foi ampliado, a rede de Artesãos de 220 locais para 300.
- Foi colocado em funcionamento 9 Centros Dia e 5 pisos de reinserção através de convênios firmado com entidades privadas, possibilitando maior cobertura de usuários, porque foi ampliado o número de locais que prestam atenção aos drogadependentes (PNSD,1994).

♥ Na Área da Prevenção

Os programas de prevenção a drogadependencias foram desenvolvidos junto à população em geral e com grupos específicos como jovens, pais, agentes sociais, alunos, professores, diversos profissionais de saúde, serviço social, etc., empresários, estiveram voltados para a prevenção às drogas no Âmbito Comunitário, escolar, laboral/trabalho e outros locais específicos. As campanhas institucionais visando a prevenção, se voltaram a

recrutamento de artesãos, a possibilidade de prevenir AIDS/SIDA, a prevenção de acidentes de trânsito e combate ao consumo de álcool, a realização de concursos de cartazes e material informativo e de sensibilização para os problemas das drogas.(Andalucía Junta,1995)

♥ **Área de Intervenção Assistencial**

Nesta área os programas foram operacionalizados junto aos drogadependentes assistidos nos Centros Ambulatoriais, Unidades Hospitalares de Desintoxicação, Comunidades Terapêuticas, Centros/Programas de prescrição e ou suspensão de opiáceos. Aqueles pacientes com problemas de alcoolismo receberam assistência em Centros Ambulatoriais e Centros Residenciais (não hospitalares).

♥ **Programas de Intervenção Preventiva-Assistencial junto às populações com problemas jurídicos penais**

Nesta área os programas foram operacionalizados em Comissarias/Delegacias de Polícia e Juizados de proteção e, em instituições penitenciárias junto aos usuários drogadependentes detentos e funcionários destas instituições.

♥ **Área de Incorporação Social**

Nesta área os programas foram operacionalizados em Centros Diurnos para a Incorporação social dos usuários de drogas: Centros de Atividades Dia, Unidade ocupacional, programas ocupacionais de ócio e tempo livre e outros programas como **Um Amigo nuevo** e aqueles de caráter normal. Ainda através do Programa de Incorporação Laboral/trabalho para usuários ex-drogadependentes: pré-formação, formação, e integração no trabalho; e programas de formação através de cursos regulares (Andalucía Junta, 1995; PNSD,1994).

2.10.7.3 "Comunidad Autônoma de Cataluña" – C A C: Plano sobre Drogas, Programas de Prevenção, Programas de Assistência e Reintegração Social, programas em diversas áreas desenvolvidos pelo Plano Autônomo sobre Drogadependencia.

2.10.7.3.1 Plano Autônomo de Prevenção e Assistência as Drogadependencias na Cataluña

O Presidente do Parlamento da Cataluña aprovou e divulgou a LEI 20/1985 de 25 julho de prevenção e assistência em matéria de substâncias que podem gerar dependência. O problema da dependência, na época considerada um fenômeno social de caráter epidêmico, preocupante pelos efeitos nocivos à saúde individual e coletiva, preocupação esta pelo crescente uso de drogas não institucionalizadas, especialmente a heroína, a cocaína e os derivados de cannabis; o favorecimento do tráfico ilegal, fomentado pelos narcotraficantes; o extensivo consumo de drogas causadoras das toxicomanias; a utilização de produtos utilizados inicialmente como medicamentos, mas gerando situação de dependência semelhante o das causadas pelas drogas não institucionalizadas; o consumo de bebidas alcóolicas ; o consumo de tabaco entre jovens e mulheres; os problemas sociais e de saúde, e todas as enfermidades relacionadas com produtos geradores de incapacidade para o trabalho, e morte prematura.

A Lei 20/1985 modificada parcialmente em 1991 foi promulgada para atender, de maneira global, as vertentes preventivas e assistenciais. Com objetivo de reduzir a promoção de venda e consumo de produtos que geram dependência, afetam a saúde e o bem estar

coletivo, iniciou-se a luta contra a drogadependência direcionada especialmente aos jovens, grupos sociais mais vulneráveis em relação à população em geral. A luta contra as drogas visa a promoção de valores e hábitos de estilo de vida saudável e medidas de proteção da juventude. (Diário Oficial de la Generalitat de Catalunya n. 1445 0, 22.5.1991).

A Comunidade Autônoma de Catalunya de acordo com o Plano de Saúde correspondente ao trienio 1993 - 1995, iniciou um processo de elaboração de alguns critérios mínimos de intervenção preventiva e assistência que vem sendo realizado nos Centros Sanitários em relação ao consumo excessivo de álcool e outras drogas. Estes critérios constituem-se em bases de intervenções das equipes de Atenção Primária de Saúde na assistência dos problemas derivados do consumo excessivo de álcool e outras drogas. Também ampliou diversos programas voltados a redução dos danos associados ao consumo de drogas, incluindo nos Programas de Manutenção de Metadona; ampliou o número de programas de intercâmbio de seringas e obteve maior colaboração no desenvolvimento do Plano de Drogadependências por parte das administrações locais, Organizações não Governamentais/ONGS, e de profissionais especializados em drogadependências.(Drs.Colom, Joan; Ollé Oltra, Josep Maria, oct.1995)

O Plano de Drogadependências da Generalitat com o Plano de Saúde de Catalunya incluem também, entre suas prioridades , as intervenções direcionadas a prevenção de drogadependências para os centros educacionais. O Órgão Técnico de Drogadependencias é o responsável pela planificação e coordenação de todas as atividades que desenvolve a administração da Generalitat em matéria de drogadependências, e o Programa de Educação para a Saúde na Escola "*Programa d" Educació per a la Salut a l"Escola*", como um veículo de colaboração entre o Departamento de Educação e o Departamento de Saúde e Seguridade Social num esforço conjunto vem impulsionando a educação para a prevenção do consumo de drogas nos centros de ensino da Catalunya. Materiais didáticos são criados pelos próprios centros educativos e Departamento de Educação, como a coleção "*Quaderns d' educació per la salut a l' escola: Prevenció de les drogodependències*" utilizados pelos professores, alunos e pais.(Drs.Tort i Bardolet, Cabra i Soler, oct. 1995; Generalitat de Catalunya, 1995)

O programa de Educação para a Saúde na Escola foi implantado na Cataluña pelo Departamento de Educação em julho de 1984, abrangendo todos os escolares de Educação Geral Básica (primária e secundária) inclui nos currículos, desde então a educação para a prevenção do consumo de drogas voltado mais para uma questão de saúde, uma melhor qualidade de vida e apoiado por um Plano de Formação Permanente dos professores. A prevenção inicia a partir da educação infantil (não obrigatória),seguindo a Educação Primária e Secundaria (obrigatória até 16 anos) atualmente atingindo escolares de 6 a 16 anos. Os programas direcionados a formação de professores para trabalharem a prevenção ao consumo de drogas na escola tem como meta habilitar 80% dos professores de centros educativos até ano 2000.

A sociedade catalã considera de suma importância a inclusão no currículum educacional temas de aspectos relevantes como a educação ambiental, educação para o consumo, educação no trânsito, educação não discriminatória, educação para a saúde e outros considerados como eixos transversais do currículum, e que devem ter um tratamento interdisciplinar, integrando-os as diferentes áreas, como parte integrante das disciplinas e não uma entidade específica.

O concenso em trabalhar a prevenção do consumo de drogas na escola é fundamental porque é ao longo dos anos em que se desenvolve a escolarização,que vão se formando os

hábitos e as atitudes e que ocorre a internalização de modelos de vida saudável. A escola permite ter acesso a toda população de crianças e adolescentes, e poder realizar um trabalho contínuo e de maneira adaptada às características e necessidades dos alunos, um trabalho junto aos grupos pares e ao entorno familiar, bem como os professores podem ser assesorados e auxiliados por distintos especialistas (equipes de saúde escolar, técnicos municipais, Programa de Educação para a Saúde, Programa Social de Drogadependências, etc) na hora de realizar e avaliar as intervenções. (Drs.Tort i Bardolet, Cabra i Soler ,oct. 1995)

Os **objetivos gerais** de prevenção as drogadependências na escola são os seguintes:

- Manter uma atitude favorável a uma vida sem drogas;
- Retadar a idade do primeiro contato e consumo de drogas legais;
- Dispor de estratégias de resistência diante de situações de risco de uso/consumo e abuso de drogas;
- Dispor de uma bagagem de conhecimentos para estimular uma conduta alternativa livre de drogas;
- Conhecer e evitar práticas de risco;
- Promover a auto-estima e a capacidade para estabelecer relações pessoais sólidas;
- Mostrar tolerância à frustração e resistência a pressão do grupo social.

Quanto à participação dos pais nos programas de prevenção a drogadependência na escola estes participam nos Conselhos Escolares demonstram estarem motivados e aceitam bem todas as propostas do Centro Educativo. Além de participarem de atividades promovidas pelo centro educacional, também se envolvem com programas das Associações de pais e mães de seu bairro e das comunidades onde vivem.

O trabalho de prevenção às drogadependências junto às populações marginais residentes em 2 a 3 bairros de Barcelona considerados não tão conflitivos , fica a cargo de Centros de Ações Sociais integrados aos centros escolares e a comunidade e suas famílias. Os jovens em conflitos são tratados em serviços especializados. Barcelona não tem o nível de periculosidade, marginalidade e conflitos como ocorre em outras regiões da Espanha.(Drs.Tort i Bardolet, Cabra i Soler, oct. 1995; Generalitat de Catalunya,1995)

2.10.7.3.2 Plano sobre drogadependencia da Catalunya: Programas e Desenvolvimento de Atividades em diversas áreas

Em 1993, de acordo com o Plano de Drogadependências da Comunidade Autônoma Catalunya na área de prevenção ao consumo de drogas, os Programas foram desenvolvidos junto à população em geral e a grupos específicos como jovens, pais, mediadores sociais, agentes comunitários, alunos, professores, outros trabalhadores, soldados, profissionais de saúde, comércio, desportos, policia, etc., envolvendo entidades governamentais, OMS e organizações não governamentais.

As atividades destacadas em cada área são a seguir apresentadas:

♥ Área de Prevenção

Os Programas de Prevenção a Drogadependências são os seguintes:

- **Prevenção no Âmbito Comunitário** - foram realizados 41 programas, com atividades de informação, sensibilização e formação destinada a grupos específicos da população em geral tais como: jovens, pais, mediadores sociais, agentes comunitários, alunos e professores, envolvendo departamentos de Bem-estar Social, Governo Municipal, Conselhos Comarcas e ONGs.

- **Prevenção no Âmbito Escolar** - foram realizados 11 programas, atividades como cursos de educação para a saúde na escola, cursos de prevenção ao consumo de álcool e tabaco na adolescência, estilo de vida e câncer, cursos de formação para professores de educação primária e secundária para atuarem como formadores e Jornada de reflexão sobre os acidentes de Tráfico envolvendo alunos, professores e pais de Centros Educativos, envolvendo entidades como Departamento de Ensino, Departamento de Saúde e Segurança Social e Instituto Catalã de Segurança de Trânsito Viário.

- **Prevenção no Âmbito de Trabalho** foram 14 programas realizados, sendo a prevenção ao tabagismo na Administração Pública, voltado a trabalhadores e Programas Municipais de informações sobre drogas no ambiente de trabalho, envolvendo Departamento de Bem Estar Social, CATS e Administração locais.

- **Prevenção nas Forças Armadas** - um programa com atividades de informação, sensibilização e formação sobre drogas direcionado aos soldados e comandante, envolvendo o Comando IV da Região Militar e o Departamento de Bem Estar Social.

- **Programas de Prevenção ao Tabagismo e Saúde** - um programa, com atividades de informação, sensibilização e formação da população em geral, médicos, pessoal de enfermagem, farmacêuticos, envolvendo o Departamento de Saúde e Segurança Social, Governo de Barcelona, OMS, ONGs.

- **Plano de Drogadependência** - desenvolveu um programa de prevenção ao uso do álcool e tabaco, realizou inspeções, sanções, confirmações de denúncias junto aos setores educativos, sanitários, desportivo, recuperação/restauração, tabacarias, empresas de publicidade, estação de serviços, comércio envolvendo Saúde Pública e o Departamento Sanitário e Segurança Social.

- **Programa de Prevenção com Drogas Junto a Corporação de Polícia Autônoma** - desenvolveu um programa voltado à vigilância e controle das normas de venda e publicidade do tabaco, investigação de delitos, tráfico de drogas em colaboração com outras corporações policiais, envolvendo a Direção Geral de Segurança e Cidadania.

- **Programas de Prevenção através de Campanhas Institucionais**

- **Campanha na Televisão Sobre Prevenção de Acidentes de Tráfico por Consumo de Álcool** com objetivo de prestar informação e sensibilização aos jovens, envolvendo as entidades de Segurança Viária Catalã e Departamento do Governo.

♥ Área de Intervenção Assistencial

Nesta área foram realizados programas abaixo listados:

- **Programas de Redução de Danos (risco)**

  - **Programas de Saúde**: avaliação, diagnóstico de hepatite, tuberculose, HIV, vacinas hepatite B, acompanhamento e educação sanitária.
  - **Programa de Troca de Seringas**: fornecimento de Kits (farmácias) por educadores em Centros de Atenção Primária, Centros Especializados e Centros Especiais.

- **Assistência a problemas de alcoolismo**
  - Centros Ambulatoriais.
  - Unidades Hospitalares.
  - Centros Residenciais não Hospitalares.

- **Outros programas ou recursos assistenciais foram prestados através:**
  - Programa de Tratamento Ambulatorial do Tabagismo;
  - Centros Ambulatoriais;
  - Unidades de desintoxicação hospitalar**;**
  - Comunidades terapêuticas;
  - Centros/Programas de prescrição e/ou suspensão do uso de opiáceos**.**

♥ Programas de Intervenção Preventiva - Assistencial junto às populações com problemas jurídico - penais

Nesta área os programas que foram realizados são os seguintes:
- **Programa em Comissarias/Delegacias de Polícia e Juizados** - assessoramento a usuário e/ou drogadependente com causas penais;
- **Programas em Instituições Penitenciárias** - preventivos ambulatoriais, Centro diurno, Centros modulares e de metadona;
- **Programas Alternativos à privação da liberdade** - ingresso na Comunidade Terapêutica.

♥ Área de Incorporação Social

Nesta área os programas que foram realizados são os seguintes:
- **Programa de Incorporação no Trabalho do Ex-drogadependente**: Formação ocupacional;
- **Programas de Apoio Residencial** (moradia):
  - **Pisos/residências tutelados** - objetivo integração social, melhorar a independência e o auto-cuidado do ex-drogadependente;
  - **Famílias de acolhida** - contenção, albergues, acolhida e integração;
- **Centros Dia para Toxicômanos;**
- **Oficinas** de atividades para toxicômanos;
- **Oficinas** de atividades para alcoolistas;
- **Programas Comunitários de reinserção para drogadependentes**.
  (Drs. Colom, Ollé Oltra, Plan Autonômico Generalitat Catalunya, oct.,1995)

2.10.7.4 "Comunidad Autonoma de Galícia" – C A G: Planos sobre Drogas, Programas de Prevenção, Programas de Assistência e Reintegração Social, Programas em diversas áreas desenvolvidos pelo Plano Autônomo sobre Drogadependencia

2.10.7.4.1 Plano Autônomo de Drogadependencias do governo da "Xunta" de Galicia

♠ Programas de prevenção, assistência, reintegração de drogadependencias

Desde 1991 está em desenvolvimento na Comunidade Galega o Programa de Educação para a Saúde na escola, resultado de convênios entre os Conselhos de Saúde e Serviços Sociais, Conselhos de Educação e Regulamentação Universitária.

O programa coordena e financia quatro eixos centrais de atividades:

- Formação de professores, no próprio sistema de formação e encontros de caráter multiprofissional;
- Elaboração de materiais didáticos de apoio;
- Criação de suporte organizativo;
- Avaliação.

Atualmente o convênio tem como prioridade o desenvolvimento de políticas educacionais diante dos problemas prioritários de saúde da comunidade que é o uso indevido de drogas, indo ao encontro do Plano de Saúde 1993 - 1997 do Conselho de Saúde e Serviços Sociais da "Xunta" de Galicia, sendo direcionado ao problema do consumo de álcool e tabaco, segundo informações prestadas pelo Dr. Manuel Araújo Gallego Comisionado do Plan Autonômico sobre Drogodependencias-Consellería de Sanidade e Servicios Sociais da Xunta de Galícia (nov.1995) .

A prevenção do uso indevido de drogas no contexto escolar é entendida como uma área de ação inserida nas atividades curriculares, que visam potencializar atitudes e hábitos saudáveis de vida tanto em nível individual como coletivo.

A promoção de atividades de saúde requer uma cidadania cada vez mais consciente e participativa e capaz de assumir responsabilidades e exigir o cumprimento de direitos civis e sociais.

A promoção da Saúde é interpretada como um conceito dinâmico, multicausal e histórico do processo saúde - enfermidade. Ela tem uma visão de estratégia integral e integradora porque visa a plena participação da comunidade na análise e superação dos problemas que a afetam. As estratégias voltadas a Promoção da Saúde requerem instrumentos pertinentes ao alcance das metas, realizadas através da Educação para a Saúde e da Intervenção comunitária.

Mas para que ocorra mais conscientização e plena participação da comunidade é importantíssimo capacitá-la para que através de ações conjuntas possam identificar suas necessidades sócio-sanitárias, estabelecer prioridades e escolher estratégias viáveis para solução dos problemas multicausais que as afetam.

A meta é oferecer meios às comunidades e potencializar suas capacidades e habilidades individual e coletiva para a resolução de problemas sociais, adoção livre de soluções e comportamento ou estilos de vida mais saudáveis livres de drogas.

As drogadependências são resultados de desequilíbrio do indivíduo com o seu contexto sócio - cultural e ambiente familiar. A presença constante, acessível e sedutora da substância "droga" em seu contexto é uma arma que atinge o indivíduo vulnerável que adota um estilo conducente a escravidão, autodestruição da vida.

Para reverter esta situação de consumismo e processo auto-destrutivo do indivíduo a prevenção em drogadependências é a estratégia para reverter, mas requer um esforço conjunto de administrações, técnicos e comunidade local.

A ação planejada requer esforços de distintos setores (serviços de educação, serviços sociais e sanitários) em conjunto com os da própria comunidade, mas essa união global de ação comunitária conjunta só será possível com a otimização dos resultados satisfatórios de prevenção em drogadependências.

Esta visão de intersetorialidade é a premissa fundamental, pois contribuem para um enfrentamento multidisciplinar dos problemas e evitará a duplicação de serviços. Ela tem como função à coordenação de ação preventiva em drogadependências e orientar o desenvolvimento de programas comunitários.

Os programas da comunidade envolvem promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reintegração do indivíduo na sua comunidade. A promoção de saúde é possível através de esforço conjunto de toda a comunidade que, ao proporcionar alto nível de bem estar e estilo de vida saudável, contribui para prevenção da mortalidade precoce e agravamento de múltiplos problemas sociais e de saúde do indivíduo e sociedade.

Os planejamentos de ações comunitárias requerem uma análise de fatores estruturais os quais estão envolvidos em toda intervenção social ou comunitária.

Os **fatores estruturais** de uma comunidade são o **território** enquanto entidade física e social e não só urbanística; a **população** com suas características sócio-econômicas, cultural e histórica com capacidades e experiências de agrupar-se e organizar-se no âmbito familiar e social; a **demanda** (clientela) com suas quatro dimensões devem ser exploradas, para conhecê-la devem utilizar-se de estratégias e emprego de técnicas quantitativas e qualitativas de pesquisa social; **os recursos** devem ser buscados através do contínuo descobrimento de potencialidade existentes na comunidade e em seus integrantes, já que os recursos procedentes da Administração são limitados.

O conhecimento dos recursos é imprescindível para colocar em ação qualquer programas de intervenção social. São indispensáveis uma união da Administração com o potencial de Recursos Humanos, materiais econômicos existentes na comunidade para que sejam operacionalizados os programas de prevenção e alcance de seus objetivos.

Para desenvolvimento operacional de qualquer ação em programas de intervenção comunitária num processo participativo é imprescindível: buscar conhecer a comunidade e realizar um diagnóstico de realidade social; formular e estabelecer uma programação operacional; executá-la; estabelecer um sistema de acompanhamento e avaliação, bem como realizar sua reformulação e reprogramação para ocorrência de mudanças de situação.

• Estratégias de Ação: Áreas de Intervenção

- Área Educativa
- Área de Saúde
- Área do Ócio e Tempo Livre
- Área do Trabalho (operacional - formativa)
- Área da Informação (comunicação)

♥Área Educativa

• Programa de Educação para a Saúde na Escola

Consideram ser os centros oficiais de ensino, o currículo oficial, os próprios educadores e o ambiente escolar a principal fonte de mudanças culturais e sociais.

Para que uma prevenção em drogadependências seja exitosa é indispensável que o sistema de ensino oficial se adapte às necessidades atuais voltadas a formação integral do ser humano, capacitando-o para adaptar-se saudavelmente ao meio ou transformá-lo, se for necessário.

O currículo escolar deve trabalhar o conhecimento e análise do comportamento humano, os fatores individuais e sócio-culturais que o determinam, juntamente com o desenvolvimento de capacidades ou habilidades psicológicas ou sociais. O tema Educação para a Saúde deve contemplar-se transversalmente no ensino, ou seja, as matérias curriculares ou disciplinares que envolvem distintas áreas de conhecimento, todas devem convergir para o alcance do objetivo que visa proporcionar uma ampla visão e melhor capacitação do ser humano para enfrentar os desafios do cotidiano.

A escola deve ser vista como promotora de saúde, porque procura adotar estratégias que viabilizem um ensino dinâmico-participativo; um currículo que contemple o desenvolvimento psicoafetivo e o estabelecimento de melhores relações sociais; prever meios para a manutenção de contexto saudável, ou seja, adequação de infra-estrutura do ambiente escolar; preocupar-se em estabelecer uma integração das ações educativas com o contexto social qual está inserida levando em consideração as necessidades educativas dos alunos; envolver e proporcionar a participação dos pais no projeto educativo do centro de ensino; deve adequar os conteúdos de Educação para a Saúde com os conhecimentos sanitários.

♥ Área de Saúde

Os critérios que devem nortear as ações de intervenções preventivas devem estar voltadas para aquelas ações que realmente incidam na ocorrência de mudanças de atitudes e comportamento mais saudáveis do indivíduo; estabeleçam a necessidade de haver uma coordenação efetiva entre os serviços assistenciais de distintos níveis de dependências (Atenção Primária, Unidades de Saúde Mental, Unidades de Drogadependencia, Centros de Serviços Sociais, etc.).

♥ Área de Ócio e Tempo Livre

O principal objetivo nesta área é desenvolver atividades continuas junto a grupos da população que se encontram numa etapa de desenvolvimento biopsicosociocultural, ou seja,

em idade e etapa evolutiva de formação que estão mais vulneráveis ao uso de drogas pela oferta constante. As atividades continuadas seriam aquelas que estimulam o associacionismo juvenil; que promovam a integração de grupos de jovens através da realização de aulas ou oficinas criativas; Busquem e ofereçam alternativas através de uma educação disciplinada: tais como um envolvimento e práticas voltadas para a natureza e ecologia, teatro, cinema, música, cultura independente e local, esportes formativos e competitivos, espaços de diversão e suas alternativas que representem algo positivo para os momentos de ócio e tempo livre dos jovens, assim evitando o preenchimento com consumo de drogas.

♥Área Laboral/Trabalho

Considerada muito importante esta área para prevenção das drogadependencias, pois os jovens têm necessidades de uma formação ocupacional e preparação para a vida laboral/trabalho. Os esforços direcionam-se para concentração de recursos já existentes e outros de iniciativa particular, que permitam a inclusão dos jovens em aprendizagem de atividades, pré-oficinas e gestão para incorporação laboral.

♥ Área de Informação

As drogadependencias causam impactos na população, provocando reações diversas pela sua complexibilidade e, de acordo com a percepção e leitura do tipo de informações que os meios de comunicação transmitem a sociedade reage.

É imprescindível que os meios de Comunicação utilizem estratégias que sirvam de suporte ao planejamento de ações voltadas a prevenção em drogadependencias e demais atividades realizadas no campo de saúde e no social.

As informações referentes ao problema das drogadependências devem ser objetivas, adequadas e contínuas junto à população. Os meios de comunicação devem destacar que tem um papel importante quando divulgam e explicam que existem inúmeros problemas derivados das drogas, mas para cada um se apresentam soluções distintas. Devem transmitir informações fidedignas sobre os recursos existentes, e disponíveis, os programas e tipos de serviços, tanto em nível de assessoramento, bem como de prevenção e assistência existente na comunidade, ao alcance dos usuários de drogas e de suas famílias. Ao transmitir informações os meios de comunicação devem estar atualizados, ter conhecimento quanto a publicidade e legislação sobre o álcool e o tabaco.

• Linhas de Atuação para a Comunidade Autônoma "Xunta" de Galícia

As mínimas atividades e mais imediatas que devem ser colocadas em ação para ser possível efetivar a proposta de prevenção competem:

1. **Da parte da Administração Autônoma:**
    a) É conveniente que os Conselhos de Saúde e Educação impulsionem e desenvolvam conjuntamente um programa de Educação para a Saúde no Ensino Obrigatório;
    b) É conveniente desenvolver um programa de formação continuada e assessoramento em serviço, respaldado e dirigidos por expertos em trabalho comunitário, para as equipes locais de prevenção, servindo de apoio no desenvolvimento do programa comunitário que lhes proporcione espaços de aprendizagem e treinamento em técnicas de participação;

c) Colaboração entre Conselhos de Saúde e Serviços Sociais para programas direcionados a coletivos marginalizados (menores, etc.);
d) Colaboração com Conselhos de Cultura e Juventude;
e) Criação de canais de informação adaptados para a recepção e captação das demandas sentidas e para a informação sobre as já existentes;
f) Recomenda-se como contribuição à pesquisa sócio-epidemiológica e a avaliação dos programas comunitários, a investigação sobre fatores incidentes no consumo de drogas e de avaliação do programa comunitário;
Estes aspectos irão contribuir tanto para o desempenho e os esforços realizados, bem como para o conhecimento e motivação dos recursos humanos envolvidos na ação;
g) Estabelecimento de critérios de apoio às atividades ou programas de prevenção em drogadependências.

Os **programas** apoiados por ordem de prioridades serão os seguintes:

- Programas de participação comunitária;
- Programas Setoriais da área educativa;
- Programas nos meios de comunicação;
- Programas no âmbito do trabalho;
- Programas na área de saúde;
- Programas com coletivos/grupos de risco;
- Programas de ócio e tempo livre;

A prioridade dos referidos programas será de acordo com as necessidades e estratégias da programação geral.

As atividades ou programas de prevenção de grupos, setores, entidades ou pessoas que desejam receber apoio da administração e recursos de fundos públicos deverão reunir requisitos mínimos estabelecidos para obtenção dos mesmos.

2. **Da parte dos Conselhos:**

Uma das prioridades do Plano Nacional Sobre Drogas (PNsD) e dos Planos Autônomos sobre Drogadependências (PAD) é atribuir funções e tornar participantes os Conselhos em matéria de drogadependências.

Os Conselhos têm expressado em múltiplas ocasiões, a sua insuficiente participação nos PADs e PNsD.

A Comunidade Autônoma ao longo dos anos tem estabelecido convênios com Conselhos para planejamento de programas assistenciais e para operacionalizar os planos e programas de prevenção - reintegração. Em 1993 eram dezoito Conselhos que desenvolviam atividades de prevenção - reintegração. A proposta é de criação de um modelo de atuação preventiva que venha unificar e estabeleça uma coerência de rede às diversas entidades locais colaboradoras.

Para as Comunidades Autônomas foram especificadas suas funções de referências em matéria de drogadependências. Dando continuidade o mesmo ocorreu com os Municípios sendo suas possíveis funções:

a) A partir de projetos e idéias concretas, será estabelecida colaboração entre os diversos programas departamentais e o movimento social;

b) Apoiar e potencializar os programas e planos elaborados em Comissões Técnicas;
c) Contribuir para a formação continuada e reciclagem dos profissionais;
d) Estabelecer programas e planos associados com Conselhos limítrofes que configurem uma clara identidade supramunicipal;
e) A coordenação com outros estabelecimentos institucionais (horizontal e vertical) de forma continuada nos planos político e técnico.

3. **Por parte da Equipe de Prevenção**

A gestão municipal ou das instituições que operacionalizam programas de prevenção necessitam de uma equipe de intervenção que conte com profissionais que possuam uma formação básica em prevenção e desenvolvimento comunitário.

O que vem ocorrendo é que no âmbito acadêmico não existe esta formação, é necessária uma modificação curricular: que seja incluído este material em planos de formação regular. Diante dos fatos o PAD iniciou um plano de formação e assessoramento contínuo sobre intervenção comunitária, assim como o seguimento dos programas que estão em andamento.

O perfil profissional dos componentes da equipe será obtido de acordo com a formação e sua procedência do âmbito das Ciências da Saúde e Sociais (Psicologia, Medicina, Sociologia, Pedagogia, Trabalhador Social, Educadores, etc.).

A função básica de equipe será de dinamizar os recursos comunitários. Esta se constituirá em centro de informações, assessoramento e coordenação.

As equipes de prevenção em drogadependencias configuram-se como elementos dinamizadores das ações pertinentes para conseguir colocar em andamento **Programas Comunitários** que tenham como objetivo a participação de todos os setores e serviços da comunidade. (Amigo Quintana et al, Prevencíon en Drogodependencias - Documentos marco, Xunta de Galicia, 1993, p.13-35)

♠ Programas de Prevenção do Consumo de Drogas na Escola

• Objetivos gerais e específicos

O programa tem como finalidade à introdução de prevenção do consumo de drogas no currículo de ensino obrigatório sobre o enfoque de **Educação** para a **Saúde**.

Objetivos gerais visam:

> **"***Informar, formar e provocar atitudes e comportamentos positivos para um estilo de vida mais saudável, superando a tradicional divisão entre prevenção específica e inespecífica e com planejamento referenciado na participação comunitária*".

Objetivos específicos visam:

> "- *Dotar a comunidade educativa de instrumentos de trabalho que permitam um enfrentamento racional do consumo de drogas;*
> - *Facilitar a compreensão global, a tomada de decisões e posicionamento pessoal do aluno diante da saúde e do uso indevido de drogas;*

> *-Dotar o aluno de conhecimentos sobre cuidados com o corpo e efeitos da atividade física com finalidade de que valorize os hábitos e costumes sadios com os aspectos básicos de qualidade de vida;*
> *- Dar ao aluno uma informação objetiva e fidedigna que auxilie uma análise critica das drogadependencias;*
> *- Valorizar adequadamente a auto-estima, saber agir diante das pressões dos grupos nas situações de consumo para resolução de conflitos e saúde;*
> *- Ajudar o aluno a desenvolver comportamentos e hábitos mais gratificantes como alternativos ao invés do consumo de drogas;*
> *- Dotar o aluno de conhecimentos para melhorar suas atitudes pessoais e coletivas diante do drogodependente, evitando estereótipos e juízos que propiciem o seu isolamento e marginalização sócial* " (Xunta de Galicia, Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais, Programa de Prevencíon do Consumo de Drogas na Escola, 1995, p.8).

- **Formação de Recursos Humanos: formação permanente de professores "Curso de Educación para a Saúde:Drogodependencias"**

Os professores para desenvolverem atividades e implantar programas de prevenção ao uso indevido de drogas no âmbito educativo passam por um programa de cursos de formação, inicialmente realizados nos CEFOCOPs (Centros de Formación Continuada do Profesorado) e outros cursos e atividades de formação como complemento aos anteriormente realizados. A Conselleria de Educación e Ordenación Universitária prevê, em seu plano galego, a formação continuada de professores, estimula e cria possibilidades de realizar cursos e as múltiplas atividades de formação de acordo com Orde de 13 de decembro de 1994, garantida na publicação Diário Oficial de Galícia Nº 9,Vernes,13 de xaneiro de 1995.

- **Propostas didáticas**

Professores capacitados e motivados se integram a um amplo grupo de trabalho constituído por pessoal especializado de Unidades Assistências e Programas de Prevenção de abuso de drogas, já relacionados com programas desenvolvidos por iniciativas e vivencias anteriores. A meta é a elaboração de materiais didáticos para o programa de prevenção do consumo de drogas na escola e promoção de educação para a saúde, bem como serem os multiplicadores de implantação destes instrumentos de apoio ao professor no momento de introduzir a temática do consumo de drogas no currículo educativo vigente.

Os trabalhos de elaboração de propostas didáticas a cargo destas equipes estão sob a coordenação do Plan Autonômico sobre Drogodependencias, o Gabinete Psicopedagóxico da Consellería de Educación e Ordenación Universitária e o Servicio de Educación para a Saúde do Sergas. O grupo interdisciplinar constituído (educadores, psicólogos, pedagogos e médicos) e coordenados pelo Plano Autonômico sobre Drogodependencias e órgãos conveniados após longo período de trabalho dos distintos subgrupos (4) e do grupo integral para seguimento e coordenação, dão início em março de 1995 a implantação dos **Materiais Didáticos Para a Prevención do Consumo de Drogas na Escola -** Guia *A Experiencia de educar para a saúde na escola*, para cada etapa: Educação Infantil, E.Primária, Secundária Obrigatória, Secundária Post-Obrigatoria. Estes materiais foram em 1994, previamente avaliados, por integrantes das II Xornadas de Educación para a Saúde e profissionais expertos

de toda España. A implantação destes matériais inicialmente ocorreu com 140 Centros Educativos selecionados através das Equipes de Prevenção e Reinserção Social (EPRs) da rede do PAD. Os professores em sua avaliação opinam que são muito interessantes e os consideram plenamente adequados. (Xunta de Galícia, Plan Autonômico sobre Drogodependencias et al., 1995)

♠ Programas Assistenciais do Plano Autônomo sobre Drogadependencias

Os programas assistenciais do Plano Autônomo são os abaixo listados:

- Programa de Informação, orientação e acolhida (POA);
- Programa Livre de Drogas (PLD);
- Programa de Manutenção com Naltrexona (PMN);
- Programa de Manutenção com Derivados Opiáceos (PMDO);
- Programa de Unidade de Dia (UD);
- Programa de Comunidade Terapêutica (CTs);
- Subprograma de Desintoxicação (SD);
- Subprograma de Assistência Domiciliar (SAD);
- Subprograma de Prevenção de Recaídas (SPR);
- Subprograma de Redução do Dano (SDD);
- Subprograma de Urinoanálise (SU).

- **Formação de Recursos Humanos: Curso de Pós-Graduação Universitário "Máster en Drogodependencias" da Universidade de Santiago de Compostela**

A formação de recursos humanos especializados para trabalhar junto aos Serviços de Assistência aos drogadependentes está a cargo do Magister en Drogodependencias da Universidade de Santiago de Campostela, tendo iniciado sua primeira edição em 9 de outubro de 1992, e elaboração de literatura que congrega temas voltados à área de drogadependencias, programas de prevenção, tratamento e reinserção social, etc., com as seguintes públicações: Drogodependencias I. Introducción, 1994; Drogodependencias II. Drogas Legales, 1995; Drogodependencias IV.Prevención, 1995. (Prof. Dr. Elisardo Becoña Iglesias, Depto de Psicologia Clínica y Psicobiología, Coordenador y tutor del Magister da Universidade de Santiago de Compostela/ Galícia-España, oct/1995).

2.10.7.4.2 Plano sobre drogadependencia da Galícia: Programas e Desenvolvimento de Atividades em diversas áreas

De acordo com o Plano de drogadependencias da Comunidade Autônoma de Galícia, apresentado na Memória de PNSD de 1994, foram desenvolvidos os programas nas seguintes áreas:

♥ Área de Prevenção

Programas de Prevenção às Drogadependências

- **Prevenção no Âmbito Comunitário** - foram realizados programas, através de atividades desportivas, culturais, juvenis, em acampamentos, cursos de saúde, discotecas, serviços de orientação e oficina ocupacional destinadas a grupos específicos da população tais como: crianças, jovens e pais, envolvendo entidades e organizações não governamentais ONGs.

- **Prevenção no Âmbito Escolar** - foram realizados programas, através de atividades como debates, cursos, grupos de trabalho, fórum de cinema, atividades de ócio, seminários e teatro destinados a alunos, professores e pais, envolvendo entidades como SERGAS, ONGs, Ayuntamiento, Conselho de Educação e Regulamentação Universitária.
- **Prevenção no Âmbito de Trabalho** - foi realizado um programa através de atividades como debates em sessões visando à redução do consumo do tabaco destinados a funcionários da administração local do Ayuntamiento.
- **Em Outros Âmbitos** - foram desenvolvidas atividades de prevenção às drogas através de debates, intervenções na rádio, fórum de cinema, mesa redonda, escolas de pais, debates em grupos, sessões de jogos, concursos, festivais, guia, oficinas, em vacinações de hepatite B e através de orientações telefônica junto à população em geral aos jovens, pais, crianças e futuros condutores de automóveis envolvendo as entidades como ONGs, Ayuntamento, VAD, SERGAS, I. Social Marina, Conselho de Saúde e Serviços Sociais.

▪ **Programas de Prevenção através de Campanhas Institucionais**

- **Pasa las drogas** com objetivo de conscientizar os jovens a não o uso, envolvendo entidades como UAD, ACLAD, LEYMA e o Correio Galego.
- **Tu ciudad território hostil a la droga** - como objetivo de conscientizar a população em geral e rejeitar o consumo de drogas utilizou-se posters, faixas e programas de rádios envolvendo entidades UAD Porriño.
- **¿Saimos xuntos?** - com objetivo de sensibilizar e tornar conhecida a UAD destinado a população em geral e clientela de Centros de Saúde, envolvendo as UAD de Noia Centros de Saúde e escolas.
- **Informações e sensibilização** - através de canais de radio, TV, imprensa almanaques, panfletos com objetivo de sensibilizar e informar a população em geral assistida nos serviços do " Ayuntamento de Ferrol".
- **Pais, vós podedes previr** - através de folhetos com objetivo de sensibilizar os pais, envolvendo o "Ayuntamento de Carbalho", colégios paróquias, As. Viero.
- **Nós temos a solucíon** - através de canais de radio com objetivos de sensibilizar e informar os pais e jovens, entidades envolvidas de Ayto Carballo e As. Viero.
- **Campaña sobre alcohol** - através de posters, adesivos, folhetos, camisetas, broches com objetivo de sensibilizar os adolescentes, pré-adolescentes e jovens, promovido pelo o Ayto Orense.
- **Campaña de Apoyo a Comite Anti Sida** - através de cartazes canais de rádio, imprensa, desfile de modas e reportagens na TV com objetivo para sensibilizar a população em geral para a problemática de AIDS, entidades envolvidas o Ayuntamento, Comitê ANTISIDA, Diputacíon e firmas comerciais.
- **Campaña do Dia Mundial Del SIDA** - através de folhetos, tarjas vermelhas, mesas informativas na imprensa e rádios e tripeticos com objetivo de sensibilizar a população em geral e a população presidiária para

a problemática da AIDS, entidades envolvidas, Ayuntamentos, Comitê ANTIAIDS, Assoc. Atox, Asoe Abeiros e Cruz Vermelha.

- **Dia mundial de Combate a drogas** - através de cartazes, canais de rádio, espaços na imprensa, tarjas vermelhas, folhetos com objetivo de informar a população em geral sobre recursos existentes, entidade envolvida Ayuntamiento de Marin.
- **Dia Mundial Del SIDA/AIDS** através de cartazes, canais de rádio, espaços na imprensa, tarjas vermelhas, folhetos visando sensibilizar a população em geral sobre a SIDA/AIDS, entidades envolvidas Ayto de Marin, Casa do Mar, Centro de Saúde, As. Rexurdir e Ass. Erguete.
- **Informação sobre HIV/SIDA** através de folhetos e documentos com objetivo de prestar informações para professores, alunos e pais entidades envolvidas de AS. Erguete, Fundação la Caixa.

♥ Área de Intervenção Assistencial

Nesta área foram realizados os seguintes programas:

- **Programas de redução de danos/risco**

Através de programa de redução **de danos** foram efetivados:

- Programas de metadona, destinados aos usuários do U.A.Drogadependencias Congas;
- Distribuição de preservativos aos usuários da U.A.Drogadependencias Villa Vedra, Centro de Planejamento Familiar do Pontevedra;
- Programas de redução de danos aos usuários da Unidade Assistencial Drogadependencias de Santiago.

- **Assistência a problemas de alcoolismo** aos usuários de Centros Ambulatoriais que prestam assistência específica a drogadependencia, Unidades Hospitalares de Tratamento de Alcoolismo no Hospital Geral da Galicia (Santiago).

- **Assistência a usuários através dos recursos normatizados**
  - Centros Ambulatoriais;
  - Unidades Hospitalares de Desintoxicação;
  - Centros Terapêuticos Diurnos;
  - Comunidades Terapêuticas;
  - Centros/programas de prescrição e/ou suspensão de opiáceos;

- **Outros programas desenvolvidos através de recursos assistenciais**
  - Programa de Tratamento ao Tabagismo.
  - Te Ajudamos.
  - Programa de Motivação para Toxicômanos apenados.
  - Programa de Naltrexona.
  - Programa de Prevenção de Recaídas.
  - Programa de Informação e Orientação.
  - Programa de grupos de pais e mães.
  - Programa de Reinserção “O Novo Amigo” e outras atividades**.**

♥ P**rogramas de Intervenção Preventiva-Assistencial junto às populações com problemas jurídicos - penais**

Nesta área foram realizados os seguintes programas:

- **Comissarias/Delegacias de polícia e juizados** - que prestam assistência a detentos usuários drogadependentes com causas penais;
- **Programas em Instituições Penitenciárias** - através de programas preventivos, ambulatórios (naltrexona, desintoxicação, assistencial, conexão com famílias), modular (seguimento psicosocial, orientações e intervenção junto à família), assessoramento (recursos petições e seguimento) aos usuários detentos;
- **Programas Alternativos à Privação da Liberdade** - a usuários detentos através de atenção judicial, concertos e comunidades terapêuticas, Unidade Dia e pisos tutelares/protegidos, apoio familiar e reinserção sócio laboral;
- **Outros Programas** - a usuários detentos através de orientação, derivação e acompanhamento.

♥ **Área de Incorporação Social**

Nesta área foram realizados os seguintes programas:

- **Centro Dia para incorporação social**

- Centro dia para reintegração social do drogadependente através do "Proyecto Hombre".

- **Centro Dia para integração social do usuário/drogadependente de drogas** através de atividades de caráter ocupacional do tempo livre: cozinha, artesanato, trabalho manual.

- Promoção Cruz Vermelha.

- **Centros de atividades, oficinas** para pacientes toxicômanos em tratamento em ASFEDRO.
- **Programas de incorporação no trabalho**

Nesta área foram realizados os seguintes programas:

- **Pré-formação para o trabalho** - programa junto a drogadependentes do "Proyecto Hombre";

- **Formação para o trabalho** - programa junto a drogadependentes desenvolvidos pela ONGs, Ayuntamiento, INEM, Conselleria Trabalho e S.S;

- **Integração no trabalho** - programa para drogadependentes realizado através de oficinas de artesanatos, programas especiais de emprego, de auto-ajuda e outros programas de incorporação social realizados pelas entidades ONGs, Ayuntamiento Social, INEm, Comando Militar, Esc. Náutica Pesqueira Vigo, Unidade Assistencial a Drogadependencias e empresas.

- **Programas de Formação**

Nesta área foram oferecidos aos drogadependentes:

- **Cursos puente/de passagem** - são cursos escolares e de formação, com carga horária de 60 horas destinados a drogadependentes e realizados pelas entidades As. Reyudir, Radis ECCA, Proyecto Hombre, CEGEBRAD;

- **Cursos regulares** - são cursos escolares de formação com carga horária de 144 - 180 horas destinados aos drogadependentes e realizados pelas entidades As. Adad, Centro Adultos, LEGEBAD, As Alvorada, Radio ECCA, INGABA;

- **Outros cursos de formação** - com carga horária de 20 semanas a 1.200 horas destinados aos drogadependentes e realizados por várias entidades.

- **Programas de Apoio Residencial (moradia)**

Nesta área foram realizados os seguintes programas:

- **Pisos/moradias tutelados** tem como objetivo abrigar drogadependentes, entidades co-responsáveis Atox, Proyecto Hombre, Erquete, MAS.

- **Outros Apoios** - tem como objetivo prestar informação, assessoramento e facilitar o acesso aos drogadependentes às residências sociais e entidades envolvidas do "Ayuntamiento de Santiago" (UAD) e do Serviço Municipal de Moradia (residências sociais).

-Pisos/moradia de Acolhida destina-se a todos os drogadependentes carentes que necessitem de condições mínimas de habitação e se encontram em processo de recuperação.

Os programas de apoio residencial oferecem distintas modalidades de residência alternativa com objetivo de favorecer a incorporação social dos drogadependentes.Trata-se de pisos/alojamentos compartilhados por diversas pessoas em situação precária (ex-drogadependentes, presos que acabam de cumprir condenação, etc.) que convivem junto com "equipes de educadores". Não de trata somente de prover um alojamento, mas sim facilitar a sua reintegração social.

- **Intervenção em Drogadependencias nas Prisões**

O programa destina-se aos presos que se encontram em regime preventivo ou cumprindo condenação, tem como objetivo intervir no interior dos presídios dando respostas para os problemas gerados pelas drogadependencias.

As equipes interdisciplinares (médicos, psicólogos, etc.), através de trabalhos realizados tanto individual como em grupo, buscam auxiliar os drogadependentes a abandonar o consumo de drogas, e estabelecem contatos com recursos extrapenitenciarios que permitem dar continuidade ao processo de recuperação ao após a conclusão da pena.

2.10.7.4.3 Níveis Assistenciais aos drogadependentes no Governo da " Xunta de Galícia"

Visando o processo de recuperação do drogadependente, é previsto o oferecimento de uma atenção diversificada de abordagens assistenciais que possibilitem operacionalizar um plano personalizado de tratamento.

Os diversos tipos de recursos que fazem parte dos três níveis de intervenção assistencial auxiliam o usuário de drogas no processo de abandono gradual das mesmas. Os recursos existentes são os abaixo descritos:

Primeiro Nível (Atenção básica)

Tem como objetivo detectar e identificar os casos e encaminhar o usuário de drogas a rede assistencial especializada de acordo com necessidades previstas. Sendo então encaminhados aos serviços que pertence a este nível:

- Os serviços sociais de base;
- As equipes de atenção primária dos centros de saúde.

Segundo Nível (Atenção especializada)

Visa prestar tratamento especializado aos drogadependentes em regime ambulatorial. Podem receber uma atenção específica em centros nosográficos (Unidades de drogadependencias), ou na classificação geral dos transtornos psicossociais (Centros de Saúde Mental e/ou Módulos de Atenção Psicossocial).

Neste segundo nível, "eixo" de intervenção, que se realiza a valorização de cada indivíduo assistido na demanda num processo personalizado de intervenção terapêutica. A atenção especializada será prevista de acordo com cada caso, seja a necessidade de uma assistência provisória ao drogadependente de ser encaminhado para uma Unidade de Desintoxicação hospitalar, ou intervenção definitiva, ou de ser encaminhado para uma Unidade de administração de Metadona.

Terceiro Nível

Os recursos especializados que fazem parte do processo de recuperação, ou das etapas parciais partem de critérios do centro ambulatório de referência que são os seguintes:

- **Unidade de Desintoxicação Hospitalar** - são serviços de internamento para as desintoxicações hospitalares;
- **Unidade de Administração de Metadona** - encarregam-se de administrar metadona aos usuários dependentes de opiáceos quando considerado indicado esta forma de intervenção/tratamento. Nestas unidades são desenvolvidos programas de educação para a saúde, orientando-os e reforçando a motivação dos consumidores para manterem-se no programa e conseguirem abandonar totalmente o consumo de drogas;
- **Comunidades terapêuticas** - desenvolvem o processo de reabilitação em regime residencial;
- **Centro dia** - Realizam trabalho intensivo de reabilitação do drogadependente, sem a necessidade de internação hospitalar.

Ainda entre estes recursos, algumas comunidades autônomas utilizam outras estratégias tais como: colocação em pavimentos (pisos) residenciais de reinserção, programas de intervenção em prisões e nos juizados de guarda, etc.

Estes três níveis funcionam articulados, todos em uma proposta de intervenção que estão sediados ao redor dos centros assistenciais de segundo nível e que vão ao encontro sempre das necessidades de cada sujeito.

♠ Programa de Assistência aos Drogadependentes (PAD)

O sistema de avaliação assistêncial (S.E.A.) do PAD é um sistema de avaliação específico para os programas de tratamento a drogadependentes assistido nas distintas Unidades Assistenciais das redes do PAD que resulta da recolhida dos dados destes pacientes que se encontram num processo terapêutico.

Os objetivos do SEA são os seguintes:

- Facilitar um adequando "feedback" informativo para os profissionais quais permitam a tomada de decisão sobre seus programas visando a melhora destes e da qualidade assistencial;
- Estudar as deficiências da rede facilitar a redefinição de objetivos terapêuticos;

- Definição de variáveis com valor prognóstico;
- Identificação de bons indicadores assistenciais;
- Facilitar estudos de eficácia eficiência dos distintos centros e programas, bem como da rede em seu conjunto;
- Facilitar qualquer tipo de pesquisa que possa contribuir para um melhor conhecimento das drogadependencias;
- Conhecimento da historia natural das drogadependencias, suas mudanças e sua complicações do ponto de vista epidemiológico;
- Permanente atualização da tipologia de pacientes que se encontram em contato com os serviços integrados na rede;
- Possibilitar o planejamento e tomada de decisões em matéria de drogadependencias da parte da Comissão do Plano Autônomo sobre Drogadependencias (CPAD);
- Facilitar e contribuir para os estudos que se planejam a nível estatal no âmbito das drogasdependencias (neste sentido importante manter a relação da coordenação com o S.E.I.T.). Possibilidade de realizar estudos de seguimento e eficácia dos tratamentos.

Um modelo de avaliação proposto pelo CPAD, através deste sistema, se apóia num sistema de informação comum em todos os centros de atenção a drogadependentes que se dirigem a uma unidade central, a oficina do comissionado no Plano Autônomo de Drogadependencias que apresenta as seguintes características:

- Sistema de informação multicêntrico que realiza uma recolhida dos dados homogênios estabelecendo uma linha base populacional e registrando as atuações que se realizam com cada paciente;
- Os instrumentos que articulam o sistema são: Ficha de Admissão a Tratamento (ficha inicial ou de acolhida), baseada na história clínica do paciente; Ficha Mensal, que registra as atividades realizadas com cada paciente em cada programa durante o tratamento e uma ficha de centro que engloba os dados sobre as eficiências dos mesmos;
- Do ponto de vista do processo e das informações acumuladas, o sistema está planejado para proporcionar dois tipos de avaliação:
  ** avaliação externa aos centros e interna para a rede;
  ** avaliação interna dos próprios centros .
- A respeito dos distintos níveis de análises de informações recolhidas, se obtém os dados do conjunto da rede, de cada um dos centros de tratamento e dos distintos programas terapêuticos. Assim sendo, torna-se possível comparar os dados de centros, programas e os da rede.

Em relação às **características dos centros de tratamento** o sistema os classifica nos seguintes tipos:

- O primeiro atendimento: são os centros de referência e se corresponde com as Unidades Assistenciais de Drogadependencias (UADs) da rede. São a base a partir da qual se acolhe e se encaminham os pacientes a outros centros de tratamentos específicos;
- O segundo atendimento: atendimento aos pacientes encaminhados por outras UADs: Comunidades Terapêuticas e Unidades de Dia.

Por se tratar de um sistema flexível permite a incorporação futura de mais centros, programas e de outras variáveis avaliativas que se consideram oportunas em função da evolução do fenômeno das drogadependencias.

♣ Programa de Manutenção com Metadona (P.M.M.)

Este programa é direcionado a pessoas dependentes de opiáceos (fundamentalmente heroína). Consiste em administrar sob supervisão médica um substituto da heroína, a partir do calculo de dose de heroína que cada paciente necessita segundo a sua dependência e administração da dose equivalente do substituto, a princípio diariamente e posteriormente a administração de doses passa a ser de dois a três dias.

O P.M.M. é um programa de objetivos intermediários que tem as seguintes finalidades:

- Suspender o consumo de heroína;
- Tirar o sujeito do mercado negro;
- Permitir levar um ritmo de "vida normal";
- Facilitar sua integração;
- Reduzir problemas sócio-sanitários;
- Promover contato com o centro e com as possibilidades educativas que isso proporciona;
- Diminuir qualquer conduta social anti-social associada ao uso de drogas.

♣ Programas de Objetivos Meios (intermediários)

A definição de objetivos meios (intermediários) visa obtenção da total abstinência de drogas e uma melhor estabilidade econômica e de trabalho, a uma adaptação pessoal e social mais satisfatória e uma estabilidade afetiva conducente a redução da delinqüência.

Através de uma oferta terapêutica ou de serviços de cobertura assistencial que atendam as necessidades reais de demanda dos drogadependentes, apresentam propostas conducentes a melhoria de qualidade de vida e das condições de saúde daquelas pessoas que ainda não tomaram a firme decisão de dizer não às drogas.

♣ Programas Livres de Drogas

Estes programas assistenciais têm como objetivo conseguir manter a abstinência de drogas de cada paciente. Todos seus esforços se voltam para os sujeitos que estão imersos no consumo, aqueles drogadependentes que ainda consomem e não pensam em deixar as drogas, ou já deixaram de pensar. É um programa complementar ao programa de objetivos meios. As estratégias de intervenção visam beneficiar distintos sujeitos, ou seja, aqueles que desejam abandonar definitivamente as drogas, ou para aqueles que seguem consumindo e não venham a sofrer conseqüências mais graves da própria dependência.

♣ Programas Pré-trabalho (profissionalizante) e Trabalho

Estes programas voltam-se para aqueles drogadependentes que tem grandes dificuldades de acesso direto ao mercado de trabalho.

O objetivo visa facilitar o desenvolvimento de aptidões, conhecimentos, hábitos e respectivas competências para o exercício de uma atividade (profissional) de trabalho, proporcionando ao drogadependente a sua incorporação no sistema produtivo em condições de igualdade com a população geral.

Os recursos utilizados para colocação de pessoas no mercado do trabalho são os recursos de trabalhos temporários que, sem estes, eles teriam grandes dificuldades de reinserção. Estes recursos visam os drogadependentes em fase de recuperação que os utilizam com vistas a um processo progressivo de normalização.

As iniciativas dos programas são as seguintes:

- Formação pré - profissional/laboral para toxicômanos e outros grupos sociais;
- Formação profissional/laboral para toxicômanos e outros grupos sociais;
- Oficinas de artesãos para toxicômanos;
- Programas especiais de emprego para toxicômanos e outros grupos sociais;
- Reserva de vagas (postos de trabalho) em empresas;
- Promoção de criação de cooperativas de auto- ajuda;
- Reincorporação laboral/trabalho em anteriores postos de trabalho;
- Contratação de ex-toxicômanos.

2.10.7.4.4 Recursos de atenção as drogadepencias da Comunidade Autônoma da Galícia

O drogadependente tem acesso aos serviços de saúde e serviços sociais do tipo social ou diretamente na Unidade Assistencial de Drogadependencia que fazem parte da rede assistencial do Plano Autônomo sobre Drogadependencia (PAD).

- **Unidade Assistencial de Drogadependencia** (UAD)

São centros ou serviços de tratamento ambulatorial das drogadependencias que desenvolvem diversas atividades terapêuticas com pacientes consumidores de drogas e/ou drogadependentes, a sua família e ambiente social. A Comunidade Autônoma de Galicia conta com 19 U.A.D.s. Este serviço é o único que poderá encaminhar o usuários a outros recursos assistenciais de PAD (prévio diagnóstico médico - psicológico do paciente consumidor) disponível na Comunidade Autônoma.

- **Unidade de Desintoxicação Hospitalar** (U.D.H.)

São aqueles serviços que estão dentro de um Serviço de Assistência Hospitalar, destinados a realizar tratamentos de Desintoxicação em regime de internamento hospitalar. Estão em funcionamento 3.

- **Unidade Dia** (U.D.)

São aqueles serviços que em regime de permanência diurna, realizam tratamentos de desabitualização mediante terapia farmacológica, psicológica e/ou ocupacional, promovendo a participação ativa dos pacientes por um período de tempo de vários meses. Atualmente o PAD conta com 3 U.D., com previsão de aumento brevemente.

- **Comunidades Terapêuticas** (C.T.)

São aquelas unidades, centros ou serviços que em regime de internamento, realizam tratamento de redução de consumo mediante terapia farmacológica, psicológica e/ou ocupacional, promovendo a participação ativa dos pacientes por um período de tempo de vários meses. Atualmente o PAD tem em pleno funcionamento 3 C.T.s.

- **Equipes de Prevenção - Reinserção Social de Drogadependencias**

São Programas ou Serviços dependentes de Conselhos e Associações, fundações e outras organizações não governamentais ONGs no campo das drogadependencias, que

cooperam para a integração social dos afetados bem como na prevenção do consumo de drogas. Atualmente (1995) estão em desenvolvimento 40 programas com estas metas.

♦Prevenção

O conjunto de esforços (recursos, serviços, programas) que a comunidade procura desenvolver visando promover a saúde de seus membros e reduzir consideravelmente a probabilidade de que surjam problemas relacionados com o consumo de drogas.

Considera como o mais importante prevenir do que destinar recursos econômicos para cobrir custos das drogadepedencias. A prevenção é de responsabilidade global compartilhada por toda comunidade e não específico de uma área de especialistas. As atividades preventivas realizadas na população têm como estratégia maior controle da oferta e da disponibilidade das drogas e a redução da demanda no contexto social.

A prevenção é realizada em três diferentes níveis:

- **Prevenção Primária** - tem como objetivo eliminar ou reduzir ao máximo os problemas derivados do consumo de drogas.
- **Prevenção Secundária** - visa deter e intervir precocemente sobre o consumo incipientes de drogas com a finalidade de impedir seu agravamento e cronificação.
- **Prevenção Terciária** - busca estratégias conducentes a reinserção de ex-drogadependentes e a diminuição das possíveis seqüelas resultados do consumo de drogas.

♥Fases do tratamento dos drogadependentes

Para resolução dos problemas de drogadependencias, visando a recuperação, torna-se necessário o tratamento em distintas etapas:

1 - **Admissão**

A resposta à busca de tratamento visa sobre tudo:

- reforçar a motivação do paciente (de sua família conforme o caso) para submeter-se a um processo terapêutico.
- esclarecer e modificar algumas reações inúteis ao processo que se estabelece (urgência, delegação, dramatização).

2 - **Valorização**

O processo diagnóstico pretende conhecer e identificar todos aqueles traços do indivíduo e do seu meio que podem ser relevantes ao plano e escolha de intervenções terapêuticas que contribuam para:

- diagnóstico médico (situação clínica do sujeito);
- diagnóstico psicológico (função da drogadependecia na dinâmica psicologia do indivíduo ou de sua família);
- diagnóstico social (características do meio no qual de desenvolve o drogadependente);
- história toxicológica (história do seu consumo, problemas associados, tratamentos prévio, etc.).

3 - **Desintoxicação**

Trata-se da desvinculação do indivíduo a respeito da droga ou drogas de que está dependente, tanto a síndrome de abstinência que poderá aparecer ao suspender a administração da substância.

De acordo com o diagnóstico prévio pode-se efetivar três modalidades:

* **desintoxicação domiciliar** é realizada por um profissional do centro um ATS que se desloca até o domicilio do paciente e diariamente controla o processo de desintoxicação, para a administração realiza um acompanhamento do seu estado físico, e faz sua contenção nos momentos de crise. O êxito deste procedimento depende de um grau de comprometimento e colaboração da família;

* **desintoxicação ambulatorial** esta intervenção é similar ao procedimento da anterior, mas, neste caso é o paciente que se dirige ao centro assistencial acompanhado de uma pessoa de confiança, se possível um familiar;

* **desintoxicação hospital** neste caso o paciente permanece hospitalizado numa unidade hospitalar específica durante um período aproximado de 15 dias. Tal intervenção é indicada nos seguintes casos:
  - dependência severa de uma ou várias drogas;
  - patologia orgânica grave;
  - antecedentes de transtorno psiquiátricos;
  - ausência de um nível mínimo de apoio familiar.

4 - Redução de Consumo

Trata-se de um trabalho terapêutico orientado a romper a dependência psicosocial da substancia, procuram meios para modificar o estilo de vida do sujeito que tem um consumo compulsivo de drogas e dificuldades para enfrentá-las quando se encontra em conflitos vitais (tensão, medos, diversão, aborrecimentos, etc.), de acordo com as necessidades de cada pessoa, o processo de desintoxicação pode ser realizados em distintos locais que prestam assistência, tais como: Centro Ambulatorial; Comunidade Terapêutica, e Centro Dia(diurno).

5 - **Reinserção Social**

O processo de incorporação social ocorre a partir do momento que o sujeito adquiriu um grau suficiente de autocontrole a respeito do consumo problemático de drogas, consegue desenvolver atividades da vida social que foram interrompidas tais como: continuidade dos estudos, acesso ao mercado de trabalho, estabelecimento de relações e amizades com pessoas não problematizadas pelas drogas, etc. Neste tipo de intervenção procura-se possibilitar que o antigo drogadependente tenha gratificações numa vida social normalizada.

♥Prevenção de Recaídas

O trabalho de prevenção de recaídas procura incorporar assistência ao desenvolvimento de habilidades que permitam ao ex-drogadependentes:

- identificar e reconhecer antecipadamente as suas particulares situações de risco;
- adotar mecanismos que possibilitam enfrentar situações sem a necessidade de utilização das drogas.

O resultado do trabalho de prevenção de recaídas possibilita que a pessoas consigam progressivamente confrontar-se exitosamente diante das situações de riscos, habilita a tornar-se competente para controlar o consumo, isto contribui para redução da probabilidade de que ela tenha uma recaída. As recaídas são decorrentes de um período de abstinência e de mudança do estilo de vida, ocorrem geralmente quando o sujeito encontra-se numa situação de crise e incapaz de manejá-la sem recorrer as drogas nas situações de crise caracterizadas pelos seguintes fatores:

- Pressão social por parte de outros consumidores;
- Estados emocionais negativos (aborrecimentos, angústias, frustrações, etc.);
- Conflitos interpessoais (discussões familiares e relações conjugais, etc.).

(XUNTA de Galícia , Comisionado do Plan Autonômico sobre Drogodependencias, Dr. Manuel Araújo Gallego, nov/1995)

2.10.7.5 "Comunidade Autônoma do País Vasco"- CAPV: Políticas, Plano sobre Drogas, Programas de Prevenção, Programas de Assistência e Reintegração Social, Programas em diversas Áreas desenvolvidos pelo Plano Autônomo sobre Drogadependências.

2.10.7.5.1 Política de Drogas na Comunidade Autônoma do País Vasco

A LEI sobre Prevenção, Assistência e Reinserção a respeito de Drogadependências (15/1988 de novembro), no título I , se refere à Prevenção das Drogadependências, destaca em relação aos objetivos gerais que "corresponde aos poderes públicos, em seu respectivo marco de competência, de desenvolver, promover, apoiar, coordenar e controlar os resultados dos programas e atuações tendentes, entre outras , a "*Educação para a Saúde*".

Em seu artigo V destaca que " A Administração educacional, em colaboração com a sanitária, se responsabilizará na introdução de um programa de "*Educação para a Saúde*" no âmbito da comunidade escolar, bem como a aplicação de programas de formação previstos em Lei Vasca 7/1982, de 30 de Junho, de Saúde Escolar, com a finalidade de realizar a prevenção do consumo de drogas.

O Governo Vasco assume o compromisso perante a sociedade de tomar decisões oportunas visando apoiar a incorporação de programas de estudos universitários, da educação para a saúde e todos os conteúdos indispensáveis para uma formação adecuada sobre os distintos aspectos que tratam das drogadependências, ou seja, a formação de especialistas (Ayarza Elorriaga, 1994).

Embora tendo conhecimento dos inúmeros problemas causado pelo consumo de álcool e outras drogas não só aos usuários mas, a sociedade em geral, só a partir de 1989, as diversas instituições como as **Associações de Vizinhos**, o ''Ayuntamiento''Câmara Municipal e o Governo Vasco passaram a dar respostas de maneira sistemática a problemática social.

Em primeiro lugar com a criação do Centro Coordenador das Drogadependencias (D.A.K.) em abril de 1981 e, em segundo lugar, com o Plano de Atuação Contra as Drogadependencias, aprovado pelo governo Vasco em fevereiro de 1982. As medidas preventivas que o D.A.K. passou a desenvolver tiveram como referencial as orientações do

"livro básico para a redução do uso indevido de Drogas" publicada pelas Nações Unidas em 1980 (Edex Kolektiboa,Gobierno Vasco, 1994; (20).)

O Plano de Atuação contra as Drogadependencias é considerado uma prioridade dos Departamentos de Interior e Saúde, mas pelas características de suas intervenções requeriu o envolvimento de outros setores como os da Cultura, Educação e Justiça, revelando seu caráter pluridepartamental.

O referido Plano e a Política de Prevenção se desenvolvem em torno de três grandes linhas de ação: Medidas informativas, educativas e comunitárias.

♦Recomendações do Conselho Assessor de Drogadependências sobre Alcoolismo

Em comprimento as exigências da Lei sobre Prevenção, Assistência e Reinserção em matéria de drogadependencias da Comunidade Autônoma Vasca foi criado, em caráter consultivo, o Conselho Assessor de Drogadependencias. Este órgão tem como meta o estabelecimento de um diálogo permanente entre as administrações públicas e a iniciativa social (Gobiern Vasco,1995).

Para melhor funcionamento deste órgão foram constituídos seis Comissões Técnicas Especializadas, integradas por diversos profissionais e especialistas no tema. O resultado dos trabalhos da Comissão Técnica "Alcoolismo" no ano 1992, após discussão e análise da situação a partir dos temas: Participação, Assistência, Prevenção, Normas Municipais concluiram seu trabalho com o título "*Debate social ante las drogadependencias, Euskadi 1992*", que apresentou suas recomendações para o desenvolvimento de uma política em drogadependencias, inscrita no Plano Trienal de Drogadependencias 93-94 e 95.

As recomendações foram para que as administrações devem adotar os seguintes critérios:

- Evitar contradições manifestadas na política seguida que dêem margem a uma falta de credibilidade dos programas [...];
- Considerar a existência de associações trabalhando no tema das drogadependencias, estas devem ser consultadas ao planejar, realizar e avaliar programas, bem como determinar prioridades [...];
- Considerar as características socioculturais específicas, ritimos e peculiaridades da comunidade que irá efetuar intervenções.

♦Recomendações ao Departamento de Saúde - Osakidetza

As recomendações a este Departamento são as seguintes:

- Deverá realizar um estudo de necessidades e promover debates entre os profissionais especialistas possibilitando melhorar preparo dos recursos diante da atual desigualdade e inadequada distribuição zonal, bem como a implantação de equipes mínimas multidisciplinares de alcoolismo que proporcionem uma assistência integral e uma maior aproximação do cidadão;
- O Coletivo Sanitário deverá promover que o alcoolismo é uma enfermidade e como tal deve ser assistida pelos Serviços de Urgências;
- Potencializar as atuações das equipes de Atenção Primária integrando a assistência ao alcoolismo;

- Impulsionar a coordenação entre as diferentes equipes e estas com os Centros de Saúde que possibilitem ações conjuntas dos recursos e uma avaliação de tratamento. [...].

♦**Recomendações as Administrações Públicas**

As recomendações são as seguintes:

- Intervenção junto aos adolescentes com problemas de alcoolismo pelo Sistema de Serviços Sociais, procurando manter e buscar assessoramento indispensável a um tratamento normalizador;
- Promoção de grupos naturais de auto-ajuda que reforcem a reintegração social a partir de processos cotidianos e um contexto comunitário mais flexível, solidário e co-responsável [...];
- Promoção de canais estáveis e operativos de participação social no marco local através de comissões para a Prevenção Comunitária e/ou Conselho do Bem Estar Social, Saúde [...];
- Elevar o grau de conhecimento da população quanto aos riscos e conseqüências do consumo abusivo do álcool, conducentes a maior informação-sensibilização da população em geral sobre os aspectos relacionados com o álcool e propiciando a formação e reciclagem dos distintos mediadores sociais engajados como agentes de prevenção. Desta forma promovendo alterações nas representações sociais existentes na população em relação ao álcool;
- Estimulação de atividades, hábitos e condutas que oportunizem e contribuam para o desenvolvimento saudável e uma vida sadia , transmitindo mensagens e ações globais de promoção da saúde com coerência e não de forma contraditória ao drogadependente;
- Aplicação dos Regulamentos Municipais relativos à promoção e consumo de álcool dentro de um conjunto de medidas globais inseridas e um Plano para a Prevenção Comunitária das Drogadependencias a partir da consideração da necessidade de sensibilização, participação, a partir do princípio "só proibir o que somos capazes de fazer cumprir";
- Redução da oferta de drogas legalizadas, proporcionando meios de discriminação positiva diante das bebidas alcoólicas;
- Limitação da promoção e publicidade de bebidas alcoólicas;
- Aplicação e cumprimento da Lei por todas as Administrações e concretamente pelos "Ayuntamientos", assim evitando a multiplicação e utilização de bebidas alcoólicas como suporte de atividades culturais e musicais;
- Urgir/insistir com a Comissão de Publicidade Enganosa a estabelecer meios que permitam a aplicação da Lei 15/1988 (medidas sancionadoras, competências...);
- Buscar e promover alternativas de ócio e tempo livre, mais adequadas as necessidades da população (EdexKolektiboa, 1993; (11); 1994; (21); Ayarza Elorriaga,1994).

2.10.7.5.2 Plano sobre Drogadependencia do País Vasco: Programas e Desenvolvimento de Atividades em diversas áreas

De acordo com os dados divulgados na Memória/93, relatório anual do Plano Nacional Sobre Drogas (1994), o abuso de álcool na população juvenil continua sendo o maior problema de drogadição da comunidade Autônoma do País Vasco. Embora tenha reduzido consideravelmente o número de consumidores e o consumo de heroína intravenosa, o

consumo dos estimulantes continua sendo uma prática habitual nas festas. Além da cocaína e o speed, o extasis, um novo derivado anfetaminico está sendo consumido pelos jovens vascos. Além do desenvolvimento dos programas OSASUNKUME, IRUDI - BIZIAK - bem como o trabalho das Equipes Técnicas de Prevenção Comunitária voltadas à prevenção, em todo o sistema assistencial, SARTU e da contratação de ex- toxicômanos na área de inserção social, foram desenvolvidos as seguintes atividades:

- Sensibilização e conscientização do grupo empresarial para a problemática das drogadependencias no contexto do trabalho;
- Análises das substancias voláteis e solventes capazes de criar dependência;
- Estudo da operacionalização da Lei de Prevenção, Assistência e Reinserção das Drogadependencias do País Vasco, quanto á proibição da publicidade exterior de álcool e tabaco;
- Colaboração com outras instituições fora do País Vasco;
- Continuidade do programa de desintoxicação de apenados nos Centros Penitenciários da Comunidade Autônoma;
- Elaboração e lançamento de um plano anti-tabaco no sistema sanitário;
- Campanhas institucionais de prevenção pertencente ao nível municipal;
- Consolidação do processo de avaliação de programas.

As atividades destacadas em cada área são a seguir apresentadas:

♥ Área de Prevenção

Os **Programas de Prevenção** as drogadependencias são os seguintes:

- **Prevenção no Âmbito Comunitário** - foram realizados 70 programas. As atividades realizadas foram informativas, formativas, ocupacionais de ócio e tempo livre e controle de alcoolemia. Foram desenvolvidos junto aos profissionais de EPS, pais, crianças e jovens e a população geral de associações os Dep. Forales, Ayuntamento e ONGs;
- **Prevenção no Âmbito Escolar** - foram realizados 147 programas sendo realizado atividades docentes, formativas, preventivas e participativas junto a população de jovens absenteistas e com fracasso escolar alunos do ciclo infantil, EGB e EEMM e pais de minorias étnicas, envolvendo entidades como Dip. Forales, Ayntamentos, COPs, ONGs;
- **Prevenção no Âmbito do Trabalho** - foram realizados dois programas, sendo através de debates e análises, atividades junto a profissionais de saúde, agentes sindicais, estudantes FP e ertzaintze;

Ainda em **outros âmbitos** foram realizados seis programas, sendo: atividades de informação sobre medicamentos do Centro Vasco, cursos para educadores infantis, colônia estiva, informações sobre drogas em discotecas freqüentadas por jovens, e em competições desportivas, junto a profissionais de saúde, educadores infantis, crianças 6 a 14 anos, e jovens 14 a 17 anos.

•Programas de Prevenção através de campanhas Institucionais

Nesta área foram operacionalizados "**Desfruta teu tempo livre, sem álcool**" com objetivo de prevenir o consumo de álcool junto à população escolar, pais e população em

geral; a campanha de prevenção de drogadependencias "**Me gusta viver sno: leo, jogo e sorrio**..." com uma alternativa ao consumo de drogas e aproveitar ao máximo a escola, os valores desportivos e positivar o tempo livre realizado junto aos escolares de 6 - 12 anos "**Sé más vivo**" realizado para prevenir o consumo de álcool entre os jovens de 11 a 17 anos; divulgação de mensagens preventivas como defesa diante das pressões dos grupos voltados para população em geral, especialmente os jovens; realizada a II Caminhada popular como um esporte alternativo contra as drogas pela população em geral e campanha "**Seguidad vial y álcool**" como prevenção a acidentes de trânsito desenvolvido junto à população em geral.

♥ Área de Intervenção Social

Os programas foram operacionalizados através de atividades junto a usuários de drogas assistidos em Centros Ambulatoriais, Unidades Hospitalares de Desintoxicação, Centros Dia Terapêutico, Comunidades Terapêuticas públicas, e privadas subvencionadas, Centros/programas de prescrição e ou suspensão de opiáceos.

Os programas de redução de danos/seqüelas foram operacionalizados junto aos usuários de drogas intravenosas, com fornecimento de Kits anti-SIDA/AIDS e troca de seringa em farmácias através do Plano de prevenção de controle de SIDA /AIDS com participação de entidades Osakidetza, of. de Programas de um " Ayuntamento de Vitoria Gasteia" que proporcionam auxilio financeiro/econômico a doentes portadores de HIV para despesas com medicamentos através do Comitê da Cidadania e Anti-SIDA e ainda de atividades de manutenção de dormitório de toxicômanos.

Os pacientes com problemas de alcoolismo receberam assistência em Centros Ambulatoriais e em Unidades Hospitalares.

Nesta área de intervenção assistencial os usuários de drogas foram assistidos através de outros programas ou recursos assistenciais tais como auxilio econômico para tratamento em Comunidades Terapêuticas de CAV, Atenção Integral a doentes de SIDA (Grupos de Auto-Ajuda T-4), grupos de Auto-Ajuda; auxilio econômico individual a ex-toxicômanos através de apoio e integração social. Atenção a menores usuários de drogas ou com pais usuários em situação de risco e desamparo, e ainda foram auxiliados a participarem de Oficinas de informação sobre assistência e reinserção social promovidos pelas entidades Osakidetza, Dip. Foral Bizkaia e Ayuntamento de Bilbao.

♥ Programas de Intervenção Preventiva - Assistenciais junto a populações com problemas jurídico-penais

Estes programas foram operacionalizados junto a assistentes sociais e juizes que prestam assistência aos usuários de drogas detentos em Comissarias/delegacias de polícia e juizados, e aqueles detentos que são assistidos através de programas ambulatoriais e de assistência legal penitenciária e em programas de manutenção de naltrexona aos que estão cumprindo penas em instituições penitenciárias.

♥ Área de Incorporação Social

Nesta área os ex-toxicômanos foram assistidos em Centros de Dia e programas que visam a reinserção social de pessoas infectadas por HIV - Bietxeak e Centro Dia ocupacional Bizitegui e ainda na Associação Cigana Gao Lacho Dron. Ainda aqueles usuários assistidos

através de programas de formação ou capacitação educacional que freqüentaram cursos regulares com obtenção de graduação escolar, o titulo FP 1 e acesso a universidade aos maiores de 25 anos e outros programas de formação e orientação a emprego e de Garantia social. Os assistidos através de programas voltados para a incorporação no trabalho, nos programas de pré-formação, formação e integração no trabalho - o programa SARTU que oferecem a formação e integração e a contratação de ex-toxicômanos CAV.

Os programas de Apoio Residencial (habitação) foram operacionalizados através de colocação dos toxicômanos em Pisos/habitação tutelados, visando sua reabilitação; e da colocação de portadores de HIV e ex-toxicômanos em residências onde receberam atenção e apoio a sua reinserção social.

♥ Área de Formação de Recursos Humanos (profissionais e mediadores sociais)

As atividades operacionalizadas nesta área foram através de Cursos de Formação em Drogadependencias, destinados a professores, sindicalistas, pessoal voluntário, técnicas, polícia municipal, alcoolístas reabilitados e aspirantes Ertzaina, mediadores juventude, trabalhadores sociais, estagiários universitários de medicina, sociologia, psicologia, direito. Através de realização de seminários, jornadas, encontros científicos voltados a pesquisadores sociais, mediadores sociais, técnicos em educação, técnicos de instituições, farmacêuticos, delegados sindicais, tutoriais de EEMM e APAS de EEMM, participar em Congressos Científicos os pesquisadores e mediadores sociais responsáveis administrativos profissionais de saúde sanitária de serviços sociais.

Outros programas de formação operacionalizados foram os Cursos de Mestrado em Drogadependenciais e de Especializações em Drogadependencias, destinados e freqüentados por profissionais graduados de cursos universitários.

♥ Áreas de Estudos e Investigação

Nestas áreas foram realizadas inúmeras atividades como premiação e concursos de Memorial Aya Goñi, Utopia; auxilio através de Bolsas para pesquisas de pós-graduação, auxilio para Políticas internacionais de comunicação em matéria de drogadependencia, e auxilio para inserção no trabalho de ex-toxicômanos. Destaque no campo de pesquisas realizadas sobre Avaliação do II Plano Trienal de Drogadependencias, Álcool e Juventude, Estudo sobre Substâncias Voláteis e Solventes capazes de criar dependências; Avaliação do programa Kit anti-SIDA, Avaliação do Programa de Intercâmbio de Seringas em farmácias; levantamento de pesquisas em drogadependencias realizadas no mundo laboral (trabalho); início do Estudo Jóvenes Vascos 1994, Hábitos em Matéria de Saúde Escolar, outras pesquisas junto a pacientes atendidos em Serviços de Urgência hospitalar por consumo de álcool, e ainda foi realizada uma pesquisa sobre o tráfico ilícito de drogas.

♥ Área de Publicações

As publicações foram sob forma de livros que divulgam o resultado do Estudo sobre "*Avance em farmacologia y drogadependencias, cocaina, anfetaminas e xantinas*", outros livros com títulos *Programas de prevencíon de drogadependencias*. *Deserrollo curricular de la ESO; En la huerta com mis amigos alunos* e (guia de profesores y padres); *El ABC de la drogadependencias* (guia de professores y padres); *Abordaje de problemas associados al alcoholismo*; (cuaderno del alumno); *La lucha contra la droga en la escuela. La experiência*

americana; Si fumas te la juegas; Programa de Prevencíon del SIDA en VDUP en farmácias; mará-mará Unidad temática sobre el tabaco; Etxean ere bai; Una de Martxa.

Programa de Prevenção do Consumo de Drogas na Escola

♣OSASUNKUME: Programa de Educação para a Saúde e Prevenção às drogadependencias

"**OSASUNKUME: La aventura de la vida**" é um programa de prevenção as drogadependencias que inscreve suas atuações numa estratégia de Educação para a Saúde a partir de uma perspectiva comunitária, indo ao encontro a Lei de Prevenção, Assistência e Reintegração em matéria de drogadependencias do Parlamento Vasco, com os termos da Reforma Educativa e das Recomendações do Parlamento Europeu.(Edex Kolektiboa, Gobierno Vasco, FAD, 1993,1994)

O programa de prevenção drogadependencias se insere no grupo das intervenções centradas na resolução da demanda das drogas.

- **Objetivo**

Trata-se de uma estratégia de Prevenção Primária, tem como objetivo impedir o surgimento de problemas relacionados com as drogas, e destinado a aqueles que ainda não as utilizam ou as consomem de forma esporádica.

Neste programa aborda-se a prevenção primária voltada para o fortalecimento da resistência do hospede/indivíduo, ou seja, um método indireto orientado para os fatores que podem estar relacionados com o uso das drogas.

O método escolhido (a estratégia de Educação para a Saúde) parte da hipótese que caso se melhore a percepção individual de saúde se abandona ou evita práticas nocivas. Está centrado na aquisição de hábitos e métodos de vida saudável, e destaca a responsabilidade do indivíduo pelo próprio cuidado "autocuidado", das demais pessoas e do futuro.

- **População alvo**

Destina-se a população "diária" dos alunos do atual Ciclo Médio EGB (idade entre 8 a 11 anos), etapa importante no trabalho preventivo, pois são idades de melhor receptividade da criança, bem como maior plasticidade quanto às atitudes e aquisição de hábitos. As pesquisas revelam que é a partir dos 12 anos que ocorre o início do consumo de substâncias institucionalizadas (álcool e tabaco)

.

- **Antecedentes e metas**

O Programa OSASUNKUME se desenvolveu durante o curso escolar 89/90 como uma experiência piloto em quatro municípios vízcaínos (Portugalete, Basauri, Getyo, Bilbao), com suporte econômico da Direção do Bem Estar Social do Governo Vasco.

Diante da primeira experiência positiva, no curso 90/91 ele foi estendido aos demais municípios interessados em implantá-lo.

As equipes Municipais de Prevenção o incorporaram em seus planos de prevenção, o mesmo ocorreu com crescente número de municípios participantes.

Em 1994, eram 98 municípios e 75% das Equipes Municipais de Prevenção estavam aplicando o programa, que atingiu um número aproximado de 70.000 alunos, 2.156 professores e 395 centros educativos.

- **Suporte materiais**

Os que articulam o programa OSASUNKUME são os seguintes: álbum de figurinhas, jogo de cartas, guia de profissões, concurso escolar, biblioteca especializada com revistas e audiovisuais, adesivos "Aita eta Amak" telefone OSASUNKUME, vídeos, concentrações festivas, boletim "Prebentzioa".(Edex Kolektiboa, Gob. Vasco,1994; Ayarza Elorriaga ,1994)

Oñate (1993) ao abordar o tema os agentes de prevenção declara que toda a sociedade tem responsabilidades para com seus cidadãos. E todo o cidadão tem um papel essencial e desempenhar com responsabilidade na prevenção de condutas como o de uso indevido de drogas. Considera todos os cidadãos **agentes naturais da prevenção** devem desempenhar suas funções de acordo com sua formação ocupando seus espaços na família, no trabalho, nas escolas, nas unidades sanitárias na área, nos meios de comunicação, um jornalista, uma professora, um médico, um advogado, uma segurança, uma mãe de família são agentes naturais de prevenção o de (contra prevenção) em seus comportamentos sociais e em suas atuações profissionais.

Para o referido autor a prevenção entendida num contexto amplo da sociedade está voltada para uma melhor qualidade de ensino, a humanização de assistência à saúde, melhor formação de profissionais da comunicação, ao exercício da cidadania estas são atuações de agentes naturais.Já os agentes **institucionais de prevenção** àquelas pessoas revestidas de responsabilidade que ocupam cargos vitalícios ou temporários uma delegação social organizando, coordenado, supervisionado o trabalho de pessoas, tornado decisões muito além de pessoais desempenham uma dupla função. Devem ter maior graus de responsabilidade e consciência perante a sociedade. Estas pessoas que desempenham papéis de professor orientador, de Diretor da Escola, Chefia de Ambulatório de Saúde, Chefe de Polícia, Diretor de Emissora de Rádio Televisão, Presidente Associações, Prefeitos de Municípios e Autônomas Sobre Drogas, ou de Planos de Reordenamento de Populações Marginais são **agentes institucionais de prevenção** (ou de contra prevenção), no desenvolvimento de suas funções de responsabilidades delegadas pelos cidadãos. Estes agentes são responsáveis pelos programas de prevenção e combate ao uso e abuso de drogas, ou seja, apresentação de Políticas de prevenção que promovam a formação de recursos humanos habilitados, assegure o plano, o desenvolvimento e avaliação de programas de prevenção nos diversos espaços sociais, destinem recursos econômicos e apóiem as pesquisas de campo e assegurem a divulgação dos resultados para toda a sociedade. Os programas de prevenção exigem atenção especial das autoridades, não se tratam de meras políticas ambiciosas contidas em declarações inseridas num Plano Nacional Sobre Drogas, devem voltar-se à orientação e efetividade de prevenção, centrar-se nos processos de livrar-se da drogadicção e nos processos de reinseração social dos drogadictos de substâncias psicoativas de uso lícito e ilícito (Oñate, 1992).

Sanchez, Matellanes (1993) ao abordar o assunto sobre formação de recursos humanos altamente especializados para atuar em redes assistenciais de drogadependencias reafirma que pela origem multicausal e numa óptica integradora do ser biopsicosocial requer estratégias de

intervenção amplas. Alertam que certas medidas devem ser adotadas para integrar o conjunto de recursos disponíveis nas amplas redes assistenciais que assegurem uma intervenção especializada coordenada no processo global de reabilitação - reincerção dos drogadictos. Para que as intervenções tenham caráter globalizador devem ser estabelecidos critérios e meios organizativos adequados, definir claramente as funções específicas de recursos humanos nos três níveis de planejamento de assistência, seus objetivos e perfis de usuários destes serviços especializados. Os serviços especializados relacionados são as Comunidades terapêuticas, as Unidades Hospitalares de Desintoxicação, os Centros de Dia, os Pavimentos (andar) de Reinserção, as Oficinas de Reinserção no trabalho e os Programas de Manutenção de Metadona. Os estudos realizados pelos autores são destacados aspectos importantes como:

- É imprescindível que no planejamento de uma rede assistencial seja estabelecido com precisão os mecanismos de acesso a cada um dos dispositivos (a derivação terapêutica, a atuação, a intervenção) do nível de assistência, os critérios adotados pelos profissionais que intervém no processo de reabilitação;
- A programação das intervenções a desenvolver que irão claramente determinar as modalidades de tratamento, os recursos terapêuticos a utilizar e os objetivos almejados para cada nível e formas de alcançá-los no processo de reabilitação;
- A permanência dos usuários nos recursos de terceiro nível (especializados) é imprescindível ser definido num tempo mínimo, para alcance dos objetivos, para evitar gastos econômicos desnecessários e facilitar o processo de normatização social do drogadependendente (Sanchez, Matellanes, 1993).

2.11 Países Membros da União Européia - Políticas Sobre Drogas, Diretrizes Anti-Drogas Prevenção e Repressão

Fjaer (1995) realizou um estudo quanto o desenvolvimento de um padrão uniforme europeu com relação às diretrizes de combate as drogas O Tratado de União Européia (UE) tem possibilitado a UE representar um papel fundamental em desenvolver diretrizes antidrogas, dos quais uma das iniciativas tem sido a de dividir o processo de tomada de decisões entre três setores separados e autônomos, o que tem permitido adoção de abordagens distintas e alto potencial para harmonizar os procedimentos. No entanto, este processo tem sido afetado pelo crescente aumento de divergências entre as políticas locais dos Estados membros, alem da falta de competência da UE quanto às diretrizes da Saúde Pública e de Segurança Pública. Esta divergência também tem um componente político, pois os governos nacionais perdem poder, enquanto os níveis locais e o próprio bloco Europeu ganham influência. Apesar destas dificuldades para estabelecer setores institucionais formais, foi criado um Centro Europeu de Monitoramento de Drogas que lentamente tem adquirido experiência e credibilidade.

Salas (1995) relata que Santiago de Torres em entrevista ao “Proyecto Hombre” divulgou informações a respeito do relatório a pedido da União Européia sobre situação e opinião dos governos e expertos em política de drogas, prevenção e repressão dos 15 países membros da UE.

O relatório da União Européia revela a situação e posição de cada país em relação a questão das drogas, tanto no âmbito da demanda como na oferta, sendo estes relacionados com assistência, justiça, policia, educação, juventude, fronteiras aduaneiras, etc. Após 4 anos da assinatura do tratado de Maastricht iniciou-se um processo de unir todos os esforços e vontade política entre os Estados europeus, para poder enfrentar o problema comum, sendo

motivado após decretada abertura de fronteiras, circulação livre de pessoas, de mercadorias e de capitais, etc. A crescente consciência da sociedade em unir esforços e adotar uma estratégia comum a nível político e legislativo diante do problema das drogas decorre do fato que existem grandes diferenças, especialmente no aspecto legislativo entre os Estados membros da União Européia. Tais diferenças são marcantes entre os Estados quando ao consumo, a classificação das drogas, e as penalidades por narcotráfico, etc.

Em alguns Estados (UE) o consumidor é penalizado e pode ir para prisão, enquanto noutros países o consumo não é considerado um delito e somente o consumidor é castigado através de sanção administrativa.

Em relação à classificação das drogas e suas penas, é outro problema pelas diferenças acentuadas entre os Estados. Algumas delas são consideradas drogas tóxicas, outras não, exemplo as drogas de desenho. As penas por narcotráfico são muito variadas entre os países, podem causar confusão e vir a beneficiar os traficantes e prejudicar os países com leis mais rigorosas. Outra questão divergente foi observada em relação às formas de abordar a prevenção de drogas e, da utilização dos meios de comunicação. Segundo Santiago de Torres " os Países Baixos, acreditam que não se deva utilizar a imprensa, o rádio e a televisão. Outros países opinam que por motivos específicos os meios de comunicação devem ser utilizados para enviar mensagens positivas e oferecer outras alternativas. Enquanto outros países apresentam propostas de mostrar, através da televisão, a dura realidade dos problemas das drogas, ou seja, um jovem em crise por overdose sendo assistido num serviço de emergência, ou uma família destruída porque seu filho é toxicômano". (Salas, 1995, p. 5 - 6)

Em relação ao trabalho de prevenção foi observado que todos os estados membros UE desenvolvem um trabalho de prevenção num âmbito escolar, por considerarem ser o local ideal para prevenir o uso e abuso de drogas, mas as diferenças estão de como fazem e quem executa. Em alguns Estados a prevenção às drogas está integrada ao curriculum escolar, já em outros não. O mesmo ocorre com quem deve desenvolver programas de prevenção a drogas. Alguns países designam os professores com formação em prevenção, enquanto outros países atribuem que a competência é de especialistas.

Existem grandes diferenças entre os dispositivos de atenção e tratamento de toxicômanos de um país para outro. Não existem restrições para assistir indivíduos portadores de outras enfermidades, mas no caso das drogadependências são marcantes as diferenças. Os governos sentem a necessidade de haver uma coordenação entre os dispositivos de prevenção e tratamento e revelam serem importante a criação de um protocolo comum com vista a avaliar, de forma objetiva, a eficácia terapêutica e os custos econômicos dos programas a partir de critérios estabelecidos no protocolo.

Outro problema enfrentado é em relação aos velhos toxicômanos que perambulam pelas ruas das grandes cidades européias com mais de 500.000 mil habitantes. Eles vivem nas ruas, passam da rua a prisão e vice-versa, porque criam problemas por vender quinquilharias, artesanato e perturbar o trânsito de pessoas. Os governos e expertos não sabem como abordar este problema. Embora eles sejam uma minoria, são esteriótipos de drogadictos que causam medo e sofrem da falta de solidariedade das pessoas que se opõem na criação de um Centro de Acolhida próximo as suas residências. Em relação à luta contra o narcotráfico e controle das fronteiras, vem ocorrendo uma maior coordenação. A nível policial, a Interpool tem desempenhado um papel importante para o futuro da Europol. A necessidade de reforçar as fronteiras externas é necessária, porque atualmente elas deixaram de existir entre os países europeus e, isto passa a exigir uma nova política de informação e de cooperação no âmbito

policial, no legislativo, no preventivo e de governos.

Quanto à coordenação entre as administrações dos Estados (UE) e as Organizações Não Governamentais (ONG) as administrações locais e regionais executam o trabalho preventivo e comunitários, já as administrações centrais se dedicam mais na luta contra o tráfico. Foi constatada a inexistência de uma coordenação, em alguns países estão criando redes horizontais entre a administração local e regional em toda a Europa, surgindo problemas às administrações centrais. Alguns governos transferiram para a ONG o papel da prevenção e estas vem assumindo o trabalho de atenção e prevenção muito bem.

Segundo Salas (1995) aponta Santiago de Torres que as entidades ONGs devem ocupar um espaço para reflexão dentro do âmbito europeu e, passar a reunir-se com vista a melhor coordenarem suas políticas, como vem ocorrendo com os Estados membros da UE.

Segundo Santiago de Torres autor do relatório a proposta foi em primeiro lugar de ser realizado uma Conferência Européia entre os 15 Estados da UE, com a participação dos responsáveis pela questão das drogas a nível administrativo e político, com o objetivo de estudar o que realmente existe de comum a nível preventivo, assistencial, narcotráfico e legislativo. A sugestão é que deverá haver um núcleo comum de política européia em matéria de drogas, devem identificar os pontos divergentes, suas estratégias e real vontade política para superá-los; em segundo lugar deverá ser realizado uma Convenção Européia para a definição de um marco legal de política sobre drogas e, nos próximos três anos os estados teriam tempo suficiente para adequar-se a sua legislação. (Salas, 1995, p. 5 - 7)

2.12 Legislação Sobre Drogas dos Países Membros da União Européia (UE)

As informações que retratam a Legislação sobre drogas dos doze Países Membros da União Européia estão apresentadas no **Quadro I**, onde se destacam os países com suas **distintas LEIS: a classificação dos entorpecentes/narcóticos; uso; registro de usuários; articulação legal prevenção e repressão; posse para o uso pessoal; detenção por porte de droga em geral; detenção por entregar a terceiros/tráfico e outras formas de comércio de drogas /narcotráfico (grande tráfico).**

QUADRO I – LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS DOS PAÍSES MEMBROS DA UNIÃO EUROPÉIA

LEIS DOS PAÍSES	CLASSIFICAÇÃO DOS ENTORPECENTES/NARCÓTICOS	USO DE ENTORPECENTES	Registro de Usuários	ARTICULAÇÃO LEGAL /PREVENÇÃO / REPRESSÃO	POSSESSÃO PARA USO PESSOAL	DETENÇÃO POR ENTORPECENTES/NARCÓTICOS EM GERAL	DETENÇÃO POR ENTREGAR DROGAS A TERCEIROS	OUTRAS FORMAS DE COMÉRCIO DROGAS (GRANDE TRÁFICO)
ALEMANHA	- Na teoria , sem distinção entre drogas	- Não diretamente incriminado	- Não existe	- Tratamento Voluntário: substitui a prisão menos 2 anos	- Na teoria ,de 1 a 4 anos de prisão	- De 1 a 15 anos de prisão segundo a quantidade	- De 1 a 4 anos - De 1 a 15 anos* de prisão	- De 1 a 4 anos - De 1 a 15 anos de prisão
BÉLGICA	- Sem distinção entre diferentes drogas	- Repressão do uso coletivo 3 meses a 5 anos	- Não existe	- Sem deliberações específicas	- Esta associado ao tráfico de entorpecentes	- De 3 meses a 5 anos de prisão	- De 3 meses a 5 anos - De 10 a 20 anos *de prisão	- De 3 meses a 5 anos de prisão
DINAMARCA	- Sem distinção entre diferentes drogas	- Não diretamente incriminado	- Não existe	- É levado em consideração o tratamento voluntário	- Esta associado ao tráfico de entorpecentes	- Até 2 anos de prisão	- Até 2 anos - Até 10 anos* de prisão	- Até 2 anos - Até 10 anos* de prisão
ESPANHA	- Existe distinção entre haxixe e outras drogas	- Sanção administrativa no caso do uso público	- Aplicação da Lei sobre Periculosidade Social	- Tratamento de caráter voluntário ou obrigatório	- Sanção administrativa	- d. De 4 meses a 4 anos - D. De 8 meses a 8 anos de prisão	- d: de 6 meses a 6 anos - D: de 6 a 14 anos de prisão	- d: de 10 a 17 anos - D: de 14 a 23 anos* de prisão
FRANÇA	- Sem distinção entre diferentes drogas	- Repressão de qualquer tipo uso – 2 meses a 1 ano	- Registro na autoridade sanitária	- Tratamento de caráter voluntário ou obrigatório	- Na teoria associado ao tráfico de entorpecentes	- De 2 a 10 anos de prisão	- De 1 a 5 anos de prisão	- De 2 a 10 anos - De 10 a 20 anos de prisão - 30 anos de prisão
GRÉCIA	- Sem distinção entre diferentes drogas	- Não diretamente incriminado	- Não existe	- Tratamento de caráter voluntário ou obrigatório	- Limitado para toxicômanos de 2 a 5 anos	- De 5 a 20 anos de prisão	- De 5 a 20 anos de prisão ou a perpétua*	- De 5 a 20 anos de prisão a perpétua*
IRLANDA	- Distinção entre haxixe e outras drogas	- Não incriminado exceto ópio (14 anos)	- Não existe	- Tratamento de caráter voluntário ou obrigatório	- d: até 3 anos - D: até 7 anos	- d: até 7 anos - D: até prisão perpétua	- d: até 7 anos - D: até prisão perpétua*	- d: até 7 anos - D: até prisão perpétua*
ITÁLIA	- Distinção entre haxixe e outras drogas	- Não incriminado	- Registro na autoridade sanitária	- Tratamento de caráter voluntário ou obrigatório	- Sanção administrativa	- d: de 2 a 6 anos - D: de 4 a 15 anos de prisão	- De 4 a 15 anos agravados 1/3 da prisão	- De 4 a 15 anos - 20 anos mínimo* de prisão
LUXEMBURGO	- Sem distinção entre diferentes drogas	- Individual: 3 meses a 3 anos; - Coletivo: 1 a 5 anos	- Prisão caso negar-se a se submeter ao exame de detenção	- Tratamento de caráter voluntário ou obrigatório	- Aquisição, da detenção, por uso até 5 anos	- De 1 a 5 anos de prisão	- De 1 a 5 anos de prisão, ou perpétua*	- De 1 a 5 anos de prisão
HOLANDA	Distinção entre haxixe e outras drogas	- Não diretamente incriminado	- Não existe	- Tratamento de caráter voluntário ou obrigatório	- Na teoria: d: até 3 meses D: até 1 ano	- Até 2 anos de prisão	- d: até 2 anos - D: até 8 anos (nacional)	- d: até 4 anos - D: até 12 anos (internacional)
PORTUGAL	- Sem distinção entre diferentes drogas	- Até 3 meses de prisão, - 30 dias de detenção	- Não existe	- Tratamento de caráter voluntário ou obrigatório	- Até 3 meses de prisão; - 30 anos de detenção	- De 1 a 4 anos de prisão	- De 6 a 12 anos de prisão	- De 12 a 18 anos de prisão
REINO UNIDO	- Distinção entre três níveis de periculosidade A, B, C	- Não incriminado exceto ópio (14 anos)	- Registro na Home Office	- Tratamento de caráter voluntário ou obrigatório	- A: até 7 anos - B: até 5 anos - C: até 2 anos	- A: prisão perpétua - B: até 14 anos - C: até 5 anos	- A: prisão perpétua - B: até 14 anos - C: até 5 anos de prisão	- A: prisão perpétua - B: até 14 anos - C: até 15 anos de prisão

Fonte: Rev. Proyecto Hombre, n.15, p.6, nov. 1995.

d. Drogas leves
D. Drogas pesadas
* No caso situações agravantes

3 POLÍTICA DE COMBATE ÀS DROGAS NO BRASIL

3. 1 Política e Legislação

No governo brasileiro e na sociedade, em relação ao uso e abuso de drogas, têm predominado condutas repressivas em detrimento de ações preventivas. As recomendações e intenções são boas, mas o imobilismo prevalece, embora tenha ocorrido ao longo dos anos a elaboração de normas, diretrizes para implementação de Programas de Prevenção ao uso e abuso de drogas junto à população adulta e sistema educacional. A Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determine dependência física ou psíquica teve a alteração do art 34 pela Lei nº 9.804, de 30 de junho de 1999. O documento programático de divulgação "Política Nacional na Questão da Droga" (1998), propõe com lucidez inúmeras diretrizes para acabar com a situação calamitosa que vem sendo denunciada diariamente por todos os meios de comunicação. O Brasil começou a delinear uma política nacional a respeito de drogas na década de noventa, e para mudar as diretrizes vigentes foram estipuladas "ações integradas", visando evitar a duplicidade de esforços e recursos, atuando junto aos governos e seus órgãos, bem como as entidades não governamentais, prestando apoio aos Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes (CONENs e COMENs).

A **legislação** COFEN/88, em vigor até 1998, atendendo as recomendações da Convenção Internacional contra o trafico ilícito de Drogas Narcóticas e de Substâncias Psicotrópicas de 1998, propôs amplo debate com a comunidade sobre o tratamento legal a ser dado ao problema das drogas no Brasil. Tal ação deveria envolver a área criminal e o interesse pertinente à saúde pública, destacando que a visão repressiva é inadequada aos interesses da sociedade.

Quanto aos **estudos** e **pesquisas** nesta área a legislação recomendava que os mesmos deveriam ser realizados para possibilitar avaliar a extensão do problema, e para fundamentar futuras ações na área, sendo incentivado as pesquisas epidemiológicas, clínicas, farmacológicas e antropológicas, bem como a implantação de um banco de dados de informação e apoio a publicações de trabalhos científicos e edições de boletins informativos.

Para Bucher (1992) a ausência de pesquisas nesta área tornam o conhecimento científico precário a respeito de uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, e dificultam a agilização de atividades de prevenção e repressão ao tráfico ilícito.

A partir 1987 Carlini-Cotrin & Carlini, publicam os resultados dos primeiros inquéritos epidemiológicos "Dados sobre o Consumo de Drogas por Adolescentes no Brasil", seguido de outros estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID, o " I Levantamentos Nacional sobre o uso indevido de drogas por estudantes do 1º e 2º graus e crianças e adolescentes em situação de rua",abrangendo dez capitais do país inclusive Porto Alegre/RS (1987), o II Levantamento em 1989, e tantas outras pesquisas contribuíram para delinear um perfil epidemiológico do uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas pela população de crianças e adolescentes, adultos jovens e trabalhadores brasileiros, dando subsídios para elaboração do Plano Nacional Sobre Drogas do Brasil 1993 a 1998, que

estabeleceu, além de outras, as Diretrizes para uma Política Educacional de Prevenção ao Uso de Drogas no contexto escolar.

Em 1998, o Conselho Federal de Entorpecentes-COFEN vinculado ao Ministério da Justiça foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas-CONAD e simultaneamente foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas-SENAD que ficou vinculada a Casa Militar da Presidência da República.Estas mudanças aparecem na Figura 2.

Conforme descrito no Regimento Interno Capítulo I - Do CONAD e suas Finalidades, Art. 1º O Conselho Nacional Antidrogas- CONAD, órgão colegiado, instituído pela Medida Provisória nº 1.689-4, de 25 de setembro de 1998, que altera a Lei nº 9.646, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e pelo Decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998, alterado pelo Decreto nº 2.792, de 01 de outubro de 1998, revogado pelo Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000, constitui órgão normativo e de deliberação coletiva vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, tendo por finalidade aprovar a Política Nacional Antidrogas, exercer orientação normativa, inclusive referente aos compromissos internacionais do Brasil, sobre atividades de repressão do uso indevido, do tráfico ilícito e da produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica, e de prevenção do uso indevido desses mesmos produtos, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes; acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas-FUNAD, e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional Antidrogas e, ainda, integrar ao Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD os órgãos congêneres dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.A Resolução RDC nº 101,de 30 de maio de 2001, publicado no D.O. 31/05/2001 atualiza a legislação referente a internação e interdição civil, tratamento e recuperação de drogadictos, estabelece as diretrizes para assistência extra hospitalar, regulamenta, e apresenta o Regulamento Técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas - Serviços de Atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo Modelo Psicossocial.

A Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD compete funcionar como Secretaria Executiva do CONAD. Ver Figura 3. (Organograma Atual da SENAD/2000)

Compete à Secretaria Nacional Antidrogas:

- Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, uso indevido e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica, e a atividade de recuperação de dependentes;
- Propor a política nacional antidrogas;
- Definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas, proposta na política nacional antidrogas e, ainda, acompanhar a execução dessa política;
- Propor reformas institucionais, a modernização organizacional e técnico-operativa, visando ao aperfeiçoamento da ação governamental nas atividades antidrogas e de recuperação de dependentes;
- Promover intercâmbios com organismos internacionais sobre tráfico ilícito, crimes transfronteiriços e uso indevido de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica;

- Atuar em parceria com órgãos governamentais, junto a governos estrangeiros, organismos multilaterais e a comunidade internacional para assuntos referentes às drogas ilegais e delitos conexos, à cooperação técnica e à assistência financeira;
- Firmar convênios, acordos, contratos e quaisquer outros ajustes, objetivando o desempenho de suas atribuições;
- Acompanhar a evolução e propor medidas para a redução dos crimes conexos com tráfico ilícito de drogas;
- Propor a destinação e fiscalizar o emprego dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD;
- Promover os serviços de secretaria - executiva do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD.

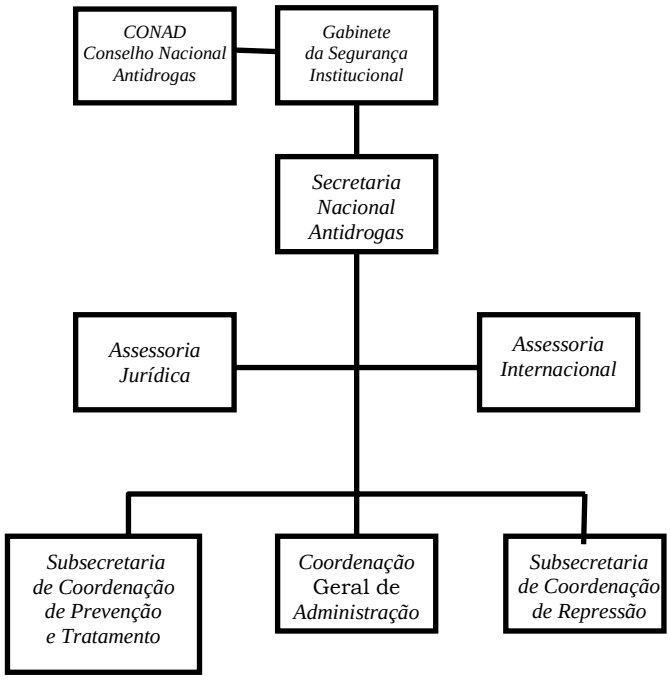

Figura 2 - Organograma da Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD/1998

Atual organograma da SENAD

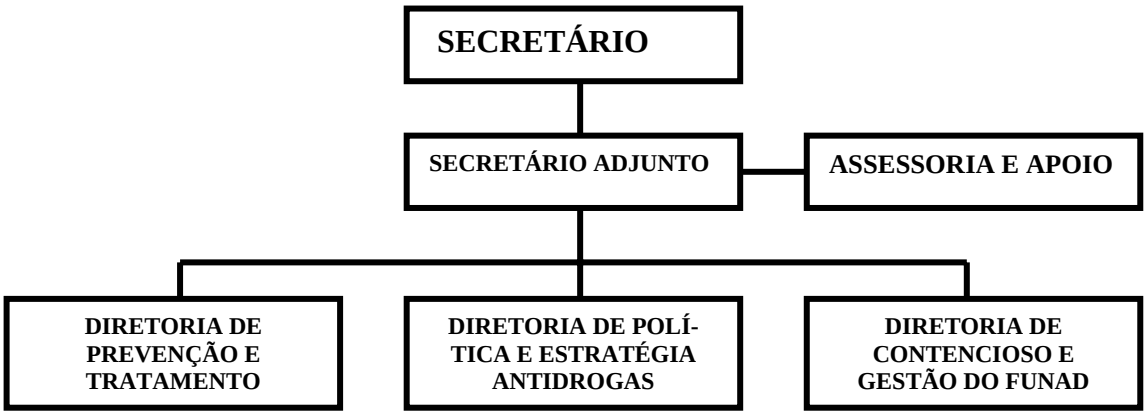

Figura 3 – Organograma Atual da Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD/2000

3.2 PNAD – Política Nacional Antidrogas (2000 a 2003)

Mensagem do Presidente da República

O mundo inteiro se angustia com as proporções assumidas pelo problema da produção, do tráfico e do uso indevido de drogas. Esse é um flagelo que arruina a saúde e a própria vida de milhões de pessoas, principalmente jovens. As redes criminosas que exploram a droga tornaram-se, além disso, uma ameaça para a segurança dos estados e a soberania das nações.

A Política Nacional Antidrogas é a resposta do Brasil a esse problema. Enfatizo: a resposta do Brasil, compreendendo o Governo e a própria Sociedade.

Em 1998, quando transformei o Conselho Federal de Entorpecentes em Conselho Nacional Antidrogas e criei a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, nós estávamos convencidos de duas coisas. Primeiro, era preciso colocar o combate às drogas no alto das prioridades do Governo Brasileiro. Por isso, a Secretaria Nacional Antidrogas ficou vinculada à Presidência da República, numa posição que tanto sinaliza essa prioridade como, do ponto de vista operacional, permite coordenar melhor as ações dos vários órgãos do governo.

Em segundo, esta não é uma luta que o governo sozinho possa vencer. Ela requer – disto eu também estava convencido – a participação de toda a sociedade, por meio de tudo o que a sociedade tem de sadio e organizado, dentro de um espírito de responsabilidade compartilhada.

Eis aqui o fruto dessa participação. Desde o I Fórum Nacional Antidrogas, em novembro de 1998, uma ampla gama de pessoas e entidades não-governamentais, assim como de servidores de diferentes órgãos e esferas de governo, cooperam intensamente, entre si e com a SENAD, para compartilhar, testar e validar os conceitos incorporados a este documento. Agradeço especialmente aos membros da Comissão Técnica que se dedicou, desde dezembro de 1999, a sistematizar as contribuições vindas dos quatros cantos do Brasil. Agradeço, por fim, aos membros do Conselho Nacional Antidrogas, o qual aprovou e me encaminhou o resultado desse formidável mutirão.

Nossa resposta ao desafio das drogas traz, assim, o selo de legitimidade de uma empreitada verdadeiramente coletiva. É um bom começo.

Creio que os múltiplos agentes governamentais e não-governamentais engajados nesta luta também reconhecerão nas orientações aqui oferecidas o selo da consistência.

Nossa estratégia contra as drogas parte, como já mencionei, de duas premissas simples e claras: a participação da sociedade e a integração das ações da sociedade e das diferentes esferas de governo. Além disso, ela privilegia a prevenção do uso indevido, sem prejuízo das ações voltadas para a redução da oferta. Se isto é uma guerra – e a idéia de guerra me parece equivocada neste contexto – nossa melhor arma é a educação. A política de prevenção aqui delineada enfatiza a formação das atitudes e dos valores éticos da juventude, dos 9 aos 24 anos.

Outro pilar da estratégia proposta, é a municipalização. Para que as ações tenham êxito, elas precisam ser bem compreendidas e conduzidas ali onde o jovem vive, estuda e trabalha – o município. Só assim a política antidrogas terá a capilaridade necessária no território nacional e conseguirá se abrir realmente à participação da sociedade. A SENAD tem trabalhado com essa perspectiva, dando prioridade absoluta às parcerias com os municípios e estimulando a criação de conselhos municipais antidrogas.

A Sociedade Brasileira já vem se mobilizando contra as drogas. Estou certo de que a aprovação, divulgação e implementação da Política Nacional Antidrogas vai impulsionar essa mobilização e facilitar a integração das múltiplas iniciativas dos governos e da sociedade. Vamos nos dar as mãos para defender a saúde e a vida dos nossos jovens e afastar a sombra que a indústria criminosa da droga lança sobre o futuro do nosso país.

PNAD
Introdução

O uso indevido de drogas constitui, na atualidade, séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades (Assunto acordado durante a Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, com a participação do Brasil, para tratar do "Problema Mundial das Drogas", em 07 de junho de 1998, e constante da Declaração Conjunta dos Chefes de Estado e de Governo ali presentes.)

Suas conseqüências infligem considerável prejuízo às nações do mundo inteiro, e não são detidas por fronteiras: avançam por todos os cantos da sociedade e por todos os espaços geográficos, afetando homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica ou mesmo de idade.

Questão de relevância, na discussão dos efeitos adversos gerados pelo uso indevido da droga, é a associação do tráfico de drogas ilícitas e dos crimes conexos, geralmente de caráter transnacional, com a criminalidade e a violência. Esses fatores ameaçam a soberania do País e afetam a estrutura social e econômica interna, exigindo que o Governo adote uma postura firme de combate a tais ilícitos, articulando-se internamente e com a sociedade, de forma a aperfeiçoar e otimizar seus mecanismos de prevenção e repressão e garantir o
envolvimento e a aprovação dos cidadãos.

Um fator agravante é a tendência mundial sinalizadora de que a iniciação do indivíduo no uso indevido de drogas tem sido cada vez mais precoce e com utilização de drogas mais pesadas. Estudos realizados no Brasil a partir de 1987, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, confirmam o aumento do consumo de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes no País. Segundo levantamento realizado pelo CEBRID em 1997(Carlini, E.A., José Carlos F. Galduróz e Ana Regina Noto. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras – 1997. UNIFESP/CEBRID, São Paulo, 1997) o percentual de adolescentes do País que já consumiram drogas entre 10 e 12 anos de idade é extremamente significativo – 51,2% já consumiram bebida alcóolica; 11% usaram tabaco; 7,8% solventes; 2% ansiolíticos e 1,8% anfetamínicos.

A idade de início do consumo situa–se, entre 09 e 14 anos. A situação torna-se mais grave entre crianças e adolescentes em situação de rua. Levantamento realizado em 1997, (Carlini, E.A., Ana Regina Moto, José Carlos F. Galdoróz, Rita Mattei, Solange Nappo. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua de Seis Capitais Brasileiras – 1997. UNIFESP/CEBRID, São Paulo, 1997) em seis capitais brasileiras, (percentuais de uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes em população de rua – 88,6% em São Paulo, 86,6% em Porto Alegre, 86,7% em Fortaleza, 89,9% no Rio de Janeiro, 90,2% em Recife e 87,5% em Brasília) demonstrou que, em média, 88,25% (Média foi alterada uma vez que houve correção na digitação do percentual de Porto Alegre de 86,2% para 86,6% e a inserção de Brasília com seu respectivo percentual) dessa população fez uso na vida de substâncias psicoativas, sendo que as drogas mais usadas, três delas consideradas lícitas, foram o tabaco, os inalantes, a maconha, o álcool, a cocaína e derivados.

Registram-se, também, problemas relativos ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa, afetando a segurança do trabalhador e a produtividade das empresas. Estudo realizado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo – FIESP, em 1993, mostra que 10 a 15% dos empregados têm problemas de dependência. O uso de drogas aumenta em cinco vezes as chances de acidentes do trabalho, relacionando-se com 15 a 30% das ocorrências e sendo responsável por 50% de absenteísmo e licenças médicas.

Além disso, o uso indevido de drogas constitui fator de elevação do número de casos de doenças graves como a AIDS e as infecções causadas pelos vírus B-HBV e C-HCV da hepatite, em decorrência do compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis. Entre 1986 e 1999, a proporção de usuários de drogas injetáveis (UDI), no total de casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde, cresceu de 4,1% para 21,7%. No início dos anos 90, esse percentual chegou a 25%.

Em junho de 1998, o Excelentíssimo Presidente da República, participando de Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, Dedicada a Enfrentar Junto o Problema Mundial da Droga, aderiu aos "Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas" estabelecidos pelos Estados-membros, reforçando o compromisso político, social, sanitário e educacional, de caráter permanente, no investimento em programas de redução da demanda, para concretizar a execução das medidas descritas no Artigo 14, Parágrafo 4º, da Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 (Artigo 14: Medidas para erradicar o cultivo ilícito de plantas das quais se extraem entorpecentes e para liminar a demanda ilícita de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas. Parágrafo 4º: As Partes adotarão medidas adequadas que tenderão a suprimir ou reduzir a demanda ilícita de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas, com vistas a diminuir o sofrimento humano e eliminar os incentivos financeiros do tráfico ilícito. Aquelas medidas poderão fundamentar-se, *inter alia*, em recomendações das Nações Unidas, tais como a Organização Mundial da Saúde e outras organizações internacionais competentes e, no Plano Amplo e Multidisciplinário aprovado pela Conferência Internacional sobre o Uso Indevido e o Tráfico Ilícito de Drogas, celebrado em 1987, na medida em que se relacione com os esforços das organizações governamentais e não-governamentais e de entidades privadas no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação. As partes poderão negociar Acordos ou Ajustes bilaterais ou multilaterais que tendam a eliminar ou reduzir a demanda ilícita de entorpecentes e substâncias psicotrópicas.). Na oportunidade, reestruturou o Sistema Nacional Antidrogas, com a finalidade de eliminar, no País, o flagelo representado pelas drogas.

O Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD, regulamentado pelo Decreto n.º 3.696, de 21.12.2000, orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos - considerados individualmente ou em suas livres associações. A estratégia visa a ampliar a consciência social para a gravidade do problema representado pela droga e comprometer as instituições e os cidadãos com o desenvolvimento das atividades antidrogas no País, legitimando, assim, o Sistema.

Ao organizar e integrar as forças nacionais, públicas e privadas, o Sistema Nacional Antidrogas observa a vertente da municipalização de suas atividades, buscando sensibilizar estados e municípios brasileiros para a adesão e implantação da Política Nacional Antidrogas, em seu âmbito.

Por mais bem intencionados e elaborados que sejam os planos, programas e projetos voltados para a prevenção do uso indevido de drogas, os resultados obtidos em sua aplicação serão de pouca objetividade caso não sejam acolhidos e bem conduzidos em nível de “ponta de linha”, ou seja, no ambiente onde predomina o universo de risco.

Sendo o Município a célula-máter da organização político-administrativa do Estado Brasileiro, torna-se capital o papel que o atual momento histórico lhe reserva, pois é neste que os fundamentos da

Constituição Federal - de cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e livre iniciativa - podem ser aplicados, à máxima eficácia. É nele que reside a juventude, para com a qual há de se buscar o resgate ético da dívida criada pelas gerações que a antecederam, por haverem permitido a sua vulnerabilidade às drogas.

Sem dúvida, a melhor forma de levar a mensagem antidrogas ao jovem é municipalizando as ações de prevenção contra as drogas. Isso significa levar ao município a ação de conversa face a face, de aconselhamento olho no olho, onde avulta de importância a organização de um Conselho Municipal Antidrogas.

Com a municipalização, viabiliza-se a necessária capilaridade do Sistema dentro do território nacional e se potencializam as possibilidades de participação da sociedade civil organizada nas ações antidrogas desenvolvidas no País.

Nesse contexto, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o Departamento de Polícia Federal (DPF) e outros agentes do SISNAD, elaboraram a Política Nacional Antidrogas no que tange à redução da demanda e da oferta de drogas, que devidamente consolidada pela SENAD e aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas está apresentada a seguir.

A Política observa o necessário alinhamento à Constituição Federal no respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais de um Estado de Direito e está em consonância com os compromissos
internacionais firmados pelo País.

Pressupostos Básicos da PNAD

1. Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
2. Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
3. Evitar a discriminação de indivíduos pelo fato de serem usuários ou dependentes de drogas.
4. Buscar a conscientização do usuário de drogas ilícitas acerca de seu papel nocivo ao alimentar as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros.
5. Reconhecer o direito de toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas de receber tratamento adequado.
6. Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
7. Intensificar a cooperação internacional de forma ampla, participando de fóruns multilaterais sobre drogas, bem como ampliando as relações de colaboração bilateral.
8. Reconhecer a “lavagem de dinheiro” como a principal vulnerabilidade a ser alvo das ações repressivas, visando ao desmantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas.
9. Reconhecer a necessidade de planejamentos que permitam a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do Território Nacional para trânsito do tráfico internacional de drogas.
10. Incentivar, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, o desenvolvimento de estratégias e ações integradas nos setores de educação, saúde e segurança pública, com apoio de outros órgãos, visando a planejar e executar medidas em todos os campos do problema relacionado com as drogas.
11. Orientar ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, dos níveis federal e estadual, permitindo o

desenvolvimento de ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação.

12. Fundamentar no princípio da "Responsabilidade Compartilhada" a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do Governo e da Sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado e das conseqüências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
13. Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os "Determinantes de Saúde", entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde.
14. Orientar o aperfeiçoamento da legislação para atender a implementação das ações decorrentes desta política.
15. Definir as responsabilidades institucionais dentro das estratégias e ações decorrentes desta política, tarefa essa que caberá ao CONAD.
16. Experimentar de forma pragmática e sem preconceitos novos meios de reduzir danos, com fundamento em resultados científicos comprovados.

Objetivos da PNAD

São objetivos da Política Nacional Antidrogas:

a) conscientizar a sociedade brasileira da ameaça representada pelo uso indevido de drogas e suas conseqüências;

b) educar, informar, capacitar e formar agentes em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas;

c) sistematizar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa de medidas preventivas, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia;

d) implantar e implementar rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento de dependentes e abusadores;

e) avaliar sistematicamente as diferentes iniciativas terapêuticas (fundamentadas em diversos modelos) com a finalidade de promover aquelas que obtiverem resultados favoráveis;

f) reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para o indivíduo, para a comunidade e para a sociedade em geral;

g) coibir os crimes relacionados às drogas no sentido de aumentar a segurança do cidadão;

h) combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, através das fronteiras terrestres, aéreas e marítimas;

i) combater a "lavagem de dinheiro", como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, no que diz respeito ao tráfico de drogas;

j) reunir, em órgão coordenador nacional, conhecimentos sobre drogas e as características do seu uso pela população brasileira, de forma contínua e atualizada, para fundamentar o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda e de oferta de drogas.

k) garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas;

l) garantir a inovação dos métodos e programas de redução da demanda;

m) instituir sistema de gestão para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, garantido o rigor metodológico.

Prevenção

Orientação Geral

a) A efetiva prevenção é fruto da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira, decorrente da filosofia da "Responsabilidade Compartilhada", apoiada pelos órgãos governamentais federais, estaduais e municipais.

b) A execução desta política, no campo da prevenção, deve ser descentralizada ao nível municipal com o apoio dos Conselhos Estaduais Antidrogas. Para tanto, os municípios devem ser incentivados a instituir e fortalecer o seu Conselho Municipal Antidrogas (COMAD).

c) Deve ser orientada para a promoção dos valores morais e éticos, da saúde individual, do bem-estar social, da integração sócio-econômica, do aperfeiçoamento do sistema familiar e da implementação de uma comunidade saudável.

d) As ações preventivas devem ser direcionadas para a valorização do ser humano e da vida; o incentivo à educação para a vida saudável e o desenvolvimento pleno abstraído do consumo de drogas; a disseminação das informações; e o fomento da participação da sociedade na multiplicação dessas ações preventivas.

e) As mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem ser claras, fundamentadas cientificamente, confiáveis, positivas, atuais e válidas em termos culturais.

Diretrizes

a) Proporcionar aos pais, responsáveis, religiosos, professores e líderes comunitários capacitação sobre prevenção do uso indevido de drogas, objetivando seu consciente engajamento no apoio às atividades preventivas.

b) Dirigir a prevenção para os diferentes aspectos do processo do uso indevido de drogas lícitas ou ilícitas, buscando desencorajar o uso inicial, promover a interrupção do consumo dos usuários ocasionais e reduzir as perniciosas conseqüências sociais e de saúde.

c) Dirigir esforço especial às populações que se encontram na faixa de maior risco para o consumo de drogas e suas conseqüências,tais como crianças e adolescentes, população em situação de rua, indígenas, gestantes e pessoas infectadas pelo o vírus HIV.

d) Estimular a participação dos profissionais das áreas das ciências humanas e da saúde, visando a atingir todos os membros do corpo social, bem como os estreitos contatos entre instituições e entre setores dos diversos órgãos de atuação nessas áreas, de forma a garantir o desenvolvimento integrado de programas.

e) Criar um sistema de informações que permita a formulação e a fundamentação de ações preventivas harmônicas, baseado em arquivo (base de dados) constituído por todas as estratégias de prevenção do uso indevido de drogas, incluídas as iniciativas bem sucedidas em outros países.

f) Incluir rigor metodológico e processo de avaliação integral e permanente para todas as ações preventivas realizadas em território nacional, levantando estimativas de benefícios de campanhas e

programas que devam constar dos projetos de prevenção, no sentido de favorecer a avaliação correta da relação custo/benefício.

g) Fundamentar em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas conseqüências os programas e campanhas de prevenção, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.

h) Incluir no currículo de todos os cursos de Ensino Superior e Magistério disciplina sobre prevenção do uso indevido de drogas, visando à capacitação do corpo docente; promover a adequação do currículo escolar dos cursos do Ensino Fundamental e Médio, visando à formação da criança e do adolescente.

i) Privilegiar as ações de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador, considerando a prevenção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho como direito do empregado e obrigação do empregador.

Tratamento, Recuperação e Reinserção Social

Orientação Geral

a) Estimular a assunção da responsabilidade ética pela sociedade nacional, apoiada pelos órgãos governamentais de todos os níveis.

b) Identificar o tratamento, a recuperação e a reinserção social como um processo de diferentes etapas e estágios que necessitam ter continuidade de esforços permanentemente disponibilizados para os usuários que desejam recuperar-se.

c) Vincular as iniciativas de tratamento e recuperação a pesquisas científicas pautadas em rigor metodológico, avaliações de práticas realizadas e experiências anteriores, difundindo, multiplicando e incentivando apenas aquelas que tenham obtido melhores resultados.

d) Destacar, na etapa da recuperação, a reinserção social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o vicioso ciclo consumo/tratamento para grande parte dos envolvidos.

e) Reconhecer a importância da Justiça Terapêutica, canal de retorno do dependente químico para o campo da redução da demanda.

Diretrizes

a) Incentivar a articulação, em rede nacional de assistência, da grande gama de intervenções para tratamento e recuperação de usuários de drogas e dependentes químicos, incluídas as organizações voltadas para a reinserção social e ocupacional.

b) Desenvolver um sistema de informações que possa fornecer dados confiáveis para o planejamento e para avaliação dos diferentes planos de tratamento e recuperação sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou organizações não-governamentais.

c) Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento e à recuperação de dependentes, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, bem como das relacionadas à área de reinserção social e ocupacional.

d) Estabelecer procedimentos de avaliação para todas as intervenções terapêuticas e de recuperação, com base em parâmetros comuns, de forma a permitir a comparação de resultados entre as instituições.

e) Adaptar o esforço especial às características específicas dos públicos-alvo, como crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, gestantes e indígenas.

f) Priorizar os métodos de tratamento e recuperação que apresentem melhor relação custo-benefício, com prevalência para as intervenções em grupo, em detrimento das abordagens individuais.

g) Estimular o trabalho de Instituições Residenciais de Apoio Provisório, criadas como etapa intermediária na recuperação, dedicadas à reinserção social e ocupacional após período de intervenção terapêutica aguda, com o apoio da sociedade.

h) Incentivar, por meio de dispositivos legais que contemplem parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, a atuação de instituições e organizações públicas ou privadas que possam contribuir, de maneira efetiva, na reinserção social e ocupacional.

i) Estabelecer um plano geral de reinserção social e ocupacional para pessoas que cometeram delitos em razão do uso indevido de drogas, por intermédio da criação de tribunais especiais, do estímulo à aplicação de penas alternativas e de programas voltados para os reclusos nas instituições penitenciárias.

Redução dos Danos Sociais e à Saúde
Orientação Geral

Estabelecer estratégias de Saúde Pública voltadas para minimizar as adversas conseqüências do uso indevido de drogas, visando a reduzir as situações de risco mais constantes desse uso, que representam potencial prejuízo para o indivíduo, para determinado grupo social ou para a comunidade.

Diretrizes

a) Reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda.

b) Apoiar atividades, iniciativas e estratégias dirigidas à redução de danos.

c) Visar sempre à redução dos problemas de saúde associados ao uso indevido de drogas, com ênfase para as doenças infecciosas.

d) Definir a qualidade de vida e o bem-estar individual e comunitário como critérios de sucesso e eficácia para escolha das intervenções e ações de redução de danos.

e) Apoiar e promover a educação, treinamento e capacitação de profissionais que atuem em atividades relacionadas à redução de danos.

Repressão
Orientação Geral

a) Proporcionar melhoria nas condições da segurança do cidadão, buscando a redução substancial dos crimes relacionados às drogas, grandes responsáveis pelo alto índice de violência no País.

b) Promover contínua ação para reduzir a oferta das drogas ilegais, dentre outros meios, pela erradicação e apreensão permanente daquelas produzidas no País e pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional.

c) Coordenar as ações dos setores governamentais – federais, estaduais e municipais – responsáveis pelas atividades de repressão, bem como todos os que, de alguma forma, possam apoiar a ação dos mesmos e facilitar o seu trabalho.

d) Estimular o engajamento de organizações não-governamentais e de todos os setores organizados da sociedade no apoio a esse trabalho, de forma harmônica com as diretrizes governamentais.

e) Fornecer irrestrito apoio às ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, da Secretaria da Receita Federal, do Departamento de Polícia Federal, da Polícia Rodoviária Federal, das Polícias Civis e de todos os setores governamentais com responsabilidades no assunto.

Diretrizes

a) Estimular a colaboração responsável de todos os cidadãos de bem com os órgãos encarregados da repressão contra as drogas.

b) Centralizar, no Departamento de Polícia Federal, as informações que permitam promover de melhor forma o planejamento integrado e coordenado de todas as ações repressivas dos diferentes órgãos, bem como atender as solicitações de organismos internacionais aos quais o País está vinculado.

c) Estimular operações repressivas, federais e estaduais, integradas e coordenadas pelo Departamento de Polícia Federal, sem relação de subordinação, com o objetivo de combater os crimes relacionados às drogas.

d) Incrementar a cooperação internacional, estabelecendo e reativando protocolos e ações coordenadas, particularmente com os países vizinhos.

e) Apoiar a realização de ações no âmbito do COAF, DPF, SRF e Banco Central para impedir que bens e recursos provenientes do tráfico de drogas sejam legitimados.

f) Manter, por intermédio da SENAD, o Conselho Nacional Antidrogas informado sobre os bens móveis, imóveis e financeiros apreendidos de narcotraficantes, a fim de agilizar sua alienação por via da tutela cautelar.

g) Priorizar as ações de combate às drogas que se destinam ao mercado interno, produzidas ou não no País.

h) Controlar e fiscalizar, por meio dos órgãos competentes do Ministério da Justiça e da Saúde, todo o comércio de insumos que possam ser utilizados para produzir drogas, sintéticas ou não.

i) Estimular a coordenação e a integração entre as secretarias estaduais responsáveis pela segurança do cidadão e o Departamento de Polícia Federal, no sentido de aperfeiçoar as doutrinas, estratégias e ações comuns de combate ao narcotráfico e aos crimes conexos.

j) Incentivar as ações de desenvolvimento alternativo, visando à erradicação de cultivos ilegais no País.

k) Capacitar as polícias especializadas na repressão às drogas, nos níveis federal e estadual, e estimular mecanismos de integração e coordenação de todos os órgãos que possam prestar apoio adequado às suas ações.

Estudos, Pesquisas e Avaliações

Orientação Geral

a) Incentivar o desenvolvimento permanente de estudos, pesquisas e avaliações que permitam incrementar o conhecimento sobre as drogas; a extensão do consumo e sua evolução; a prevenção do uso indevido; e o tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional dos dependentes.

b) Estimular estudos, análises e avaliações que permitam oferecer maior eficácia ao sistema responsável pelas ações repressivas.

Diretrizes

a) Promover, periódica e regularmente, levantamentos abrangentes e sistemáticos sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, incentivando a realização de pesquisas dirigidas a parcelas da sociedade, em razão da posição geográfica e do nível social, além daquelas voltadas para populações específicas, devido à enorme extensão territorial do País e às características regionais e sociais.

b) Incentivar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas e sobre intervenções de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social do dependente, coordenadas e apoiadas pelo Estado, disseminando amplamente seus resultados, inclusive as informações científicas.

c) Incentivar o desenvolvimento e a implementação de princípios que direcionem programas preventivos, validados cientificamente, divulgando-os de forma adequada.

d) Implantar o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, responsável pela reunião, manutenção e análise de dados referentes ao fenômeno do consumo de drogas lícitas e ilícitas, que permitam estabelecer e gerenciar uma rede de informações epidemiológicas sobre o uso indevido de drogas, oferecendo informações oportunas e confiáveis para o desenvolvimento de programas e campanhas de redução da demanda e para o intercâmbio com instituições estrangeiras e organizações multinacionais similares.

e) Apoiar e estimular pesquisas e inovações tecnológicas voltadas para a prevenção, a redução do uso indevido e dependência de drogas.

f) Apoiar, estimular e divulgar pesquisas sobre o custo social e sanitário do uso indevido de drogas e seus impactos sobre a sociedade;

g) Estabelecer processo sistemático de gestão e de avaliação para acompanhar o desenvolvimento desta Política, de forma a permitir eventuais correções. (SENAD, dez/2001).

3.3 Plano Nacional sobre Drogas do Brasil 1993 a 1998 - Diretrizes e propostas para uma política educacional de prevenção, tratamento e repressão aos usuários e dependentes de drogas.

Como resultado da referida legislação foi elaborado o Plano Nacional Sobre Drogas do Brasil 1993 a 1998 que estabeleceu, além de outras, as Diretrizes para uma Política Educacional de prevenção ao uso de drogas.

Este documento orientador foi aprovado pelo Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN, fev./1994). O Plano teve como objetivo para o MEC, contribuir para o setor educacional, visando a concretização de ações que favorecessem a conscientização da comunidade escolar, e a sociedade brasileira para a redução da demanda das drogas **e da** melhoria da qualidade de vida (Brasil/MEC, 1994). O documento apresentava no primeiro momento a **educação preventiva**, destacando os níveis de prevenção: **primária** que visa preservar os jovens ao envolverem-se com as drogas ou ao menos evitar que os usuários eventuais se tornem habituais, contribuindo a desenvolverem espírito critico nas primeiras experiências; **secundária,** que mobiliza os meios de evitar a progressão do hábito, conducente ao uso descontrolado ou disfuncional; e a **terciária** direcionada aos drogadendentes com problemas de absenteísmo, dificuldades de saúde, de aprendizagem, delinqüência. O

documento destacava também a importância de agir incisivamente sobre as causas do fenômeno, que podem ser referentes ao indivíduo, à família, à cultura, à influência dos pares, à sociedade e a diversidade de drogas existentes e de fácil acesso.

Os princípios gerais de educação destacam que as programações preventivas devem considerar os contextos históricos, sócio-culturais e econômicos nos quais se insere a população-alvo. Primeiro é importante conhecer os objetivos da realidade, do contexto do consumo e as motivações que o sustentam.

O Plano proposto sugere que:

- Ao planejar ações de educação preventiva deveriam ser consideradas as estruturas sistêmicas dos Estados e Municípios; a organização curricular das escolas e; as vivências e ações humanas.

- Os programas deveriam levar em consideração as condições e prioridades regionais, a cultura local, as condições e prioridades de cada escola, do currículo escolar, as reivindicações da comunidade e as peculiaridades individuais da clientela.

- A educação preventiva deveria estar integrada aos demais programas educacionais e levar em consideração os **programas sociais e de saúde**.

- A educação preventiva deveria também ser direcionada para ações de **valorização da qualidade de vida saudável** e na busca de **soluções criativas.**

- A programação deveria envolver temas como: sexualidade, drogas, doenças sexualmente transmissíveis e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), ecologia humana e cidadania.

- As **drogas** deveriam ser tratadas quanto aos aspectos farmacológicos, psicológicos e epidemiológicos; os efeitos do seu consumo; as drogas na família, na escola, na comunidade, e nos meios de comunicação; legislação; repressão, ética e prevenção; as motivações para o consumo de drogas e as condutas de risco; drogas ilícitas e lícitas; alcoolismo e tabagismo; relações culturais e interpessoais; as alternativas para diminuir a vulnerabilidade às situações de risco; relações com a personalidade do sujeito, com a sexualidade, com o prazer; e com as pressões sociais.

- Os programas de ações voltadas a prevenção deveriam evitar o apelo a "pedagogia do terror".

- Os programas escolares e comunitários de educação preventiva de drogas devem ser coordenados e obedecerem pressupostos claramente enunciados, seja o enfoque principal informativo, educativo ou psicossocial.

- Os programas de educação preventiva, veiculados pela mídia eletrônica, não devem abordar diretamente os problema das drogas, por não oferecerem discussão e diálogo, suas mensagens devem transmitir aspectos de um desenvolvimento positivo do jovem e ressaltar um estilo de vida saudável e a adoção de valores integradores. Neste tipo de programa é imprescindível a presença de educadores debatedores do tema drogas.

- A formação de recursos humanos deveria enfatizar o **ser humano integral**, enfatizando a compreensão ampla dos problemas ligados ao uso de drogas, apoiados nos conhecimentos em bases científicas; a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos e o desenvolvimento de atitudes compatíveis com o papel de interventor nos meios escolares e extra-escolares; o conhecimento de características culturais e afetivas da população -alvo; e o treinamento das aptidões de comunicação verbal e não verbal, de compreensão e empatia para possibilitar climas de confiança e segurança.

- A formação de especialistas deveria visar os efeitos multiplicadores em suas esferas de ações, efetivando ajustes de acordo com as necessidades do setor ou da região.

- O programa de capacitação deveria ser contínuo, sistemático, respeitando os contextos regionais e locais visando à formação de multiplicadores, ofertando e oportunizando princípios pedagógicos implícitos nas diretrizes estabelecidos.

- Os sistemas de ensino deveriam estar associados aos programas de capacitação, de implementação de processos contínuos de formação e reciclagem, como forma de clarificar seus conhecimentos e participar de experiências inovadoras, tais como o ensino por telecomunicação.

- As informações e orientações deveriam ser transmitidas aos pais e ao conjunto da comunidade escolar, por intermédio de escolas para pais, associações de pais e mestres e outros canais disponíveis, visando o envolvimento amplo de todos com as ações de educação preventiva. Os casos diagnosticados na comunidade escolar devem merecer atenção especial com envolvimento de famílias, de acordo com suas possibilidades, potencialidades e recursos existentes.

- A avaliação das ações realizadas em relação à educação preventiva deveria voltar-se para os níveis de atuação do programa tais como: desempenho de atividades em termos de promoção e cumprimento, mudança de atitudes da comunidade escolar, e impacto epidemiológico. Para avaliação deveriam ser adotadas abordagens quantitativas (modelos estatísticos) e abordagens qualitativas (modelos de pesquisa participante). (Brasil/MEC/SEPESPE, 1994)

3.4 Propostas do I Fórum Nacional Antidrogas (1998) Para o Plano Nacional Antidrogas do Brasil 1998 a 2003

Em 1998 foi realizado o I Fórum Nacional Antidrogas e deste resultou um Relatório preliminar onde consta o tema que foram discutidos pelos grupos de trabalho, bem como suas propostas apresentadas e encaminhadas a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD e ao Presidente da República do Brasil.

Este Relatório proporciona uma visão técnica a respeito do consumo de drogas, do uso abusivo de substâncias psicoativas pelo homem, especialmente nas ultimas décadas o uso indevido por crianças e adolescentes. O mesmo aponta as conseqüências, diretas e indiretas do uso abusivo de drogas nas várias interfaces da vida social tais como: na família, no trabalho, no trânsito, na disseminação do Vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis, seus (suas) parceiros (as) e de crianças, no aumento da criminalidade e da violência. No Brasil os custos sociais decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas são estimados em 7.9 % do

PIB em 1996, e a cada ano mais elevados. Além disso, as políticas públicas, em matéria de drogas, durante décadas privilegiaram a repressão das substâncias ilícitas, mas pouca atenção foi dispensada à prevenção através de programas de educação para a saúde. Embora as discussões sobre o tema drogas no Fórum tenham revelado uma maior sensibilidade e adequação dos profissionais preocupados com o uso indevido de drogas, ainda o tema continua levantando barreiras de caráter moral, ideológico e metodológico que revelou a necessidade de uma reflexão mais profunda.

Neste fórum a metodologia adotada para debater o fenômeno do uso indevido de drogas foi através de grupos constituídos por profissionais representantes de órgãos do governo (Federal, Estadual e Municipal), autoridades médicas, policiais e judiciais, profissionais liberais, lideranças da comunidade, de instituições religiosas, educacionais, culturais, esportivas, de comércios e sindicatos, das organizações não-governamentais e da mídia, de acordo com os assuntos específicos de cada área de interesse dos participantes.

- **AREAS DE AÇÃO**

Os assuntos foram então debatidos em três grandes áreas específicas e uma global, através dos seguintes grupos de trabalho:

1. **Grupo Prevenção:** Este desenvolveu o tema através de seis subgrupos sendo eles: P1. Redução dos Danos a usuários e portadores de HIV/AIDS; P2. Populações Excluídas; P3. Participação e Mobilização Social; P4. Ações Básicas de Saúde, P5. Esporte, Cultura, Lazer; e P6. Criação de Emprego.
2. **Grupo Tratamento:** Este desenvolveu o trabalho através de oito subgrupos sendo eles: T1. Ações Intermediárias (Ambulatórias, Semi-Internação, etc.); T2. Internação; T3. Reinserção Social; T4. Comunidades Terapêuticas; T5. Avaliação de tratamento; T6. Normalização; T7. Grupos de Mútua ajuda; T8. Tratamento e aspectos legais.
3. **Grupos Repressão:** Este desenvolveu o tema através de três subgrupos sendo eles: R1. Modificações legislativas; R2. Participação da sociedade na repressão ao tráfico, proteção à testemunha e definição do campo de atuação das ONGs; R3. Controle de Produção e distribuição de substâncias passíveis de serem utilizadas como drogas e de insumos e precursores químicos.
4. **Grupo Global:** Este grupo trabalhou o tema drogas numa ampla dimensão através de doze subgrupos sendo eles: G1. Local de trabalho; G2. Família; G3. Escola; G4. Comunicação e Marketing; G5. Instituições de internação e abrigamento (prisões, abrigos, asilos); G6. Mulheres; G7. Crianças e adolescentes; G8. Crianças e adolescentes em situação de rua; G9. Adequação e capacitação de recursos humanos e materiais; G10. Incentivo a pesquisa e divulgação de dados estatísticos; G11. Instituições Religiosas, e G12. Captação de recursos.

Os grandes grupos “áreas” discorrem sobre sua temática e apresentam algumas estratégias de ação e inúmeras propostas apresentadas por cada um dos subgrupos.

Por tratar-se de amplo documento detalhado será apresentado aqueles aspectos estabelecidos como prioritários ao que nos propomos discorrer em matéria de política de prevenção.

3.4.1 Grupo prevenção ao uso e abuso de drogas

As discussões gerais deste grupo apresentam reflexões sobre o aumento do consumo de drogas no Brasil e demonstrações de preocupações da parte da sociedade e das autoridades públicas sobre o uso de substâncias psicoativas.

Destacam a precocidade da iniciação ao mundo das drogas, e que as crianças e adolescentes as utilizam por inúmeros motivos sendo apontados ao longo do documento.

O grupo considera que a prevenção é uma intervenção que visa evitar o estabelecimento de uma relação destrutiva do indivíduo com as drogas, sua abordagem de intervenção deverá levar em consideração as peculiaridades e realidades do contexto social, econômico e cultural da população alvo porque as significações do uso de drogas são distintas para o indivíduo e para a sociedade.

Destacam que uma intervenção preventiva deve estar assentada em estratégias pragmáticas na área de Saúde Pública e partilhar dos princípios da cidadania e de direitos humanos.

As políticas de prevenção devem procurar compreender que o abuso de drogas reflete um estado de mal-estar tanto do indivíduo quanto da sociedade. Na relação estabelecida entre usuário e a droga **as estratégias preventivas** devem visar:

- Diminuir a oferta do produto;
- Diminuir a demanda por parte dos usuários;
- Influir sobre as circunstâncias favorecedoras da oferta e da procura;
- Diminuir as situações e os comportamentos de risco (violência, desequilíbrio emocional, delinqüência, etc.).

3.4.1.1 Propostas para uma política de prevenção ao uso e abuso de drogas – 1998 a 2003

A política de prevenção deverá:

- Ser conducente a internalizar no indivíduo senso de maior responsabilidade e conscientização da importância de mudança de comportamento e atitudes, diante da oferta de drogas.
- Estar fundamentada nos princípios fundamentais de democracia e de cidadania para ser eficaz.
- Adotar abordagens de intervenção preventiva de acordo com o modelo elegido e posto em prática por um período de tempo previamente estabelecido sofrendo avaliações contínuas (não existe uma política ideal e nem um modelo único).
- Formar recursos humanos visando habilitá-los a intervir pedagogicamente com criatividade diante dos problemas identificados como decorrentes do abuso de drogas.
- Mobilizar inúmeros e diferentes atores sociais envolvendo-os em ações de prevenção ao uso e abuso de drogas desenvolvidas em seu contexto.

As propostas apresentadas pelos Subgrupos para elaboração de um **Plano Nacional Antidrogas 1998 - 2003** são as seguintes:

♦ SUBGRUPO P1 - REDUÇÃO DE DANOS (RD de Dependentes De Drogas Lícitas e Ilícitas) e DE PORTADORES de HIV e AIDS.

A Redução de danos (RD) à saúde pelo uso indevido de drogas está claro na Constituição Brasileira que afirma no Art. 196 " A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acaso universal e igualitário às ações e serviços para a população e recuperação".

Portanto a redução de danos a saúde está previsto como um dos direitos da cidadania, trata da proteção e da recuperação da saúde de pessoas caso "dependência química" que encontra-se sob uma situação de risco adicional, pela forma com que eles compensam a sua adição às drogas.

A redução de danos aplica-se ao controle dos efeitos adicionais adversos de qualquer tipo de substância psicoativa.

3.4.1.2 Política Nacional de drogas vigente -1998

A atual Política de Redução de Danos (RD) têm direcionado suas ações :

- Aos fumantes dependentes do tabaco fornecendo adesivos impregnados de nicotina para fixar na pele reduzindo a síndrome da abstinência decorrente da ausência da droga;
- Ao usuário de droga injetável promove a troca do equipamento, ou seja, o recolhimento das seringas e agulhas utilizadas, substituindo por equipamento esterilizado, com vista à prevenção de graves doenças de transmissão sangüínea, especialmente infecções pelo vírus da hepatite e o HIV/AIDS.

A Política Nacional de drogas vigente realiza intervenções em três níveis:

- **Repressão** através de instrumentos próprios de atuação;
- **Prevenção primária** ações voltadas para a promoção de uma vida saudável e, na prevenção específica ao uso indevido de droga, especialmente direcionada aos jovens;
- **Prevenção em nível terciário** através de ações de tratamento à dependência química e, ações junto aos toxicômanos para redução de danos secundários relacionados às formas de consumo de drogas.

***PROPOSTAS**

♦SUBGRUPO P1/01 –MODELOS DE REDUÇÃO DE DANOS INCLUINDO TROCA DE SERINGAS

As estratégias de Redução de Danos voltadas para grupos específicos ,somam-se as ações de tratamento,de prevenção primária e de repressão, visam atender as
Necessidades das diversas clientelas. São ações de responsabilidade do campo da saúde pública, com ampla repercussão bio-psiquico-econômico-social.

Considerando a grande disponibilidade e inevitabilidade do uso de substâncias psicoativas na sociedade as ações políticas devem estar integradas entre os setores da saúde com os da educação e segurança pública.

1. ESTRATÉGIAS GERAIS DE REDUÇÃO DE DANOS (RD)

As estratégias de redução de danos em relação aos diferentes tipos de dependentes de drogas lícitas e ilícitas deverão:

- Ter como referências estudos e pesquisas que apontem formas mais adequadas de intervenção de acordo com as especificidades de cada região;
- Contemplar todos os comportamentos de risco associados ao seu consumo, entre eles acidentes de trânsito, doenças sexualmente transmissíveis/DST, violências, etc.;
- Criar programas - referência de RD em cada estado;
- Criar uma instância específica de Redução de Danos na Sub - Secretaria de Prevenção e Tratamento da SENAD, para atuar em parceria com responsáveis pelas ações nos estados, municípios e nas organizações governamentais e não governamentais;
- Obter da SENAD á política de Redução de Danos do Ministério da Saúde, para divulgar e criar fóruns específicos de discussão;
- Criar campanhas educativas que divulguem as estratégias de Redução de Danos visando esclarecer a sociedade em relação a sua aplicação e seus benefícios;
- Constituir uma comissão de ética na SENAD para assessorá-la em seus trabalhos;
- Criar um Banco de Dados, ou seja, uma rede informatizada e um catálogo contendo os nomes dos profissionais e especialistas bem como das instituições envolvidas com a questão da droga;
- Prover apoio técnico e financeiro a SENAD para realização de pesquisas de mapeamento sobre usuários de drogas, nas diversas regiões do país;
- Inclusão na página da Internet a SENAD as referências das redes, associações, programas projetos nacionais e internacionais que abordem a questão drogas, para deixar disponível aos interessados;
- Fortalecer os sistemas de referências e contra - referência entre as instituições que atendem pessoas usuárias de drogas e soropositivos para o HIV, com vista a integração dos profissionais, a integralidade e a qualidade dos serviços prestados;
- Fazer cumprir a Lei que proíbe o teste Anti-HIV compulsório e a não admissão e/ou discriminação dos soropositivos e/ou usuários de drogas em locais de trabalho públicos e privados, bem como, nas unidades de saúde, clínicas de tratamento e abstinência como forma de redução de danos.

2. ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS EM RELAÇÃO AO USO DE ÁCOOL

As estratégias em relação ao consumo de álcool deverão contemplar ações educativas de fiscalização e de cumprimento da lei, tais como:

- Proibir a venda de bebidas alcóolicas nas estradas;
- Proibir a venda de bebidas alcóolicas a menores de 18 anos;
- Ampliar o uso de bafômetro;

- Atuar na mídia como veículo educativo no processo de mudança de atitudes sociais em relação ao uso de álcool.

♦SUBGRUPO P1/02 - MODELOS DE REDUÇÃO DE DANOS QUE EXCLUEM A TROCA DE SERINGAS

Entendem-se por Redução de Danos "o processo de prevenção e tratamento da doença bio-psico-sócio-espiritual – da drogadicção que requer intervenção das diversas áreas da sociedade para viabilizar a recuperação".

1. Política:

Prevenção, tratamento e reinserção social dos drogaditos/dependentes químicos e intervenção junto aos órgãos facilitadores do processo de drogadicção.

2. Estratégias:

A) Prevenção:

- Cumprimento e aperfeiçoamento da lei 6.368, de 21.10.76 e demais legislação pertinente;
- Distribuição de recursos financeiros com melhor alocação das verbas;
- Capacitação e treinamento de recursos humanos para atuação em frentes de trabalho;
- Incentivo à pesquisa para o mapeamento da situação concreta de cada região, para melhoria da atuação das frentes de trabalho;
- Criação de centros de acolhimento para familiares de dependentes químicos, com vistas à disseminação de informações, atendimentos emergenciais e encaminhamentos para a rede de instituições governamentais ou não governamentais;

B) Tratamento:

- Criação, regulamentação, fiscalização e apoio às comunidades terapêuticas, centros de tratamento e assemelhados, numa parceria de órgãos governamentais, ONGS afins;
- Capacitação e treinamento de recursos humanos para atuação em frentes de trabalho;
- Bolsas para carentes subsidiadas pelo governo;
- Reconhecimento e apoio logístico às várias entidades e grupos de mútua ajuda existentes na sociedade brasileira;
- Formação de multiplicadores visando o resgate da qualidade de vida, cidadania e do sentido da vida.

C) Reinserção Social:

- Estruturação de ações de reinserção do dependente químico no contexto social, envolvendo o campo profissional, sócio-cultural e espiritual;
- Incentivo à formação de cooperativas específicas de serviços e de trabalho, visando a prevenção e a redução da recaída;
- Estruturação de ações de reinserção familiar, resgatando os valores das autoridades paterna, materna e fraterna;

♦SUBGRUPO P2 – POPULAÇÕES EXCLUÍDAS

Considera-se por populações excluídas todas aquelas que apresentam algum tipo de dificuldades, sejam elas de ordem econômica ou sócio-culturais, portanto, maior vulnerabilidade e insuficientemente contempladas pelas políticas públicas. Por isso, requerem uma atenção especial das diversas áreas da sociedade. Entre elas, incluem-se os portadores de deficiências físicas,os moradores, meninos e meninas de rua, índios, portadores do HIV, profissionais do sexo e população carcerária.

∗PROPOSTAS

- Elaborar políticas diferenciadas, respeitando as diversidades desses grupos;
- Elaborar programas para resgatar a auto-estima;
- Criar espaços alternativos de convivência e de tratamento;
- Capacitar recursos humanos para lidar com as especificidades que estes grupos requerem;
- Elaborar material de prevenção às drogas em braile para os portadores de deficiência visual;
- Criar campanhas de comunicação dirigidas aos deficientes auditivos, e às pessoas portadoras de deficiência de uma forma geral;
- Garantir o acesso aos serviços públicos;
- Realizar um trabalho de conscientização da comunidade para reconhecer e respeitar os direitos das populações excluídas;
- Estimular o exercício da cidadania, para que estas populações se organizem e reivindiquem o direito à saúde, educação, trabalho, lazer, entre outros;
- Criar fóruns permanentes de discussão sobre as necessidades específicas destes grupos em relação à prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários e dependentes de drogas.

♦SUBGRUPO P3 - PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

O trabalho de prevenção ao uso indevido de drogas não é exclusivo das autoridades médicas, policiais ou judiciárias,também requer apoio e a participação da comunidade na elaboração e execução de programas preventivos. A população em geral deve ser trabalhada constantemente visando despertar a consciência para a justiça, a democratização social e para o pleno exercício da cidadania, com vistas a uma mobilização e participação popular. A mobilização comunitária deve ter iniciativa e criatividade ao desenvolver ações que complementem as oficiais,diversificando os canais comunitários e unir forças da comunidade,assim viabilizando o aumento das ações preventivas e ampliando o impacto na sociedade,contemplando a população em geral.

∗PROPOSTAS

- Identificar as necessidades da comunidade para planejar e implementar ações específicas, gerando o seu comprometimento e envolvimento;
- Incentivar o envolvimento das instituições de Ensino Superior, visando maior integração com a comunidade, a fim de contribuir para o levantamento das necessidades e de indicadores de desempenho dos trabalhos de prevenção.
  ** Inclusão da participação das Universidades na prevenção do uso de drogas nas atividades contempladas por ressarcimento via SUS, do Ministério da Saúde. Uma vez que são afetos a área de saúde e coordenadas pelos hospitais universitários;*
- Integrar as políticas públicas voltadas para a questão das drogas com a política das outras áreas sociais (educação, saúde, saneamento, serviço social, etc.);
- Priorizar a mobilização de instâncias comunitárias já organizadas (clubes de serviços, associações de bairros, igrejas, ONGs, clubes de futebol, sindicatos, grêmios estudantis, associações de pais, de moradores, grupos de ajuda mútua) estimulando a integração com os diversos segmentos sociais;
- Divulgar e difundir os trabalhos comunitários existentes, propiciando troca de experiências;
- Investir na capacitação de recursos humanos, priorizando o treinamento de agentes comunitários de saúde, jovens e família;

- Estimular a valorização da cidadania através do voluntariado;
- Co-responsabilizar a comunidade pela melhoria de sua qualidade de vida;
- Subsidiar tecnicamente a mídia, no incentivo de campanha de qualidade de vida, sem enfatizar os aspectos negativos das drogas;
- Estimular a mudança de comportamento de risco na comunidade;
- Capacitar os profissionais da área da educação com o objetivo de introduzir temas relativos às drogas em suas disciplinas, priorizando as recomendações do MEC no tocante aos temas transversais;
- Incluir nos órgãos formadores de recursos humanos (escolas, universidades, academias militares, etc.) o tema prevenção ao uso/abuso de drogas;
- Produzir material didático (vídeos, textos, etc.) específicos para os diversos segmentos sociais;
- Incentivar a utilização de espaços públicos e privados para promoção de atividades esportivas, culturais e artísticas, possibilitando maior integração comunitária;
- Elaborar, com a participação da comunidade, planos municipais e estaduais de prevenção visando à sistematização das ações, criando-se, para tanto, os fundos necessários;
- Propor modificações na legislação tributária, possibilitando descontos das doações no Imposto de Renda, como meio de incentivo às doações;
- Incentivar a integração e cooperação entre o Ministério Público, a Polícia e o Poder Judiciário nas ações preventivas, assistenciais, judiciárias e repressivas;
- Tornar obrigatória a criação dos Conselhos Municipais Antidroga, com maior representação popular;
- Fortalecer os Conselhos Municipais e Estaduais Antidroga, reafirmando sua função de gerenciamento nas áreas de prevenção, fiscalização e repressão;
- Incentivar a integração entre os Conselhos Antidroga e os demais Conselhos que atuem nas áreas social, de saúde, educação, cultura, segurança pública, meio ambiente e outros;
- Considerar todas as classes sociais como merecedoras de igual atenção nos planos de prevenção;
- Exigir que o MEC, enquanto normatizador das políticas educacionais, comprometa-se efetivamente com a política de prevenção.

♦SUBGRUPO P4 - AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

***PROPOSTAS**

- Capacitar todos os profissionais da área de saúde que atuam na atenção primária;
- Treinar os agentes comunitários em saúde;
- Formar os agentes comunitários na comunidade;
- Promover a reciclagem permanente;
- Monitorar e avaliar as ações;
- Elaborar, distribuir e atualizar, de forma permanente, os manuais técnicos e material didático e informativo (cartilha, cartaz, peça de teatro, spot para rádio, filmete para TV, software, etc.), com observância de rigor técnico e administrativo na elaboração e distribuição desses produtos;
- Sensibilizar e comprometer os gestores das três esferas do governo;
- Criar e adequar a Rede de Atenção à Saúde na área de dependência química;
- Expandir a rede ambulatorial e outros recursos básicos de saúde para o atendimento da demanda de usuários/dependentes de droga, buscando, ainda, complementação com à rede privada/ ONGs e planos de saúde;

- Alterar a redação do item 14 (quatorze) do BLOCO 2 (Grupos Prioritários do Trabalho do ACS) do PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde): Crianças/Adolescentes/ Adulto e as drogas lícitas/ilícitas;
- Desenvolver ações e atividades de prevenção primária e secundária junto à escola-família-comunidade em geral;
- Articular e apoiar iniciativas desenvolvidas na comunidade, estabelecendo a criação de uma rede social;
- Criar mecanismos de sensibilização e orientação à população jovem;
- Incluir os psicólogos e assistentes sociais nos Programas de Saúde da Família;
- Criar e incluir na tabela do SUS, o procedimento de atendimento-desintoxicação domiciliar;
- Propor ao Ministério da Saúde que, ao vincular a propaganda de bebidas alcóolicas na mídia, inclua uma vinheta com dizeres obrigatórios "a bebida alcóolica causa dependência química e desestrutura a família";
- Obrigar os planos de saúde a atender os usuários de drogas e seus familiares e a manter programas direcionados à prevenção do uso de drogas.

♦SUBGRUPO P5 - PROGRAMA DE ESPORTE, CULTURA E LAZER

∗PROPOSTAS

- Ceder as escolas públicas e privadas à comunidade para eventos esportivos, culturais e de lazer, quando ociosas;
- Ampliar o número de bibliotecas móveis;
- Apoiar e incentivar as entidades que atuam na área de esportes, cultura e lazer como forma de prevenção;
- Disseminar o controle "antidoping" em todas as modalidades esportivas;
- Veicular obrigatoriamente nas divulgações de eventos esportivos, culturais e de lazer mensagem de prevenção ao uso indevido de drogas;
- Colocar à disposição da sociedade um maior número de quadras poliesportivas;
- Utilizar a cultura, o esporte e o lazer como veículo adicional ao Sistema Nacional de Prevenção Antidrogas;
- Criar um pacto nacional pela vida, com compromisso de preservação dos parques, escolas e praças;
- Instituir concursos nacionais para estimular o debate e o envolvimento da sociedade na criação de material que possa ser utilizado no trabalho de prevenção;
- Criar uma política cultural para envolver a população das periferias em atividades ligadas à música, incentivando a realização de festas cívicas e folclóricas;
- Criar um calendário anual dos grandes eventos culturais e esportivos nacionais;
- Estimular a criação de museus;
- Incentivar atividades de pesquisa sobre qualidade de vida;
- Fortalecer as relações das escolas com as entidades culturais e esportivas;
- Facilitar a inserção dos jovens nas atividades esportivas, possibilitando aperfeiçoamento em todas as modalidades;
- Fazer campanhas educativas sobre o uso de anabolizantes;
- Estimular os campeonatos universitários, interescolares e jogos olímpicos e intermunicipais;
- Utilizar os espaços públicos disponíveis para a prática esportiva e cultural;

- Associar, sempre, os eventos esportivos, culturais e de lazer, às campanhas de conscientização dos riscos e danos causados pelas drogas;
- Ampliar o controle antidrogas em todas as atividades esportivas com acompanhamento sistemático e periódico pelos órgãos competentes. Em especial, nas academias de ginástica, para evitar o uso indevido de esteróides, anabolizantes e vitaminas;
- Destinar 1% da renda dos jogos esportivos às instituições que trabalhem com dependentes químicos.

♦SUBGRUPO P 6 - PROGRAMA DE CRIAÇÃO DE EMPREGO

Atribui-se a falta de emprego e de oportunidades a responsabilidade pela geração da violência doméstica,uso indevido de drogas e desagregação familiar,entre outras situações. É evidente que as dificuldades financeiras e de recursos públicos são os maiores empecilhos para a busca de soluções e ou criação de oportunidades de emprego.

***PROPOSTAS**

- Qualificar profissionalmente jovens e adolescentes de acordo com as necessidades e demandas locais;
- Implementar a lei que regula o trabalho educativo de adolescentes e jovens (14 a 18 anos), utilizando-se recursos do Fundo de Amparo do Trabalhador - FAT, visando a capacitação e o exercício de sua cidadania;
- Pagar uma renda mínima e/ou concessão de outros incentivos (vale-transporte, vale-alimentação) aos jovens e adolescentes em processo de capacitação;
- Ampliar a divulgação sobre oportunidades de inserção profissional para jovens e adolescentes, fazendo com que o SINE aproveite mais as vagas oferecidas pelo mercado de trabalho, em parceria com o SESI, SENAI, SESC e SENAC;
- Criar incentivos às pequenas e médias empresas para contratar jovens e adolescentes capacitados;
- Reduzir e isentar de encargos sociais empresas e entidades que empregam jovens e adolescentes, criando ainda novas formas de contrato de trabalho;
- Estimular a criação de mais escolas técnicas;
- Estender programas como a Universidade Solidária às pequenas e médias cidades;
- Criar casas de passagem e programas de geração de renda com vista a reinserção social e ao trabalho de pessoas advindas de clínicas terapêuticas e similares;
- Ampliar programas de prevenção ao uso de drogas no locais de trabalho;
- Incentivar a permanência da família na zona rural com a capacitação de pessoas na área da permacultura (cultura permanente) para melhor aproveitamento do que a natureza oferece sem custos financeiros, evitando-se assim o inchaço das cidades e outros problemas, como o uso de drogas;
- Incentivar a permanência de programas de ação continuada que atendem crianças e adolescentes e que oferecem, no período alternativo à escola, ações sócio-educativas de promoção da cidadania e o atendimento integral de suas necessidades básicas (Bolsa Escola, Brasil Criança Cidadã);
- Criar programas de capacitação e de geração de emprego e renda para adultos com baixa qualificação ou em condições de inserção no mercado de trabalho.

3.4.2 Grupo tratamento da drogadicção

♦SUBGRUPO T1 - AÇÕES INTERMEDIÁRIAS (AMBULATÓRIOS, SEMI-INTERNAÇÃO, ETC.)

∗PROPOSTAS

- Que no montante da verba do SUS seja destinada uma parcela para implantação e implementação de programas de tratamento aos dependentes de drogas;
- Criação de uma rubrica específica com verba para ser utilizada exclusivamente na prevenção e tratamento da drogadicção - prevenção primária, secundária e terciária;

∗ Que a SENAD administre as verbas no lugar do SUS;

- Fazer cumprir a lei que determina a criação dos COMENs em todos os municípios, a fim de garantir uma política pública preventiva às drogas e de atendimento aos dependentes e suas famílias;

  ∗Para os municípios receberem verbas destinadas à prevenção, tratamento e repressão às drogas, este deverá ter instituído o COMEN, estando em pleno funcionamento e sujeito a supervisão do CONEN;
- Priorizar as políticas de prevenção primária para minimizar a drogadicção entre crianças e adolescentes;
- Criar uma política de prevenção e fiscalização para as empresas de transporte de massa (rodoviário, urbano, ferroviário, metroviário, aeroviário e hidroviário), utilizando-se exames periódicos para detecção do abuso de substâncias psicoativas;
- Criar uma política de prevenção e tratamento ao uso de substâncias psicoativas dentro das forças armadas e seus segmentos;
- Adaptar e incentivar os centros de atendimento no sentido de atender pessoas portadoras de deficiências físicas e/ou mentais;
- Criar uma política de prevenção e atendimento dentro das instituições penais;
- Conscientizar e sensibilizar a classe política para a votação das leis relativas à prevenção, tratamento e repressão às drogas;
- Incluir nos currículos acadêmicos das áreas de educação, saúde e afins, disciplinas específicas sobre drogadicção e criar cursos de especialização sobre dependência química;
- Definir o conteúdo programático da especialização profissional nos níveis médio e superior para trabalhar com dependência química;
- Definir pré-requisitos para acesso aos cursos profissionalizantes em dependência química ;
- Treinar a equipe dos hospitais gerais, postos de saúde e outros profissionais da área de saúde para identificar e encaminhar os pacientes dependentes de drogas;
- Criar centros de referência formados a partir de ambulatórios (unidades intermediárias) distribuídos em pólos regionais descentralizados. Através de parcerias, os CONENs definiriam os pólos que atenderiam os pacientes dos outros municípios, formando uma rede de atendimento à drogadicção. Esses pólos teriam a finalidade de:
  - Receber o paciente e efetuar um diagnóstico, detectando assim o grau de dependência química para um adequado encaminhamento. Este encaminhamento pode ser para um posto de saúde, atendimento ambulatorial, unidade de semi-internação ou unidade de internação, sendo estes no próprio pólo ou no município de origem;
- Acompanhar o paciente após a internação ou a semi-internação objetivando a reinserção sócio-familiar;
- Desenvolver uma rede de atendimento com outros programas específicos das secretarias de educação, esporte e lazer e promoção social, bem como demais entidades (instituições

religiosas, empresas privadas, sindicatos, ONGs, etc.), com o objetivo de criar projetos conjuntos de atendimento;

- Proporcionar ações que levem em consideração uma abordagem específica para a criança e o adolescente, com uma linguagem mais próxima do seu universo e estimulando a criação de espaços atrativos onde encontrem ambiente propício e facilitador para estabelecer vínculos com a equipe de trabalho;
- Proporcionar atendimento ambulatorial para a família;
- Criar e ampliar convênios com clínicas especializadas para o atendimento a pacientes graves que não se adaptem ao hospital-dia e ambulatório, que tenham dificuldades em conseguir internações públicas e que não possam arcar com o alto custo do tratamento;
- Criar condições para que cumpra-se a lei Anti-manicomial, que exige um número mínimo de leitos em hospitais gerais destinados à desintoxicação;
- Criar (ou fazer funcionar, se existir) uma central de leitos regional;
- Fazer levantamentos epidemiológicos da população brasileira para localizar as áreas de maior prevalência de drogadicção, para que se possa atuar de um modo mais eficaz. Caracterizar a população usuária de drogas injetáveis e procurar atingi-la através de informações, campanhas, folders, etc.;
- Implantar e ampliar as ações de redução de danos dentro dos ambulatórios, tendo em vista que a drogadicção é um problema complexo que requer múltiplas intervenções, e assim propiciar mais de uma opção de tratamento;
- Possibilitar que o atendimento seja: Desburocratizado; Amplamente divulgado; Imediato, no momento da chegada (acolhimento); Favorecedor da criação de vínculos; e,
- Desenvolvido em centro de convivência que possibilite ao usuário se identificar com o serviço.

♦SUBGRUPO T 2 - INTERNAÇÃO

∗PROPOSTAS

- Nas internações, devem ser obedecidos rigorosamente os critérios da Organização Mundial da Saúde bem como os da instituição na qual se dará o ato da internação;
- Quando existirem casos de mais de um diagnóstico, ressalta-se a importância do diagnóstico apropriado em todos os seus componentes e com tratamento adequado;
- Em todos os procedimentos de internação, os critérios e prescrições médicas devem ser seguidos rigorosamente quando da utilização de medicação;
- Durante a internação, deve ser sempre mantido o critério de abstinência das drogas de adicção que motivaram tratamento, quando este for um critério básico da instituição que realiza a internação;
- A internação involuntária poderá ocorrer exclusivamente se a pessoa estiver correndo risco de vida ou proporcionando este risco a alguém;
- É fundamental a apresentação na triagem de um programa básico com suas características definidas e programa de tratamento. Na alta, será fornecido pela equipe um parecer sobre o paciente. No momento da triagem não é necessário o parecer do médico;
- Quanto às características institucionais, serão aquelas que atendam ao perfil do tratamento proposto, além de contemplar as exigências da legislação vigente para cada instituição;
- Quando da internação da criança e adolescente, que estes possam ser recebidos pela instituição, mas que no prazo máximo de 24 horas, seja dada ciência ao conselho tutelar, ao juiz e à família.

♦SUBGRUPO T 3- REINSERÇÃO SOCIAL

Reinserção social é entendida como o processo que o indivíduo, família, comunidade e Estado desenvolvem para a recuperação, integração ou reintegração do dependente químico na sociedade. Somente ela concretiza –se com a conscientização do indivíduo no aprendizado ou resgate de valores morais e éticos, devendo a família, a sociedade e o Estado prestar-lhe apoio, criando mecanismos de educação, saúde, trabalho, esporte, lazer, cultura, apoio psicológico e espiritual para o exercício de sua cidadania.

∗PROPOSTAS

- Criar dispositivos legais com critérios que possibilitem parcerias/convênios do Estado, com pessoas físicas ou jurídicas, estatais ou privadas participando do processo de reinserção social;
- Divulgar informações sobre as propostas de apoio do Estado para a reinserção social;
- Capacitar profissionais para lidar com a drogadicção;
- Criar casas de apoio provisório.

♦SUBGRUPO T4- COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

∗PROPOSTAS

- Quanto à normatização das Comunidades Terapêuticas:

A) Normas mínimas:

- Que as Comunidades Terapêuticas apresentem uma proposta de recuperação coerente, na qual constem: a adoção de critérios de admissão; um Programa Terapêutico com fases distintas; estabelecimento de critérios de alta; os procedimentos que caracterizem a reinserção social como objetivo final;
- Todas as Comunidades Terapêuticas deverão apresentar um Programa de Capacitação e Treinamento de seu pessoal, em cursos credenciados pela SENAD;
- Que as Comunidades Terapêuticas obedeçam ao Código de Ética da FEBRACT, aprovado pela Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas;

B) Treinamento de pessoal:

- Que a SENAD apíie a criação de Centros de Formação e Treinamento nas regiões geográficas que apresentem um número significativo de Comunidades Terapêuticas.

C) Bolsas para internos carentes:

- Que a SENAD conceda bolsas a internos de Comunidades Terapêuticas registradas no "CNAS", segundo critérios de seriedade e eficácia, atingindo, no mínimo, 10% dos internos.

D) Redução de danos:

- As Comunidades Terapêuticas, considerando a repercussão negativa que haveria no trabalho que realizam, manifestam-se contrárias à Política de Redução de Danos e à liberação de drogas ilícitas.

E) Propaganda

- O Ministério da Justiça e o CONAR deveriam tomar medidas legais cabíveis quanto à maneira inadequada com que são realizadas determinadas propagandas que deveriam ser dirigidas contra o consumo de drogas, mas que na verdade estimulam o seu uso.

Outras propostas:

- Que haja um acompanhamento por parte da SENAD, ou de órgãos por essa Secretaria credenciados, em relação às Comunidades Terapêuticas;
- Que, na distribuição de verbas, a SENAD atenda prioritariamente às Comunidades Terapêuticas que lutam com falta de recursos, mas que realizam um trabalho sério e eficaz;
- Que, dada a grande colaboração que podem prestar, seja recomendado à SENAD que inclua representantes das Comunidades Terapêuticas em seus respectivos órgãos estaduais ou municipais;
- Que a SENAD forme uma Comissão, da qual participem representantes da FEBRACT, da FETEB e das Comunidades Terapêuticas, para que as normas aqui sugeridas sejam aprofundadas.

♦SUBGRUPO T5 -AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO

∗PROPOSTAS

Aspectos gerais:

- Todo tratamento deve ser avaliado;
- A avaliação deve começar quando o tratamento é iniciado e deve continuar enquanto o indivíduo permanece em tratamento;
- Cada modalidade de tratamento deve ter um método próprio de avaliação adequado às suas peculiaridades, porém com intervalos máximos de um mês.

Parâmetros propostos:

- Aferição da aderência ao tratamento: freqüência e disponibilidade para a mudança;
- Valorização da aceitação da problemática relacionada ao uso de drogas e busca ativa de resolução;
- Avaliação do consumo através: do relato do indivíduo; de análises toxicológicas (quando possível) e de informação da família;
- Aceitação consensual de redução do consumo como um dos parâmetros a serem considerados na avaliação de eficácia;
- Considerar a reinserção social como critério de melhora;
- Valorização do aumento da capacidade produtiva, nos campos afetivo, ocupacional e intelectual;
- Capacidade de elaboração de um projeto de vida e planificação para o futuro devem ser considerados critérios de melhora;
- Aspectos relativos à reestruturação do modelo relacional familiar devem ser levados em conta na avaliação;
- Inclusão de aspectos relativos à espiritualidade, considerada em seu conceito mais amplo: aceitação de uma religião; resgate de valores existenciais; elaboração de um projeto de vida, etc.
- Recomenda-se a realização de um II Fórum Nacional onde sejam aprofundadas questões pragmáticas no sentido de se estabelecer critérios de avaliação de ampla aplicabilidade e onde seja discutida e normalizada a formação qualificada de pessoal envolvido na avaliação.

♦SUBGRUPO T6- NORMALIZAÇÃO

∗PROPOSTAS

1. Normalização de serviços:

Todo e qualquer processo de normalização de serviços que prestam assistência a dependentes químicos e/ou usuários abusivos de drogas deve ter como objetivo:

- Estabelecer diretrizes mínimas que viabilizem as ações de assistência através de financiamento pelos órgãos competentes;
- Criar parâmetros que orientem e organizem a imensa demanda por tratamento, fornecendo referências a todos aqueles que buscam assistência – inclusive através de definições claras e objetivas do que sejam os diversos serviços e os procedimentos por estes realizados;
- Não engessar e/ou excluir ações de cunho leigo/comunitário eticamente aceitáveis, através da proposição de regras inflexíveis, que não levem em conta a diversidade sócio-econômica e cultural do Brasil;
- Levar em consideração as propostas e experiências de associações brasileiras de estudos e de assistência a dependentes químicos;
- Legitimar, como objetivo maior, o esforço da sociedade civil organizada nos diversos serviços de tratamento de dependência química e/ou uso abusivo de drogas, através de parâmetros mínimos que levem em conta aspectos éticos, científicos e legais da assistência.

Aspectos do tratamento

2.1. Modalidade de assistência:

- Integração com grupos de ajuda mútua;
- Assistência à família;
- Acolhimento e Triagem (compatibilidade entre proposta terapêutica e a necessidade do indivíduo e da família);
- Integração com rede de saúde local (Referência – Contra-referência);
- Atividades ocupacionais que privilegiem a socialização e reinserção social do indivíduo (oficinas terapêuticas, profissionalizantes, atividades comunitárias);
- Programa de pós-tratamento (acompanhamento periódico do indivíduo e família).

2.2.Equipe terapêutica

- Multiprofissional e Interdisciplinar;
- Profissionalização e/ou capacitação mínima segundo regulamentação dos órgãos, associações, federações e outras ao qual o serviço esteja vinculado legalmente e fiscalizada pelo órgão público competente.

2.3. Espaço físico

- Deve basear-se nas exigências já definidas pelo órgão público de saúde, tendo como parâmetro as diretrizes contidas na proposta de normalização da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD) e da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

2.4. Personalidade jurídica

- Como critério mínimo para cadastramento de serviços junto a associações e federações será requerida a criação de uma personalidade jurídica própria;

- Para cadastramento de associações e federações junto ao SENAD e/ou CONAD é necessário que estas possuam proposta de normalização que regulamente a assistência prestada por seus associados e federados e que estas propostas estejam de acordo com a política nacional anti-drogas;
- Garantir assento no Conselho Nacional Anti-drogas/CONAD as associações e federações de maior representatividade nacional, tais como: Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), Associação Brasileira de Centros de Tratamento de Dependência Química (ABRADEQ) e Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

2.5. Avaliação

- É necessário que esta seja parte integrante do processo de assistência, com metodologia de avaliação referendada por critérios científicos estabelecidos por Universidades, Associações Profissionais e Órgãos públicos competentes.

1. Financiamento de serviços

- Necessidade de revisão da regulamentação dos planos de saúde no intuito de possibilitar o custeio da assistência prestada pelos centros de tratamento de dependência química e comunidades terapêuticas, devidamente cadastradas nas associações e federações representadas no CONAD;
- Maior agilidade no repasse de recursos da subvenção social da SENAD e repasse imediato dos financiamentos já aprovados pelo CONFEN;
- Urgência na normalização da assistência à dependência química no Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que se regulamentem os instrumentos de financiamento público da assistência prestada pelo serviços não-governamentais.

2. Fiscalização de serviços

- A fiscalização de serviços deverá ser feita pelos Órgãos públicos e não governamentais, através de mecanismos legais pertinentes a cada setor;
- Criação de Conselhos Éticos e Normativos que elaborem laudos de credenciamento e descredenciamento – obedecendo periodicidade bianual que habilitem ou não os serviços para financiamentos públicos e privados;

♦SUBGRUPO T 7- GRUPOS DE MÚTUA-AJUDA

∗PROPOSTAS

- Que os grupos de mútua-ajuda sejam considerados na "Política Nacional Anti-Drogas" como agentes atuantes a nível operacional na prevenção a drogadicção, recuperação e reinserção social de dependentes químicos, bem como na reestruturação do grupo familiar;
- Criação de um departamento na SENAD, direcionado aos grupos de mútua-ajuda, para:
    - Organizar eventos nacionais e regionais – Para exemplificar: Fórum Nacional dos Grupos de Mútua-Ajuda (anualmente);
    - Manter a divulgação de catálogos regionais, em papel, dos Grupos de Mútua-Ajuda, por região do país, e inclusão dos mesmos em seu site na Internet;
    - Promover apoio governamental às entidades que mantém grupos de mútua-ajuda e que possam receber recursos externos tais que propiciem aquisição de material auxiliar (bibliográfico, informático, audiovisual e assemelhados) e realização de projetos específicos nas áreas de prevenção, recuperação e reinserção social;
- Não adoção de uma política nacional de redução de danos.

♦SUBGRUPO T 8 - TRATAMENTO E ASPECTOS LEGAIS

∗PROPOSTAS

- A lei deve estabelecer prazo razoável para a criação de estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais destinados a tratamento de dependentes;
- Por unanimidade, o grupo propõe o reconhecimento pela Lei Anti-Tóxicos das Comunidades Terapêuticas não governamentais como órgãos habilitados a prestar assistência ao dependente químico;
- A prestação de assistência ao dependente químico pobre deverá ser subvencionada pelo Poder Público.

3.4.3. Grupo global

♦SUBGRUPO G2 - FAMÍLIA

∗PROPOSTAS

1. Como ajudar a família a prevenir o uso indevido de drogas?

O papel da família:

- Valorizar as relações familiares e os princípios religiosos, através da educação básica. Resgatar os valores familiares, adequados à realidade social;
- Estabelecer limites e normas familiares, com unidade de decisão na família. Procurar coerência entre palavras e ação na educação; estabelecer relações de causas e efeitos quanto à postura dos valores familiares;
- Vencer preconceitos quanto às drogas e buscar maiores informações com entidades que atuam na área.

Ações concretas:

- **Necessidade de ação conjunta do Estado e da Sociedade Civil:**
  - Definição de ação por parte do Governo - na prevenção do abuso de drogas e no fortalecimento da família;
  - Organização e participação permanente da Sociedade Civil, assim como de grupos de trabalho e grupos de ajuda, durante todo o processo de definição, normatização e implantação da nova política nacional anti-drogas;
- Incentivo do Governo Federal a entidades não governamentais que trabalham com prevenção;
- Parceria do Governo Federal, estadual, municipal e da SENAD dando apoio e divulgação aos trabalhos dos Grupos de Auto-Ajuda, e ONG;
- Parceria do Governo com Empresas Privadas. Incentivo a empresas que investirem nesta área de tratamento às famílias e ao dependente;
- Vincular o tratamento da família a todos as formas de atendimento ao dependente - farmacoterapia, terapia individual e de grupo, terapia ocupacional e comportamental, grupos comunitários de ajuda mútua;
- Trabalhos de grupos de apoio;
- Campanhas de informação e prevenção, através da mídia e outros meios, valorizando a pessoa e a família, com ênfase no exercício da cidadania - direitos e deveres;
- Inclusão no Currículo Escolar de matérias pertinentes à Prevenção (Grupos na Escola);

- Investimento na área de saúde preventiva com formação de agentes;
- Maior divulgação de entidades que trabalham com prevenção com endereços e telefones;
- Qualificação dos profissionais da área de Recursos Humanos, através de cursos específicos de preparo para lidarem com Drogadicção e Tratamento.

2. Como a família poderá atuar na repressão?

- O papel da família não é atuar na repressão, cabendo esta função às autoridades competentes;
- A família precisa de apoio das autoridades do Poder Judiciário, através do Ministério Público, para que a repressão seja instrumento de resgate humano e social, cumprindo uma missão reeducativa;
- Se enquadrarmos repressão na família, será necessária a reorganização da estrutura familiar, com unidade de valores, limites estabelecidos (civil e criminal), perdas de privilégios do usuário dentro da família.

♦SUBGRUPO G3- ESCOLA

∗PROPOSTAS

Como resposta à falta de programas preventivos longitudinais:

- Contemplar os Projetos de Prevenção ao uso de drogas nas escolas dentro da concepção de Educação, que tem como objetivo geral a valorização do ser humano e da vida;
- O processo preventivo, para ter efeito educativo e formativo, precisa ser sistemático, contínuo e regular;
- Trabalhar as informações científicas com serenidade, lucidez e isenção emocional, evitando o sensacionalismo, moralismo, alarmismo, terrorismo, de maneira não preconceituosa;
- A informação sozinha não é suficiente para o aluno mudar comportamentos, daí um maior investimento pedagógico nas habilidades psicossociais, como o incentivo a tomar decisões responsáveis, fazer opções construtivas, interagir e desenvolver mecanismos de defesa;
- Participação ativa da família e da comunidade em um plano integrado de prevenção;
- Estabelecer normas reguladoras (proibitivas) contra o uso, consumo e venda de tabaco e bebidas alcóolicas nas escolas e festas ou comemorações promovidas pelo estabelecimento de ensino;
- Disponibilizar e divulgar para as escolas os programas existentes na prevenção ao uso de drogas;
- Capacitar representantes de estudantes (Grêmio estudantil, UBES, UNE etc.) para trabalharem nos programas de prevenção;
- As palestras devem fazer parte de um programa amplo de prevenção e serem autorizadas pelos órgãos normativos competentes, assim como campanhas, folhetos, cartazes e outros meios de divulgação;
- Incrementar e ampliar as etapas de acompanhamento e avaliação dos projetos desenvolvidos na área de prevenção.

Como resposta à capacitação deficitária dos educadores

- A capacitação e reciclagem dos educadores devem ter como base comum os parâmetros curriculares nacionais, proporcionando a formação de cidadãos críticos e responsáveis diante aos problemas sociais, entre eles a droga-dependência;

- Capacitar professores e/ou técnicos a identificar alunos em situações de risco (social, emocional ou comportamental) em relação às drogas, dando o devido encaminhamento;
- Oportunizar assistência e tratamento aos profissionais da educação, usuários ou dependentes de drogas.

Frente à necessidade de reformulação de práticas pedagógicas

- Parceria das escolas com outras instituições e multidisciplinariedade na formação de educadores, técnicos e adultos. A escola deve formar cidadãos conscientes, prontos a colaborar na construção de uma sociedade com melhor qualidade de vida;
- Desenvolver, com auxílio de metodologias participativas, uma conduta pedagógica mais compromissada com a formação integral do aluno, derrubando preconceitos, valorizando não somente seu progresso cognitivo e motor, mas os seus avanços na vivência afetiva, social e espiritual.

Outras propostas

- Inserção de uma lei de incentivo fiscal para a educação, no modelo da Lei Roanet, para incentivar o patrocínio empresarial de projetos educativos de prevenção ao uso de drogas.
- Incentivo financeiro às prefeituras endereçado à capacitação de educadores nos projetos de prevenção ao uso de drogas.

♦SUBGRUPO G7- CRIANÇAS E ADOLESCENTES

***PROPOSTAS**

1. **Prevenção**

- **Escola**: Preparar profissionais da área de Educação para lidarem com as questões relacionadas com limites, valores éticos, morais e religiosos, questões do desenvolvimento emocional, entre outras, dentro do Projeto Pedagógico de cada unidade de ensino;
- **Família**: Propiciar à família espaço de discussões e debates a respeito de limites, valores éticos, morais e religiosos, papéis familiares, educação de filhos, etc.;
- **Saúde**: Preparar profissionais de saúde para, no contato com crianças, adolescentes e suas famílias, prestar orientação quanto ao desenvolvimento sócio-emocional;
- **Comunidade**: Estimular a criação e manutenção de espaços comunitários que possibilitem a prática de esportes e lazer, o acesso e produção de diversas manifestações culturais e a preparação para o mundo do trabalho;
- **Mídia**:
  - Estimular a criação e veiculação de programas educativos em horários próprios para crianças e adolescentes;
  - Propor a criação de mecanismos contínuos de controle de qualidade dos programas e propagandas de TV;
- **Outros**: Estimular a articulação de redes, institucionais e não institucionais, com o objetivo de implementar ações de promoção do desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Tratamento:

- Estimular a criação de espaços públicos gratuitos e de qualidade para o tratamento de adolescentes usuários de drogas, seja em regime de internação ou ambulatorial, oferecendo assistência à família;
- Investir em capacitação de recursos humanos para o tratamento de crianças e adolescentes dependentes de drogas;
- Estimular a articulação entre as diversas instituições de tratamento às dependências: públicas, privadas e comunidades terapêuticas;
- Facilitar a participação de empresas privadas no financiamento dos programas de tratamento de crianças e adolescentes usuários de drogas;
- Destinar os recursos federais advindos da apreensão de bens relacionados com o tráfico de drogas para o tratamento de crianças e adolescentes usuários.

3. Repressão

- Capacitar os profissionais da área de segurança pública para lidarem com crianças e adolescentes usuários de drogas;
- Propor uma revisão do Estatuto da Criança e do Adolescente no que diz respeito à idade de responsabilidade penal (não houve unanimidade de opiniões).

♦SUBGRUPO G8- CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA

*** PROPOSTAS**

- Capacitar profissionais que trabalham com este segmento específico da sociedade para que adotem uma pedagogia eticamente fundamentada;
- Facilitar o estabelecimento de um vínculo educador/educando que tenha como base o respeito aos jovens e objetive garantir-lhes a plena consciência e exercício da cidadania.
- Inserir as crianças e adolescentes num circuito alternativo ao da rua, que lhes possibilite a construção de um projeto de vida enquanto sujeitos históricos;
- Estimular, para tanto, a articulação de redes voltadas para as crianças e adolescentes em situação de rua, numa construção diária de comunicação, com princípios partilhados e ações sinérgicas;
- Garantir a continuidade das intervenções ao longo do tempo, para que estas possam ter efetividade - provocando na subjetividade do indivíduo novas demandas, acolhendo e estimulando suas potencialidades;
- Demandar da SENAD a efetivação de investimentos destinados aos Conselhos Municipais e Estaduais da Criança e do Adolescente, que também contemplem as Organizações Não Governamentais (ONGs);
- Criar mecanismos que facilitem o repasse de verbas e a assessoria técnica do SENAD destinados aos Fundos Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, bem como para ONGs que mantenham trabalhos dirigidos a crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social.

♦SUBGRUPO G10 -ADEQUAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

***PROPOSTAS**

Prioridades:

Reconhece-se como prioritário o investimento em capacitação dos recursos humanos que atuam na área de dependência química, com as seguintes prioridades:

- **Educadores** - do ensino infantil, fundamental, médio e superior. A grande prioridade é a preparação de professores de 1º e 2º graus, com o objetivo de integração curricular das ações da educação para a prevenção do uso indevido de drogas, objetivando o desenvolvimento de valores universais, éticos e morais, visando à formação do homem integral;
- **Policiais** - de todas as áreas de atuação. Na área de repressão, a grande prioridade é o reequipamento técnico e operacional das políticas e a preparação dos policiais não apenas em habilidades repressivas, mas também em direitos humanos;
- **Trabalhadores das áreas de saúde e assistência social** - Na área de assistência, a prioridade é a preparação, em termos de recursos humanos e materiais, dos serviços de saúde e assistência social para a adequada retaguarda que as ações educativas exigirão;
- **Voluntários**;
- **Magistrados, procuradores, defensores públicos e membros do Ministério Público** - essa ação deve se dar sob duas formas básicas:
  - Educação continuada dos trabalhadores já integrados no mercado de trabalho;
  - Intervenção no currículo de formação de novos trabalhadores.

Outras propostas:

- Não houve consenso no Grupo, sobre a necessidade de regulamentação da profissão de Conselheiros em dependência química, mas sim em que sua formação deverá receber mais cuidados por parte das autoridades educacionais.;
- A produção de materiais educativos deve ser regionalizada, para atender características e necessidades locais e regionais, ressaltando a qualidade de vida e valores éticos. Os materiais educativos devem ser adequados ao poder aquisitivo das pessoas a que se destinam;
- É necessário implantar serviços públicos de tratamento e apoiar a manutenção dos serviços filantrópicos com recursos humanos e materiais;
- Destinar parte dos impostos arrecadados com a produção e a comercialização de drogas lícitas para o financiamento de ações de prevenção de uso indevido, de tratamento de usuários e dependentes e de repressão ao tráfico de drogas ilícitas (esta recomendação foi apoiada por 13 dos 20 participantes do Grupo);
- Adequar recursos humanos e materiais de centros de pesquisa para o estudo de novas estratégias e materiais para prevenção e tratamento do uso de drogas;
- Deve ser definido percentual específico dos recursos transferidos a Estados e Municípios, destinado a repressão ao tráfico de drogas;
- Divulgar e fazer implementar o documento do CONEP;
- Devem ser abordados os recursos que a Lei determina para os laboratórios do Instituto Médico-Legal.

♦SUBGRUPO G11-INCENTIVO À PESQUISA E DIVULGAÇÃO DE DADOS ESTATÍSTICOS

∗PROPOSTAS

Recomendações à SENAD:

- A SENAD deve incentivar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas e sobre intervenções de prevenção e tratamento ou repressão na área das drogas;
- As ações da SENAD devem ser respaldadas por dados provenientes de pesquisas metodologicamente adequadas;
- O apoio à pesquisa poderá ser feito de duas formas:

  - Em resposta a demanda espontânea;
  - Propondo linhas de pesquisa a serem incentivadas, em função das demandas identificadas, priorizando avaliações de necessidades e resultado;
- Os recursos para apoio aos projetos de pesquisa serão os provenientes da FUNAD e de outras fontes à disposição da SENAD, que deverá se responsabilizar pela captação dos recursos necessários ao cumprimento dos programas;
- Sugere-se uma interação com outros órgãos de fomento à pesquisa como CAPES, CNPq, FINEP, Fundações Estaduais de apoio à pesquisa, no sentido de se incentivarem linhas específicas de fomento sobre temas relacionados ao uso abusivo de drogas;
- Os projetos de pesquisa deverão ser submetidos à apreciação de um órgão técnico assessor a ser criado pelo CONAD, formado por 7 representantes da comunidade científica, provenientes das áreas de prevenção, tratamento, repressão e avaliação. Este órgão consultor deverá se assessorar através do envio dos projetos a consultores "ad hoc", credenciados com base na sua competência como pesquisadores. O parecer do órgão técnico deverá se fundamentar nos pareceres da assessoria "ad hoc" e enviado para aprovação do CONAD;
- Após a liberação dos recursos, o órgão técnico deverá acompanhar a implantação do projeto através da análise de relatórios semestrais: um relatório técnico-científico e um relatório financeiro. Após o relatório final poderá ser realizada uma avaliação local, se necessária;
- Anualmente, o conselho técnico deverá realizar uma avaliação dos projetos apoiados
- Em relação à divulgação de dados provenientes de pesquisa, sugere-se a criação de um centro de documentação informatizado, incorporando e ampliando os bancos de dados já existentes no país. Sugere-se a criação de uma sessão na home-page da SENAD com possibilidade de acesso a um formulário padrão, que permita a constante alimentação do banco de dados pelos usuários. Sugere-se também que o programa facilite a interação com outros serviços e "links";
- Sugere-se a criação de uma revista técnica especializada em drogas, que contenha:
  - Artigos originais;
  - Revisões;
  - Debates sobre política de drogas;
  - Resumo de artigos publicados em revistas nacionais e internacionais;
  - Boletim sobre estatísticas – informações epidemiológicas;
- Esta Revista deve preencher todos os requisitos necessários para indexação de acordo; com as normas internacionais, tornando-se um veículo oficial de referência técnica na área de abuso de drogas;
- A SENAD deve se responsabilizar pela coordenação e criar um programa de avaliação de dano populacional, em termos de morbidade e mortalidade. Sugere-se a criação de um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica contendo indicadores epidemiológicos de uso de drogas, indicadores de atendimento a usuários e dependentes de drogas em nível ambulatorial e hospitalar, indicadores de mortalidade e outros indicadores a serem definidos, como por exemplo apreensão de drogas.;
- Este sistema deve integrar dados provenientes das ações dos vários ministérios;
- O grupo se preocupa com a continuidade do processo e solicita que a SENAD se pronuncie em relação às recomendações supracitadas, enviando uma resposta ao grupo, que se propõe a assessorar a discussão das propostas enviadas;
- Que a SENAD responda às propostas contidas nos relatórios, não só aos subgrupos, mas a todos os participantes do Fórum. (BRASIL, Secretaria Nacional Antidrogas,1999; CEBRID,1999).

CONSIDERAÇÕES

As drogas, a partir do final da década de sessenta se incorporaram de tal forma na sociedade, que se tornaram uma ameaça constante à segurança interna dos países e a segurança internacional.

Esse fato desencadeou uma série de estudos, inicialmente nos USA, cujos resultados influenciaram a opinião pública e esta pressionou o governo americano a tomar atitudes políticas conducentes a modificação da situação evidenciada pelos estudos. Desencadearam-se então discussões, referentes ao "problema da droga" a nível nacional e internacional, através de Comitês. Assim tem início a fase de elaboração de diretrizes para controle e prevenção do uso de drogas na comunidade e sistema educacional não só nos Estados Unidos da América do Norte como nos Estados Membros da União Européia e também no Brasil.

O consumo de multidrogas, já na década de oitenta, converteu-se numa epidemia avassaladora, transformando-se numa preocupação mundial. A sociedade, então, passou a exigir políticas de ação e execução efetiva dos governantes.

O fenômeno da drogadependencia, por ser multifatorial, exige um esforço multidisciplinar e multissetorial. É fundamental uma coordenação, orientada por diretrizes, que integre os diferentes agentes sociais que possam intercambiar as experiências com critérios unificados.

Nesse sentido destacam-se as políticas de combate às drogas em diversos países, examinando-se as respectivas legislações, programas de prevenção, programas de tratamento e reinserção social com suas estratégias de ação e adoção de abordagens específicas à drogadependências.

CAPÍTULO IV

EPIDEMIOLOGIA DE CONSUMO DE DROGAS NO MUNDO

INTRODUÇÃO

O presente capítulo visa apresentar resultados obtidos através de estudos epidemiológicos realizados sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas em diversos países do mundo por renomados pesquisadores e estudiosos integrantes de institutos e ou organismos internacionais como: National Institute on Drug Abuse (NIDA)-USA; Office for Substancies Abuse Prevention (OSAP); Departament of Health and Human Services (DHHS); Committer on Drug Use in the Workplace; National Research Council Institute of Medicine dos Estados Unidos da América; Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarite France; Ministère de la Santé France; INSERM; Cristopher Luckett do Grupo Pompidou-Estrasburgo; Centre for Research on Drugs and Health Behavior da Grã Bretanha; DGPNSD; Ministério de Sanidad y Consumo; Direccíon General de Farmácia; Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (S.E.I.T); Centro de Investigación y de Acción para la Promoción de la Salud (CIDAPS); Grupo Interdisciplinar sobre Drogas-GID da Espanha; Organização Mundial de Saúde (OMS/ WHO); Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID); Departamento de Investigação sobre Drogas (DENARC) Brasil; Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP) e Serviço Social da Indústria/RS (SESI); Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) e pesquisadores ligados a universidades e grupos de pesquisa sobre uso e abuso de substâncias psicoativas entre estudantes do ensino fundamental e médio, universitários; e dependentes químicos em Centros de tratamento na rede ambulatorial e hospitalar do Brasil.

Primeiro apresentamos os resultados de estudos realizados nos *Estados Unidos da América* a partir de 1970 a 1995. Descrevemos o perfil epidemiológico do consumo de substâncias psicoativas em nível nacional, destacando-se os dados relativos ao consumo de drogas lícitas (álcool, tabaco, medicamentos), e das drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, heroína, PCP, esteróides, anabolizantes), obtidos de inúmeros inquéritos epidemiológicos e outros estudos (NIDA; National Household Survey on Drug Abuse; Monitoring the Future; Gallup International Instituts) colhidos junto a amostras representativas da população de estudantes adolescentes, com idades entre 10 a 18 anos, e adultos jovens entre 21 a 35 anos, estudantes universitários e trabalhadores. Os resultados das pesquisas revelam os padrões de consumo elevado de álcool entre jovens com idade inferior a 21 anos, e o inicio de consumo de álcool e tabaco geralmente ocorrem entre os 10 a 12 anos.Os pesquisadores e especialistas apontam que o consumo de outras substâncias psicoativas ilícitas como cocaína, heroína, maconha, PCP, anabolizantes pelos adolescentes e jovens americanos é considerado "alto risco" para seu desenvolvimento bio-psico-social e intelectual.

Os estudos revelam o grave problema que as drogas acarretam no ambiente de trabalho, nas relações interpessoais e das repercussões do seu consumo na força de trabalho e

produtividade. Outras pesquisas têm sido realizadas com a finalidade de conhecer a escalada do consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens para desenvolver programas de prevenção ao uso indevido das drogas e promover a reintegração social, reduzir os fatores de risco múltiplos associados ao consumo e a drogadependência.

A seguir, apresentamos os resultados de estudos que revelam o perfil epidemiológico do consumo de substâncias psicoativas em países da *Europa Ocidental, Central e Oriental*, entre os anos 1987 a 1995. As pesquisas revelam a respeito do consumo de drogas lícitas e ilícitas, e apontam um sério problema o da "politoxicomania" e as tendências de uso e abuso de distintas substâncias psicoativas (cannabis e seus derivados, cocaína, opiáceos, êxtasis, anfetaminas,LSD, heroína, álcool, tabaco) por adolescentes em idades entre 13 a 18 anos, e jovens entre 18 a 24 anos.

Crianças e adolescentes franceses com idade entre 13 a 18 anos consomem em média 3.3 litros de álcool por ano, estão usando mais colas, solventes e cannabis, já os adultos jovens (entre 20 e 30 anos) drogadictos, se utilizam de heroína, cannabis, cocaína,LSD, álcool, medicamentos psicotrópicos e outras drogas injetáveis acarretando aumento violento de soropositivos HIV/AIDS. Entre os adultos de ambos os sexos o consumo de álcool é alto, associado ao consumo de tabaco, medicamentos psicotrópicos.O consumo de álcool era de 11,7 litros por pessoa em 1993. O estudo revelou serem os homens com idade entre 45 a 54 anos que consomem grande quantidade, e as mulheres de 35 a 44 anos.As profissões que mais bebem são da área da agricultura, do artesanato e do comercio.

Na maioria dos países escandinavos os estudos apontam ser o consumo abusivo de álcool associado à cultura. O tabagismo é outro problema constatado pelos pesquisadores, e difícil decréscimo de consumo do tabaco por desempenhar um papel de agente social e também possuir um valor simbólico para o fumante.Outras substâncias psicoativas como anfetaminas, heroína, cocaína, são consumidos entre os adolescentes e adultos jovens.

Estudos epidemiológicos realizados em países da Europa Central e Oriental na última década, apontam que com as mudanças políticas e as transformações sociais e econômicas, tornaram–se alguns países dos Bálcãs trânsito "rota" de drogas (heroína, anfetaminas) e abastecedores do mercado consumidor da Europa Ocidental, mas também importantes consumidores de drogas psicoativas ilícitas associadas ao abuso de bebidas alcoólicas e do fumo de cigarros de tabaco.

Alguns pesquisadores realizaram estudos nas antigas repúblicas soviéticas (Polônia, Eslováquia, Bulgária, República Tcheca, Ucrânia, Estônia), e constataram que as mudanças econômicas, sociais e políticas ocorridas nestes países contribuíram para maior disponibilidade de álcool através da proliferação da indústria e comércio privado. O percentual de consumidores abusivos de álcool aumentou em 50%, como também revelaram um aumento de hospitalizações de pacientes com psicose alcoólica, e outros problemas sócio-afetivos e econômicos. O aumento do consumo de álcool foi observado entre as mulheres, em idades de 20 a 30 anos, sendo um hábito de predomínio entre os homens adultos, mas apontam que esta crescendo o uso e abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas em adolescentes e adultos jovens.

Estudos realizados em doze cidades da República da Rússia os resultados (as evidências) mostram o crescente percentual de usuários de drogas ilícitas em todas categorias sociais, além do consumo abusivo de álcool. Os pesquisadores apontam que jovens graduados

no segundo grau de escolas das Regiões Árticas do Norte da Rússia são abusadores de álcool e outras drogas ilícitas, se tornam trabalhadores subempregados, conseqüências de altas taxas de alcoolismo e drogadependência, vêm ocorrendo aumento de crimes e suicídios entre os jovens de ambos os sexos.

No terceiro momento apresentamos o perfil epidemiológico das drogas na *Espanha*, entre os anos 1983 a 1995. Destacamos os resultados de estudos realizados nas (19) Comunidades Autônomas sobre o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e problemas derivados do uso indevido de drogas pela população de estudantes adolescentes, jovens universitários e trabalhadores, adultos jovens de ambos os sexos, divulgados na Memória – 93 (DGPNSD, 1994). Os resultados revelam padrões de consumo regular alto de álcool, e tabaco entre os espanhóis.Outras drogas como a cannabis e seus derivados, a cocaína, as drogas de desenho "ecstasy", opiáceos tiveram um aumento considerável de uso e abuso na década de noventa.

Para as autoridades e especialistas em drogadependência, preocupante é o aumento de consumidores (idade de 20 a 34 anos) de heroína 41,1% e, e de heroína+ cocaína 32,6%, padrões de consumo de altíssimo risco pelos problemas relacionados ao consumo de drogas injetáveis, especialmente com a infecção pelo HIV, aumento elevado de casos de AIDS/SIDA constatados em núcleos urbanos e industrializados mais importantes da Espanha. Os problemas de saúde e sociais relacionados com o consumo de substâncias psicoativas são inúmeros (psicopatologias , mortes, acidentes de trânsito, evasão escolar, violência, delitos, delinqüência, tráfico de drogas), acarretando altos investimentos econômicos direcionados para programas de prevenção no contexto educacional e comunitário, em programas de tratamento e reinserção social dos usuários e drogodependentes, e na formação de recursos humanos especializados para atuarem nos três níveis assistenciais.

Estudos epidemiológicos e sociológicos com amostras representativas junto a estudantes de ensino médio, com idade entre 11 a 19 anos, ambos os sexos de diversas Comunidades Autônomas da Espanha, revelam que o consumo abusivo de bebida alcoólica e de tabaco cresceu significativamente em meados da última década (1995), e a experiência com outras substâncias psicoativas ilícitas (maconha, haxixe, cocaína, ecstasy, alucinógenos), também vem crescendo.Os pesquisadores revelam que à maioria dos jovens que procuram os serviços "auxilio telefônico" de drogadependência são policonsumidores (cannabis, heroína, drogas de desenho, álcool).

Finalizando apresentamos os resultados de estudos epidemiológicos e sociológicos realizados em distintas regiões do *Brasil*, a partir de 1987 a 1999, sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e os problemas derivados do consumo abusivo pela população de estudantes adolescentes, jovens universitários, adultos jovens, trabalhadores e adultos de ambos os sexos.

Inicialmente descrevemos o perfil epidemiológico de tipos de usuários de substâncias psicoativas entre estudantes do ensino fundamental e médio (1º e 2º grau) da rede pública e privada do país a partir das contribuições de Carlini-Cotrin, Carlini (1987), ao publicar os resultados dos primeiros inquéritos epidemiológicos "Dados sobre o Consumo de Drogas por Adolescentes no Brasil". Seguido de vários estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID, o "I Levantamento Nacional sobre o uso indevido de drogas por estudantes do 1º e 2º graus e crianças e adolescentes em situação de rua", abrangendo 10 capitais do país inclusive Porto Alegre/RS, data de 1987. Após dois anos

realizou-se o “II Levantamento”, em 1993 o “III Levantamento” e, em 1997 o “IV Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas/ Substâncias Psicoativas entre Estudantes de 1º e 2º graus” em 10 capitais brasileiras, que revelou altíssimo percentual de adolescentes, entre 10 e 12 anos de idade que já haviam consumido drogas (uso na vida), sendo que: 51,2% usaram álcool; 11,0% usaram tabaco; 7,80% solventes; 2,0% ansiolíticos, e 1,80% já haviam se utilizado de anfetamínicos. O estudo revelou um aumento preocupante de uso freqüente de maconha, cocaína e de álcool entre os estudantes. Os anfetamínicos aparecem entre as quatro drogas mais consumidas pelos estudantes nos levantamentos realizados pelo CEBRID (87, 89, 93 e 97), ao excluírem da análise o tabaco e o álcool.

Um estudo sobre “Motivos a Drogadicção” (1997) realizado com amostras representativas da população de adolescentes estudantes de ensino médio (2ºgrau), com idades entre 14 a 20 anos, de ambos os sexos, constata alto percentual de consumo de bebida alcoólica, tabaco, solventes, maconha, medicamentos anfetamínicos e ansiolíticos, cocaína e,também um uso freqüente de alucinógenos, anticolinérgicos, xaropes e opiáceos. Os adolescentes informaram que a experimentação do primeiro cigarro de tabaco, ocorreu na idade entre 7 e 10 anos, e fumaram “baseado” maconha entre 11 e 13 anos.O cigarro é apontado como a porta de entrada para o uso de drogas ilícitas. As taxas de consumo cresceram nas idades entre 10 a 16 anos para todas as substâncias psicoativas. Para o pesquisador o preocupante está no uso de “multidrogas”, ou seja, são policonsumidores os adolescentes entre idade de 13 a 16 anos, e sua primeira experiência com as drogas ocorreu entre 10 e 12 anos. A partir de 1992, os estudos têm mostrado que os adolescentes do sexo feminino usam e abusam das drogas lícitas e ilícitas em maior percentual do que os do sexo masculino. No país o tabaco é a segunda droga mais usada na infância, pré-adolescência e adolescência (Krowczuk,1997).

As pesquisas da equipe do CONTAPP, INCA, CEBRID e outros pesquisadores têm revelado que “os pré-adolescentes brasileiros, principalmente as meninas, estão fumando cada vez mais cedo”,resultado preocupante segundo os médicos do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria, pelos riscos que os jovens estão correndo, se persistirem no hábito, além de tornarem-se dependentes da nicotina, sofrerão de doenças cardiovasculares e câncer pulmão, entre idade 30 a 40 anos. Adolescentes fumantes (12 a 17anos) tem 50 vezes mais chances de usarem cocaína e 12 vezes mais propensão de usar heroína do que não fumantes.

Outros estudos realizados revelam o perfil de automedicação no Brasil, os resultados apontam que são as mulheres com idade entre 16 a 45 anos e, os homens em idades extremas entre 0 a 15 anos e 56 a 65anos são os que mais se automedicam, os medicamentos consumidos são os analgésicos, antiinflamatórios, anti- reumático, antibióticos, quimioterápicos sistêmicos, hormônios sexuais, antiasmático.O consumo de benzodiazepínicos apontou a prevalência de 50% (uso na vida) aparece na idade superior a 18 anos.

Estudos realizados pelo CETAD, RAID em parceria com a ABDETRAN sobre causas de acidentes de trânsito,envolveu quatro capitais brasileiras:Salvador, Recife, Brasília e Curitiba, em 1997,com amostra representativa de motoristas com idade acima de 18 anos. O resultado apontou nas análises laboratoriais para dosagem de substâncias psicotrópicas a presença de álcool no sangue de 61% das vítimas de acidentes e a presença de diazepínicos, cocaína, barbitúricos, anfetaminas e opiáceos na amostra de urina dos acidentados. Os pesquisadores observaram que 88,2% das vitimas fatais de acidentes de trânsito haviam

consumido álcool. O uso de álcool é uma das causas do alto índice de mortalidade, sendo a faixa etária de 30 a 49 anos a mais atingida, e entre os homens desta faixa concentra 60% das mortes, revelando tratar-se de um sério problema para a saúde pública brasileira.

Outros estudos realizados pela FIESP (1993) , FIERGS, SESI e UNDCP a partir de 1995 com trabalhadores de industrias para verificar a ocorrência de problemas relacionados com o uso de drogas e sua influência no trabalho.Os resultados mostraram que em São Paulo de 10 a 15% dos trabalhadores têm problemas de dependência de drogas, e as conseqüências do abuso resultam: absenteísmo, acidentes de trabalho, licenças médicas, alto percentual de diárias hospitalares e utilização de assistência médica e social.No Rio Grande do Sul a pesquisa apontou que 50% dos trabalhadores bebiam sistematicamente. Foi implantado "Programa de prevenção ao uso de drogas" e o estudo revelou que foi reduzido em 70% nos últimos quatro anos (1999) ,o número de trabalhadores que usam drogas ilícitas; reduziu os acidentes , o absenteísmo, atrasos, e ocorreu redução de custos para as empresas que aderiram ao projeto parceria com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP).

As pesquisas realizadas no país, desde 1982, para verificar as taxas de prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI) apontam que a partir de 1985 , os casos de AIDS entre esta população vêm aumentando consideravelmente. O primeiro caso registrado em 1982; em 1985 revelou 2,7% do total (14 casos); em 1990 chegou a 18,2% (736 casos); em 1998 cerca dos 25% dos casos notificados ao Ministério da Saúde estavam relacionados com o uso de drogas injetáveis. Segundo dados do "Projeto Brasil" a cocaína é a droga mais utilizada pelos UDI.Os resultados de um estudo epidemiológico realizado entre 1995 e 1996 com 701 UDI, envolvendo vários centros do país. As cidades portuárias (Santos, Salvador,Rio de Janeiro e Itajaí) pesquisadas apontam elevadas taxas de prevalência de infecção pelo HIV entre os UDI que chegou alcançar nas regiões de São Paulo (Santos 64%) e Santa Catarina (Itajaí 71%), Bahia (Salvador 51%).

1 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE DROGAS NOS ESTADOS UNIDOS

Nos Estados Unidos o consumo de tabaco e álcool inicia-se geralmente em idade precoce, entre os 10 a 12 anos, basicamente pelo fácil acesso a estas substâncias (Kandel, 1975; Newcomb, Bentler, 1986). Estes dados serviram de referência a realização de inúmeros estudos longitudinais voltados à compreensão do fenômeno do consumo de álcool e demais drogas na juventude; do conhecimento dos problemas ocasionados pelo consumo de substâncias psicoativas e da necessidade de programas de intervenção preventiva precoce junto da população pré-adolescente e de adolescentes no ambiente escolar e nas comunidades americanas.

O Projeto "Monitoring the Future" do Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA,1992) vem realizando inúmeros inquéritos epidemiológicos e outras abordagens, em nível nacional (EVA), colhendo amostras representativas da população de estudantes "seniors". Os resultados das pesquisas proporcionadas pelo projeto revelam que o álcool e o tabaco são as duas substâncias psicoativas mais consumidas, seguidas pela maconha e os medicamentos (Bachman, Johnston, O'Malley,1988,1990; Johnston, O'Malley, Bachman, 1989).

O Office for Substancies Abuse Prevention (OSAP,1991; Amatetti, Funkhouse,1991) revela que os jovens com idade inferior a 21 anos não diferenciam entre o uso e abuso de álcool e outras drogas. O consumo destas substâncias psicoativas põe em risco seu desenvolvimento bio-psico-social e intelectual. Nos Estados Unidos mais de 4.6 milhões de jovens, ou seja, um terço de todos os adolescentes americanos revelam ter sérias dificuldades sociais, legais, escolares e de saúde, relacionados com o uso de álcool, tabaco e demais drogas ilícitas (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1990).

Os estudos têm apresentado uma estimativa de 6.6 milhões de crianças com idade inferior a 18 anos que são filhos de alcoólatras e/ou tem como chefe de família alguém com problema de alcoolismo e como conseqüência, por viver em lares problemáticos, podem apresentar sérios problemas comportamentais e sociais (OSAP, 1993).

O alcoolismo nos Estados Unidos é considerado como um dos mais sérios problemas de saúde, pela sua gravidade, quando comparado às doenças cardiovasculares e o câncer. Os gastos resultantes para solucionar inúmeros problemas relacionados com o abuso de álcool foram superiores a 12% da previsão orçamentária de saúde de toda a nação (Alcohol and Health, 1978).

O uso do álcool é amplamente aceito em muitas comunidades e, as pesquisas do National Institute on Drug Abuse (NIDA/Household Survey) revelam que 30% dos rapazes e 22% das moças com idade de 13 anos eram consumidores de bebida alcoólica. Os padrões de consumo se estabelecem antes dos 25 anos, e que raramente se inicia depois dos 25 anos de idade, o uso de cigarros, de álcool e outras drogas ilícitas (exceto a cocaína, a heroína e o abuso de drogas com prescrição médica) (Yamaguchi; Kandel, 1984; OSAP, DHHS, 1991).

Outro estudo foi realizado (OSAP,1991) para conhecer as tendências de percepção dos estudantes de escolas do 2º grau, universidades, sobre o perigo das drogas, por idade, nos anos de 1985, 1988 e 1990. Os resultados revelam, em percentuais, que os estudantes consideram "alto risco" fumar **maconha** ocasionalmente, indicado por estudantes com idades de 12 a 17 anos, 44,1% (1988) e 51,9% (1990); e nas idades de 18 a 25 anos, 31,1% (1988) e 30,1% (1990), indicaram ser "alto risco" fumar **maconha** regularmente aqueles com idades entre 12 e 17 anos, 80,7% (1988) e 84,8% (1990); e com idade entre 18 e 25 anos, 70,1% (1988) e 72,1% (1990).

Quanto à opinião obtida a respeito do consumo de PCP (feniciclina), consideram "alto risco" os estudantes com idades de 12 a 17 anos, 49,0% em 1988 e 49,0% em 1990, mas os com idade na faixa de 18 a 25 anos são 61,7% (1988) e 56,4% (1990); e, consideram "alto risco" consumir **PCP** regularmente os estudantes com idades de 12 a 17 anos, 89,2% (1988) e 86,2% (1990); e, aqueles com idade entre 18 e 25 anos, 94,6% (1988) e 92,0% (1990); opinaram sobre o consumo de **cocaína** sendo considerado "alto risco" os estudantes com idades entre 12 e 17 anos, 52,8% (1988) e 54,8% (1990) e aqueles na faixa de idade de 18 a 25 anos, 56,5% (1988) e 54,7% (1990); os estudantes que consideram "alto risco" o consumo ocasional de **cocaína** são aqueles com idades de 12 a 17 anos, 77,7% (1988) e 80,5% (1990) e com idade de 18 a 25 anos, 76,6% (1988) e 79,1 (1990); em relação ao consumo regular de cocaína foram os da faixa etária de 12 a 17 anos, 93% (1988) e 93,8% (1990) dos estudantes. Opinaram sobre o consumo ocasional de **crack** como de "alto risco" os estudantes nas idades de 12 a 17 anos que são 78,9% (1988) e 75,7% (1990) e, os que se encontravam nas idades de 18 a 25 anos foram 85,8% (1988) e 81,4% (1990) (OSAP,1991).

O consumo regular de **heroína** foi considerado de "alto risco" pelos estudantes na faixa etária de 12 a 17 anos, em 91,0% (1988) e 89,9% (1990) dos casos e entre aqueles com 18 a 25 anos 96,2% (1988) e 94,4% (ano 1990), consideram de alto risco o uso regular.

Em relação ao **tabagismo** (fumar uma ou mais carteiras de cigarros por dia), os estudantes que consideram "alto risco" estão na idade de 12 a 17 anos e foram 47,1% (1988) e 48,1% (ano 1990), e na faixa de 18 a 25 anos são 55,1% (1988) e 57,4% (1990); sobre o consumo de **álcool:** beber uma a duas doses por dia, os estudantes que opinaram ser "alto risco" estão na faixa etária de 12 a 17 anos, 25,5% (1988) e 35,3% (1990); e consideram alto risco beber de quatro a cinco doses ao dia aqueles com idades de 12 a 17 anos, 63,3% (1988) e 67,9% (1990) e, na faixa de idade de 18 a 25 anos foram 68,5% (1988) e 67,3% (1990); ainda os que opinaram sobre o consumo de álcool na freqüência de cinco ou mais doses uma ou duas vezes na semana, observa-se que os estudantes com idades de 12 a 17 anos são 51,6% (1988) e 59,2% (1990) e aqueles com idades de 18 a 25 anos são 47,8% (1988) e 53,3% (ano 1990). Quanto ao consumo **de esteróides, anabolizantes**, uso ocasional, opinaram como "alto risco" os estudantes com idades de 12 a 17 anos, 53,1% (1990) e aqueles com idades de 18 a 25 anos foram 52,3% (1990); mas sobre o uso regular, opinaram 80,2% (1990) nas idades de 12 a 17 anos e, foram 79,7% (1990) na idade de 18 a 25 anos que consideraram "alto risco" para o estudante usuário (OSAP,1991).

Os pesquisadores consideram as diferenças entre os valores estimados nos anos de 1988 e 1990 estatisticamente significativos a nível 0,05 (NIDA/National Household Survey on Drug Abuse, 1990; OSAP, Departament of Health and Human Services, 1991).

Os estudos revelam um aumento proporcional de estudantes das últimas séries das escolas de segundo grau, que consideram o consumo de todos os tipos de drogas ilegais um grande risco para o usuário.

Em 1990, a NIDA realiza uma pesquisa ("survey") Nacional Domiciliar sobre drogas, conducente a traçar um perfil epidemiológico sobre o uso de álcool e outras drogas, consumo ilícito na população americana, com objetivos de estabelecer estratégias de prevenção mais eficazes, reduzir a demanda de todos os tipos de drogas e combate à delinqüência e violência relacionadas com o uso de drogas. Os resultados da "survey" revelam que o **consumo ilícito de qualquer droga** na idade de 12 a 17 anos na freqüência de consumo no último mês, é 8,1% em ambos os sexos; mas por sexo: temos 8,6% adolescentes do sexo masculino e 7,6% do sexo feminino; o consumo no último ano foi de 15,9% em ambos os sexos; mas por sexo 17,3% de mulheres e 14,7% de homens. Os consumidores do último mês, na faixa etária dos 18 aos 25 anos foram 14,9% de ambos os sexos; destes, por sexo 18,9% eram jovens do sexo masculino e 11,0% do sexo feminino; o consumo do último ano indicou 28,7% de ambos os sexos, mas por sexo 33,5% dos homens e 24,1% de mulheres. Aqueles sujeitos que informaram nunca ter consumido drogas ilícitas, os resultados para a faixa etária dos 12 aos 17 anos foram de 22,7% de ambos os sexos, e na faixa etária dos 18 aos 25 anos foi de 55,8% de ambos os sexos. Nas faixas etárias de 26 a 34 anos ocorreu um decréscimo de consumo, 9,8% em ambos os sexos (OSAP, DHHS,1991).

Em relação ao **consumo de maconha**, **no último mês**, observaram um consumo nas idades de 12 a 17 anos de 5,7% em ambos os sexos, sendo 6,0% adolescentes do sexo masculino e 4,3% do sexo feminino; mas consumiram **no último an**o 11,3% de ambos os sexos, sendo os jovens 11,5% do sexo masculino e 11,2% são femininos; mas ocorre acréscimo de consumo no último mês, nas idades de 18 a 25 anos, 12,7% em ambos os sexos,

e por sexo foi 16,5% masculino e 9,1% do feminino; observa-se aumento considerável no consumo do último ano para ambos os sexos foi de 24,6%, mas separado por sexo 28,7% são masculino e 20,7% são femininos. Nas faixas de 26 a 34 anos ocorre decréscimo de consumo de maconha para 8,6% em ambos os sexos, e aqueles com idade superior a 35 anos o consumo caiu para 1,9% em ambos os sexos (último mês) (OSAP,DHHS,1991).

Os resultados sobre o **consumo de cocaína** foram os seguintes: o consumo no **último mês** os adolescentes com idade de 12 a 17 anos foi 0,6%, sendo que 0,7% do sexo masculino; o consumo **no último ano** foi de 2,7% de jovens do sexo masculino e 1,8% do sexo feminino; na faixa de 18 aos 25 anos ocorreu aumento do consumo 2,8% de jovens masculinos e 1,6% do sexo feminino, mas o consumo no **último ano** foi 10,2% no sexo masculino e 4,8% no sexo feminino. Nas demais faixas, 26 a 34 anos, o consumo no último ano foi 6,8% em ambos os sexos e no **último mês** 1,7%. Nos sujeitos maiores de 35 anos observa-se 0,9% que consumiram no **último ano** (OSAP,DHHS,1991).

Os resultados **do consumo de álcool** no **último mês** foram de 24,5% dos consumidores de ambos os sexos, tendo idade de 12 a 17 anos, mas o consumo no **último ano** é 41,0%; por sexo 40,8% são masculinos e 41,1% são femininos; os que nunca consumiram álcool são 48,2% de ambos os sexos; os jovens na idade de 18 a 25 anos são 63,3% os consumidores de álcool no **último mês**, sendo por sexo 73,7% masculinos e 53,3% femininos, mas no último ano 80,2% dos jovens consumiram álcool, mas por sexo são 86,0% masculinos e 74,6% feminino. Nas idades de 26 a 34 anos a média foi de 63,3% de consumidores no **último mês**, e no **último ano** 78,8% consumidores de ambos os sexos. Os adultos jovens com mais de 35 anos 48,6% consumiram álcool no **último mês** (NIDA/National Household Survey on Drug Abuse- 1990; OSAP/DHHS, 1991).

Wechsler, Moeykens, Davenport, et al. (1995) pesquisaram o impacto e conseqüências do consumo abusivo de álcool entre universitários residentes no campus de 140 faculdades americanas. Em estudantes de ambos os sexos (N=17.592), os resultados revelam que é alto o consumo e, de forma abusiva ocorre entre os residentes no campus da universidade e este comportamento afeta violentamente os estudantes não consumidores de álcool. Eles sofrem desde agressões físicas, atos de violência e assedio sexual e prejuízos materiais, assaltos e perda de objetos pessoais sofridos, por atos praticados pelos estudantes alcoolizados.

Outro estudo, realizado a partir de observações de diretores de escolas públicas e treinadores de adolescentes atletas estudantes de nível médio no Estado da Carolina do Norte, investigou o abuso de substâncias psicoativas a partir dos resultados obtidos pela pesquisa Gallup International Instituts 1991, sobre os padrões de consumo de drogas N=10.883 estudantes e 2.685 estudantes atletas. Os resultados revelaram que ocorre menor padrão de consumo de drogas entre os estudantes em nível regional (estado da Carolina do Norte) do que o consumo a nível nacional e, é menor o consumo entre os alunos atletas do que o corpo de estudantes em geral. Os que praticam esporte têm estilo de vida mais saudável e maior consciência do grande risco que corre o usuário de drogas (Shields, 1995).

Nos Estados Unidos, os resultados publicados, 1994, pela NIDA/National Household Survey on Drug Abuse - 1993, indicam um decréscimo de prevalência do consumo de drogas ilícitas de 1980 para 1993. Mas as estatísticas de 1993 revelam que ocorreu um crescimento no consumo de álcool, tabaco, maconha, LSD e anfetaminas entre os estudantes do 2º grau. Diante dos resultados dos últimos estudos junto à população jovem americana, as campanhas antidrogas efetuadas nas escolas passaram a ter mais apoio do governo federal e da

comunidade.

Os jovens são muito vulneráveis e facilmente tornam-se usuários de álcool, tabaco e outras drogas e conseqüentemente podem apresentar uma série de problemas associados a este consumo; não somente aqueles ocasionados pela dependência e a adicção, mas também os que se juntam com o risco relacionado ao consumo das drogas de uso legal e ilegal observado nos adultos.

Os problemas relacionados ao consumo de álcool e demais drogas observados através de pesquisas são: abandono escolar, perda de trabalho/emprego, as enfermidades, o desemprego, os incêndios, os danos à propriedade, os acidentes automobilísticos, o afastamento ou perda da relação com a família e os amigos, o abandono, a gravidez precoce nas adolescentes, o abuso e desequilíbrio emocional e físico, o abuso sexual, as distintas formas de violência e crimes, as enfermidades físicas e mentais e as tentativas de suicídio e a morte.

O estudo realizado para constatar se as pessoas seguem um curso similar no consumo de substâncias, iniciam com consumo abusivo de álcool, depois o consumo de maconha na adolescência e juventude e terminam com o consumo de substâncias mais fortes na idade adulta.

Os pesquisadores estudaram uma amostra de 1003 adictos de drogas ilícitas distintas da maconha durante os anos de 1988 e 1989. Os resultados do estudo revelam que o álcool nem sempre se constitui como o passo inicial para o consumo e abuso de outras drogas; muitos sujeitos afirmaram que foi a maconha a primeira substância que consumiram e, uma grande maioria indicou nunca ter provado álcool; a idade média do primeiro contato com drogas foi 15,8 anos nos nascidos até 1952 e, 13,1 anos nos nascidos entre 1963 e 1967 e, 13,8 anos os nascidos durante 1968 em diante. Os resultados do estudo ainda confirmam ser a maconha a droga que introduziu ao consumo de outras drogas ilícitas. A maioria dos indivíduos da amostra havia consumido maconha "marihuana" e o tinham feito antes de entrar em contato com a cocaína em pó, o crack e outras drogas injetáveis (via intravenosa). Concluem os autores que o alto percentual de drogadependentes nascidos após 1963 afirmam ter consumido "marihuana" em primeiro ano de utilização de drogas, e menos de 10% dos sujeitos afirmam ter iniciado o consumo de drogas, sem ter previamente consumido maconha. O consumo de maconha na adolescência é um importante fator de risco de consumo posterior a outras drogas pesadas. A progressão esta determinada pelo sexo, a idade de início e a freqüência de consumo de drogas nas primeiras etapas, se configuram como preditores a progressão(Johnson, Muffler,1992; Kandel,Yamaguchi,1985; Kandel,Yamaguchi,Chen,1992).

O estudo realizado pelo Committee on Drug Use in the Workplace, EUA, em 1991, analisa a realidade americana quanto:

I – **A importância do consumo de álcool e outras drogas** em relação à **etiologia**, apresento as seguintes às conclusões:

- A idade e fatores de risco estão associados com o início do consumo prévio, que precede a entrada do indivíduo no mundo do trabalho; conseqüentemente as intervenções neste meio terão um limitado valor preventivo;
- As causas do consumo e abuso de drogas, por serem diferentes, deverão ter distintos tipos de intervenção para combatê-las;
- Entre os consumidores de drogas ilegais, o poliuso de drogas é normal e não

exceção;

- A partir dos resultados do estudo, não deve se descartar que o local de trabalho constitui-se como um fator de peso como gerador de consumo e, também, na proteção contra o consumo.

As conclusões quanto à **epidemiologia** do consumo do álcool e outras drogas, no conjunto dos dados os resultados expressivos indicam que a partir do final dos anos setenta:

- O consumo de drogas ilegais vem diminuindo entre os consumidores ocasionais, mas está aumentando entre os consumidores habituais;
- O consumo excessivo de álcool tem permanecido estável nos últimos anos, mas é alto entre os jovens e trabalhadores de determinados setores;
- Tem decrescido o consumo de tabaco entre os indivíduos maiores de 18 anos, porém tem permanecido estável entre as idades de 12 a 17 anos;
- O consumo de drogas ilegais é superior entre os trabalhadores desempregados do que entre os que trabalham, sendo maior o consumo de álcool, durante a semana e ocorre entre os trabalhadores jovens;
- O consumo de drogas ilegais é relativamente alto entre os trabalhadores de certas indústrias (a de construção) e, relativamente baixo entre os que são profissionais.

O estudo ainda na mesma análise da realidade americana pesquisou sobre os:

II - **Efeitos do consumo de álcool e outras drogas, em distintos meios,** investigou o impacto do uso de drogas sobre a conduta.

- Estudos de gabinete revelaram as seguintes conclusões:
  - Os efeitos das drogas estão relacionados pelo número de doses, a experiência prévia, a idade do indivíduo e a presença de outras drogas no organismo;
  - O consumo de álcool e outras drogas (incluindo fármacos com ou sem prescrição médica) fora do local de trabalho podem exercer um efeito negativo (ação prolongada e cumulativa) durante o período de trabalho.
- Estudos de observação revelaram as seguintes conclusões:
  - Parece existir uma relação entre o consumo de drogas, especialmente o álcool e o absenteísmo no trabalho e, os altos índices de acidentes no trabalho, especialmente na indústria de transporte de cargas;
  - A relação existente entre consumo de drogas e atividade no trabalho é bem mais complexa e, não implica necessariamente numa relação de causa e efeito;
  - Os estudos que trabalham custo/benefício e, procuram estimar o custo do consumo de drogas sobre a produtividade não são confiáveis e são questionáveis os resultados.

O estudo sobre a realidade americana "Problema das Drogas no Meio de Trabalho e a Influência do Seu Uso na Força de Trabalho" estudou, também, quanto:

III – **Efetividade das intervenções para detectar e prevenir, prestar assistência ao trabalhador** (PAT). Os resultados revelam as seguintes conclusões:

- Os métodos para detectar o uso de drogas e os procedimentos analíticos estabelecidos pela **NIDA** vêm demonstrando sua adequação e previsão;

- As amostras utilizadas (urina, cabelo, saliva) para exames laboratoriais contribuem como alternativa para detectar presença de drogas e metabólicos no organismo do indivíduo;
- As análises prévias a contratação do indivíduo podem acarretar sérios problemas aos candidatos a vaga de emprego;
- As evidências que os programas de detecção prévia ao contrato de trabalho podem ser de utilidade para o empresário (melhor seleção do empregado), mas não tem comprovação, pode contribuir para que o indivíduo abandone o consumo ou ser uma forma de estimular a reabilitação;
- Os programas de intervenção sobre o consumo de álcool e outras drogas só terão efeito positivo e poderão ser avaliados caso seus objetivos estejam bem definidos;
- Aparentemente os programas de detecção de uso de drogas, são geralmente aceitos pelos trabalhadores candidatos a um posto de trabalho, mas não se sabe o que ocorre com aqueles trabalhadores que foram rechaçados para o emprego, ou então expulsos do mesmo devido os resultados positivos das análises laboratoriais;
- Os programas (PAT) de reabilitação de drogas e álcool são lentos, pois requerem uma atenção continua durante meses e muitos anos para obter efeitos positivos;
- Os programas de seguimento são na realidade os mais efetivos para uma recuperação em longo prazo;
- Os PATs (Programas de Assistência ao Trabalhador) devem ser flexíveis, adaptados aos diferentes espaços, contextos e momento (National Research Council Institute of Medicine, 1994).

2 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE DROGAS EM PAÍSES DA EUROPA OCIDENTAL, CENTRAL E ORIENTAL

Estudos realizados por Cristopher Luckett do Groupe Pompidou (Estrasburgo) (1991), sobre a situação européia a respeito do consumo de drogas apontou o problema de politoxicomania e as tendências do uso de distintas substâncias. Apresenta problemas dos consumidores de cocaína na França, Alemanha, Espanha e Reino Unido, e destaca o aumento do consumo de heroína em países como Itália, Espanha, Suíça e Alemanha (NIDA,1991).

Na Suécia os jovens e grupos socialmente bem integrados têm consumido anfetaminas em doses elevadas e na Bélgica ocorreu a apreensão de grande quantidade de L.S.D. e anfetaminas, destaca-se o decréscimo do consumo de MDMA (êxtasis) e, em particular na Holanda, os informes acusam que os jovens têm demonstrado menor interesse na experimentação da maconha. A política de "redução de danos" (harm reduction) vem se estabelecendo em alguns paises (NIDA,1991).

Na mesma pesquisa o estudo realizado na França por Sefarty intitulado "HIV infection and Drug Use in France: na Overview of the Epidemic and Public Health Strategies" apontou que à maioria dos usuários do sistema sanitário, em 1988, residiam em Paris na região de Ile de France 33%, seguido na região de Provence, Alpes, Côte D' Azur 11,6%. Em sua maioria os consumidores são jovens do sexo masculino 73,0%, predominam franceses 83% com idade média de 25,7 anos em 1987 e, 26,4 anos em 1988. Destacou que 60,0% dos consumidores de drogas estavam desempregados. A heroína é a droga mais consumida, sendo responsável por

50% dos atendimentos efetuados nos serviços de saúde para politoxicomanias. No período estimavam de 100.000 a 150.000 adictos na França e destes 70,0% por heroína. (NIDA, 1991).

O estudo realizado na Alemanha por Kleiber e Pant, intitulado "Behavioral changes in the Germain Entravenous Drug Use Subculture", apontou que, dos consumidores de drogas, 80% são de heroína EV, predomina politoxicomanias e que o consumo de cocaína e anfetaminas vem aumentando, como também o número de mortes em torno de 45% entre 1989 a 1990 (NIDA, 1991).

Douglas, Hiscock (1990), apresentam um estudo sobre embriagues na França. Através de uma abordagem antropológica fazem reflexões sobre pensamento e ações associados ao consumo de bebida alcoólica. É explorado o papel das bebidas alcoólicas na construção do mundo real e comparado à construção de um mundo utópico por meio da bebida. Ainda discutem o crescimento da economia associado com o uso de álcool.

De acordo com publicações do governo francês em 1993, entre as diferentes causas de morte relacionadas ao consumo de álcool, num total de 70.000 casos na França, são 33%por câncer, 25%por cirrose, 9%por acidentes de trânsito, suicídio 8,5%, por alcoolismo 8%, não especificados 8%, outros tipos acidentes 7%, e tuberculose 1,0%. (Ministére des Affaires Sociales et de la Solidarite, 1993; INSERM, 1993).

Ministère de la Santé da França (1994), revela em sua publicação que o álcool será o grande responsável por um terço das mortes e, das doenças do aparelho digestivo e perturbações mentais, 13% dos indivíduos faleceram por câncer, 40% das mortes por acidentes em rodovias e atualmente é responsável pelo elevado número de suicídios e um expressivo percentual de homicídios. De 60.000 pessoas que morrem por ano em conseqüência do consumo abusivo de álcool, três quartos destas são homens.

Os adolescentes franceses com idade entre 13 a 18 anos consomem em média 3.3 litros de álcool por ano; 64% dos jovens consomem menos de dois copos de bebida alcoólica por semana. Os jovens de 18 a 24 anos têm uma redução considerável de bebida de acordo com o passar dos anos. Atualmente 30% dos adolescentes jamais beberam álcool. Os jovens que tem maior consciência usam moderadamente o álcool. A estimativa é que os jovens a partir dos 15 anos se iniciam no consumo de álcool e, logo adquirem o hábito de beber. Este comportamento bebedor de preferência aparece com forte potencial entre os jovens que demonstram ter um temperamento radical de insatisfação, rebeldia, machismo, hedonismo e marginalidade. Eles amam freqüentar boates, andam com grupos de fumantes e são tabagistas, têm pouca consciência dos danos causados pelo álcool, demonstram tolerância a respeito dos alcoólicos. Ao inverso, aqueles que bebem pouco álcool são mais emancipados, mais equilibrados, mais felizes e de uma natureza jovial, alegre. Estes jovens consomem pouco café e são sensíveis aos riscos ligados ao consumo de álcool em geral. Não observaram nenhuma correlação entre o fato de beber e o ambiente sócio-econômico familiar.

O consumo de álcool é uma velha tradição francesa. A França se mantém no rank mundial como consumidora individual de álcool. O consumo de álcool per capita (litros de etanol) era de 12,6 litros por pessoas, em 1990; e 11,7 litros em 1993.

Os hábitos de consumo de álcool oscilam de acordo com idade, sexo e a profissão exercida. Os indivíduos idosos são os que bebem regularmente com maior consumo; 87% dos

homens com mais de 75 anos consomem em média uma dose de bebida por dia. Mas são os homens com idade entre 45 a 54 anos que consomem em grande quantidade, e as mulheres de 35 a 44 anos. As profissões que mais bebem são da área da agricultura, do artesanato e do comércio. As mulheres são muito mais sóbrias do que os homens; 39% entre elas consomem regularmente um drinque alcoólico, contra 66% dos homens. Porém dos consumidores ocasionais, as mulheres bebem três vezes mais que os homens.

Ministère de la Santé (1994), o tabaco será o responsável por 20 % das mortes por câncer e, por doenças do aparelho respiratório, que são em torno de 9% de totalidade de causas de mortes. Uma estimativa que o consumo excessivo do álcool e do tabaco seja responsável por 100.000 mortes a cada ano, sendo próximo de um quinto dos falecidos.

Em relação ao consumo global de tabaco ocorreu um decréscimo depois 1992. A taxa de 3,5% baixou para 2,7% em 1993, isto é reflexo do aumento de preços nos cigarros e as leis de restrição de fumar em lugares públicos. Observou-se um aumento de consumidores mulheres e jovens após 1975. Em relação ao sexo, 47% dos homens e 36% das mulheres são fumantes. Ocorreu uma sensível queda de homens e de pessoas idosas que fumam. Em 1993 ocorreu uma queda de consumidores de tabaco com menos de 25 anos, de cada cinco (5) mulheres fumantes quatro (4) deixaram de fumar. Em torno de 70% das mulheres, com idade superior a 45 anos, nunca fumaram; 57% dos fumantes tentaram parar de fumar; mas 12% dos intencionados conseguiram libertar-se do vicio. Os estudos indicam que das mulheres com idades entre 30 a 35 anos que fumam, tem duas vezes maior risco de morrer por alguma enfermidade no decorrer dos próximos dez anos, quando comparadas com aquelas que nunca fumaram, e os riscos são mais altos se a mulher iniciou o consumo de tabaco em idade entre 10 a 14 anos. A associação da pílula anticoncepcional com tabaco é responsável pela maior taxa de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e, ainda é atribuído ao tabagismo à proporção de uma gravidez extrauterina entre cada cinco (5) fumantes. As conseqüências do tabagismo também foram observadas em crianças filhos de mulheres que fumaram durante o período de gestação. Em torno de 30% dos fumantes são jovens, sendo 43% de moças e 49% de rapazes que fumavam com idade de 12 a 18 anos, em 1977. Observou-se que os jovens iniciam a fumar tabaco mais tarde, em média de 14 anos para ambos os sexos, sendo 12,3 anos para moças e 13,1 anos para os rapazes em 1980. O cigarro encontra-se entre um dos ritos simbólicos da passagem da infância à adolescência, o consumo de tabaco entre os jovens cresce rapidamente após os 18 anos, ou seja, dos 18 aos 24 observa-se taxas mais elevada. A taxa de consumo é de 4,5% cigarros por dia por pessoa (relação fumante jovem e não fumante), e 6,5 cigarros por pessoa com mais de 20 anos. O consumo atual do tabaco, entre os jovens, vem diminuindo em relação à quantidade de cigarros fumados, tanto nos rapazes como nas moças (Ministère de la Santé,1994).

Em 1993 o consumo anual era de 1628 cigarros por habitante situando-se a França em sexto lugar no ranking entre os outros países da União Européia. Observou-se de 1991 para 1993 um decréscimo de 0,6% na taxa de consumo.

Quanto ao uso de drogas na França, as estatísticas publicadas pelo Ministério da Saúde apontam que de 150.000 a 300.000 pessoas são usuários regular e 500 morreram por overdose em 1992, se comparados a 350 que morreram em 1990. Observa-se que a drogadicção vem aumentando não só na França como nos demais países desenvolvidos.

Os dados revelam que são cinco (5) milhões de franceses com idade de 12 a 44 anos que informaram ter consumido Haxixe, em média 250.000 fazem uso regular ou ocasional,

embora estes números são menos dramáticos que na Espanha, Itália, ou Alemanha.

Observa-se o aumento na proporção de mulheres usuários de drogas, acrescido do maior numero de risco de gravidez, a maioria são jovens, 85% tem menos de 30 anos (em torno de 25 a 29 anos).

A maior parte das pessoas usuárias são dependentes do seu circulo social e muitos vivem com suas famílias. O problema da AIDS entre os usuários de drogas injetáveis está aumentando violentamente, estima-se que entre 40 a 50% dos drogadictos são soropositivos. Entre as drogas mais utilizadas na França, 60% são usuários de heroína, 11% de medicamentos psicotrópicos (barbitúricos, antidepressivos, tranqüilizantes, estimulantes), 15% são consumidores de cannabis e seus derivados, 10% de substâncias tais como morfina, ópio, cocaína, LSD e um baixo percentual utilizam-se de colas e solventes (Éter e clorofórmio), dos drogadictos 39% relatam ter iniciado com a cannabis e 21% com a heroína (Ministère de la Santé, 1994).

As crianças e adolescente franceses consomem mais colas, solventes e cannabis, já os adultos jovens (entre 20 e 30 anos) se utilizam de heroína, mas observou-se que com o temor da transmissão da AIDS por seringa o consumo de drogas injetáveis como a heroína tendem a baixar. Em 1993 a preferência dos consumidores era por medicamentos e álcool pela facilidade de obtenção dessas drogas lícitas. Entre a população de usuários de drogas ás taxas mais elevadas de consumidores de medicamentos psicotrópicos e estimulantes são os adultos.

Os estudos divulgados (MS, 1994), ainda analisam que o uso de drogas é o resultado dum triplo reencontro: um produto, uma personalidade e um momento sócio cultural. Os drogadictos são oriundos de famílias problemáticas, de cada dois usuários, um é filho de pais separados; 17% deles perderam o pai por óbito, 7% sua mãe faleceu, 39% fugiram de casa após se drogar; 38% cometeram algum tipo de delito e à grande maioria de adictos apresentam inúmeras dificuldades escolares ou profissionais. Dos usuários de drogas com idade de 18 anos somente 16% conclui a escolaridade (contra 75% da população); 60% deles não concluem, não seguem além do nível secundário. Isto explica que à grande maioria encontram-se desempregados ou sem atividades na vida. Estes jovens drogadictos têm uma imagem social desfavorável em relação aos não usuários. Os drogadictos se julgam mais pessimistas, tristes, irrequietos, nervosos, fantasistas, preguiçosos indolentes, depressivos, desorganizados, sem ambição, com a auto-imagem afetada e aparência física envelhecida.

Estes usuários embora não consumam drogas lícitas (álcool, tabaco, medicamentos psicotrópicos) são em sua maioria hipócritas do que aqueles que as utilizam (55% contra 21%). Entre os consumidores, 13% tentaram suicídio, contra 3% dos não consumidores usuários destas drogas. Outro dado observado é o exercício da profissão de traficante, entre os jovens considerada como uma promoção social, constitui-se como um meio intermediário de ganhar a vida, conseguir bens materiais e prestígio no seu círculo de residência ou em torno dos subúrbios. O crescimento da drogadicção não só na França como em outros países é conseqüência da demanda de jovens que crêem na existência de paraísos artificiais para fugir da miséria de sua condição material e ou moral, e esta é a conseqüência da grande oferta de drogas (Ministère de la Santé France, 1994).

Em relação ao **tabagismo o consumo anual de cigarros** por habitantes nos países da **União Europeia em 1991** são os seguintes:

Países	**Cigarros (unid.)**
Grécia	2.815
Espanha	2.189
Alemanha	1.820
Irlanda	1.732
Bélgica	1.721
Luxemburgo	1.721
França	1.706
Reino Unido	1. 650
Itália	1..536
Portugal	1. 429
Dinamarca	1.288
Países Baixos	1.204

Fonte: Ministère de la Santé France, 1994.

As informações sobre o **consumo de álcool per capta** (litros de etanól) registradas em 23 países da "**OCDE**" (Organization for Economic Cooperation and Development) em **1980 e 1990**, revelam a posição que os países ocupam no ranking conforme abaixo descrito:

Países	**1980**	**1990**	**posição**
França	14,9	12,7	1º
Luxemburgo	10,9	12,2	2º
Espanha	13,6	10,8	3º
Suíça	10,8	10,8	3º
Alemanha	11,4	10,6	4º
Áustria	11,0	10,4	5º
Bélgica	10,8	9,9	6º
Dinamarca	9,1	9,9	6º
Portugal	11,0	9,8	7º
Itália	13,0	8,7	8º
Austrália	9,6	8,4	9º
Holanda	8,8	8,2	10º
Nova Zelândia	9,6	7,8	11º
Finlândia	6,4	7,7	12º
Grã- Bretanha	7,3	7,6	13º
Canadá	8,6	7,5	14º
Estados Unidos	8,2	7,5	14º
Irlanda	7,3	7,2	15º
Japão	5,4	6,5	16º
Suécia	5,7	5,5	17º
Noruega	4,6	4,1	18º
Islândia	3,9	3,9	19º
Turquia	0,7	0,6	20º

Fonte: World Drink Trends, 1992; Edwards, 1994, 1998.

Os dados apresentados revelam que ocorreu uma diminuição do consumo de em

alguns países tais como a França, a Itália, a Espanha, Portugal e demais países da União Européia ocorreu um discreto acréscimo nas últimas duas décadas.

Um estudo realizado pela Universidade de Manchester, Inglaterra, com 776 adolescentes com idade entre 14 e 15 anos, alunos de oito escolas do noroeste do país, que visou contribuir para um melhor planejamento de serviços de droga dependências, maior preparo ao dar atenção e assistência à geração de pós-heroinômanos na década de noventa, apresenta os resultados: mais de um terço dos sujeitos, haviam provado algum tipo de droga, com altos índices de consumo de alucinógenos, estimulantes e cannabis. O consumo de drogas está associado ao consumo de álcool nos quatro grupos estabelecidos: não bebedores 14%; bebedores ocasionais 32%; bebedores mensais 24% e, bebedores semanais 30%. Os adolescentes que são bebedores semanais revelam serem consumidores de drogas em maior freqüência e, também foram alvos de uma maior oferta das mesmas, seguido dos bebedores mensais e assim sucessivamente. Destaca-se que mais da metade dos bebedores de álcool semanais haviam provado alguma droga no ultimo ano, para um de cada quinze no grupo de não bebedores, sendo de 40% o consumo de alguma droga durante o mês anterior ao estudo e, de 4,0% para os dois grupos extremos (Measham, Newcombe, Parker,1993).

O estudo sugere que o planejamento dos serviços para a década dos anos noventa deve considerar a necessidade de preparar recursos humanos para atender os usuários mais jovens; um maior número de mulheres consumidoras e além disso policonsumidores de múltidrogas (não só opiáceos), mas especialmente do tipo de drogas de desenho "Ecstasy". As mudanças devem estar voltadas com maior ênfase para programas de saúde escolar, e os financiamento previstos especialmente para áreas de drogodependências voltadas a prevenção (Measham, Newcombe, Parker, 1993).

Dois estudos foram realizados pelo Centre for Research on Drugs and Health Behavior da Grã Bretanha, para verificar a ocorrência significativa de drogadictos usuários de crack injetável (Pickering, et al. 1993).

O primeiro estudo em 1990, revelou que de um total de 149 consumidores, 13 consumiam crack, e 9%, uso injetável da droga e, em 1991 o percentual havia aumentado para 21%. Em outro trabalho realizado num ambiente distinto os resultados obtidos confirmaram este aumento: em 1990, de 100 consumidores de crack, 4 destes se injetavam e, no ano seguinte de 100 consumidores, 23 usaram crack injetável. Os resultados dos estudos apontam as conseqüências para a saúde destes usuários com a mudança de comportamento. Os usuários de cocaína tendem a compartilhar seringas e toda parafernália em maior número e meios do que os consumidores de opiáceos injetável. Os de cocaína estão mais expostos ao risco de se infectarem e de transmissão de AIDS/SIDA.

Os pesquisadores alertam que a cocaína consumida em forma de crack, (E.V) os riscos são bem maiores, por causar danos aos tecidos, formação de úlceras ou abcessos, diminuição da sensibilidade devido a propriedades anestésicas nos locais da veia, produz irritação na zona da punção, pelo uso grandes agulhas (p/ veterinário) de maior calibre, e a ação caustica de resíduos de amônia na veia e tecidos causa destruição dos vasos.

A crescente popularidade do consumo de crack injetável na Grã - Bretanha se explica entre outras razões, pela escassez de cocaína em pó nas ruas, ser a oferta de crack em doses maiores, mais baratas e com freqüência de maior pureza do que cocaína pó.

Os resultados dos estudos de Pickering et al. (1993), revelam uma nova tendência de padrões de consumo de drogas (via endovenosa) tal comportamento deve ser freado através de uma abordagem adequada visando prevenir graves problemas de saúde, não somente ao drogadicto, como também a toda sociedade.

Gilliland (1995) realizou uma revisão na literatura sobre tentativas de suicídio em adolescentes, com objetivo de possibilitar a identificação de subgrupos entre os jovens tentadores com overdose de drogas. O problema é analisado a partir da descoberta das características de dois grupos de pessoas jovens admitidas no Royal Belfast Hospital Sick Children, Irlanda do Norte. O estudo através das informações na admissão do hospital identificou: um grupo de adolescentes que buscou se internar a partir de uma primeira e única tentativa de suicídio, através de overdose de drogas e, outro grupo, com muitas internações, seguidas por repetidas tentativas de suicídios por overdose de drogas. O estudo revelou que médicos clínicos e profissionais de serviço de gerenciamento de hospital tem possibilidade, em termos, de identificar as pessoas jovens, adolescentes em alto risco por repetidas tentativas de suicídio por overdose de drogas. Eles devem prestar assessoramento aos jovens, visando assim prevenir novas ocorrências de tentativas de suicídios.

Para Mutzell (1995) na maioria dos países escandinavos, à ocorrência elevada de homicídios, crimes e assaltos praticados na população estão relacionados com abuso de álcool. No município de Estocolmo, Suécia foi realizado um estudo com N=182 adolescentes selecionados na população em geral e, com 345 jovens agressores registrados de 1991 a 1994 e sob a supervisão do Departamento de Serviços Sociais de Estocolmo. Os resultados revelam que os jovens agressores, 50,0% dos rapazes antes dos 18 anos, foram processados por crime. Estes jovens tiveram problemas com abuso de drogas e haviam participado em maior número de atos de violência e crimes, do que os jovens que não manifestaram este tipo de problema. O estudo revelou que os jovens agressores são perturbados e manifestam problema de violência porque vem de famílias destruídas ou rompidas, como conseqüência de experiências de abuso de substâncias psicoativas. Existem diferenças entre os jovens se comparados e, que á longo prazo, os indivíduos perturbados apresentam uma saúde debilitada, exigem maior assistência pública e tratamento de saúde mental, os pais precisam assumir e vir a desempenhar um papel forte, como modelos para seus filhos, devem fortalecer o diálogo e estabelecer discussões familiares abertas como forma de prevenir a delinqüência juvenil.

Holmberg, Rosenberg (1995) estudaram na Finlândia, as razões ocultas atribuídas por pacientes de ambos os sexos, para reincidência de abuso de álcool e outras substâncias psicoativas. Os resultados apontam que o individualismo e a independência de laços externos e obrigações são alguns dos traços marcantes e valorizados na cultura finlandesa, sendo o principal responsável pela inabilidade do paciente seguir o programa de tratamento. As razões expressadas por pacientes homens é que reincidem no abuso de álcool e outras substâncias devido à inabilidade de controlar circunstâncias externas, que por sua vez provocam uma sensação e sentimento de abandono e solidão, enquanto que as mulheres reincidem no abuso de drogas quando sentem depressão.

Piispa (1994) ao estudar o tabagismo num contexto cultural Finlandês, discute o papel social do fumante, não fica centrado no fenômeno puramente biológico, do poder viciante da nicotina e no comportamento adicto do indivíduo. Para os fumantes no terreno simbólico, o fumo representa a masculinidade, a liberdade, a emancipação, a boemia, a rebelião, solidariedade e espiritualidade. Por desempenhar um papel de agente social, e ao mesmo tempo possuir um valor simbólico, o fumo assume um valor social positivo na vida social e

cultural do fumante. Assim para o tabagista o valor social do fumo passa ter um peso maior ou igual na perpetuação do seu uso do que adição biológica.

Simpura, Metso (1995) estudaram mais de 10.000 ocasiões justificadas para consumir álcool a partir de relatos extraídos em amostras representativas de população finlandesa de 15 a 69 anos, das pesquisas finlandesas realizadas para conhecer os hábitos do consumo de álcool nos períodos de 1968, 1976, 1984 e 1992. Estas pesquisas foram utilizadas para determinar o número de consumidores em cada hora do dia de uma semana típica finlandesa, durante quatro sub-períodos radicalmente diferentes: (1) - o consumo de álcool cresceu rapidamente devido à liberação das diretrizes de controle de álcool, nos anos de 1968 - 1976; (2) - a ocorrência de um período estável de consumo de álcool entre 1976 - 1984; (3) - ocorreu um crescimento econômico responsável pelo aumento do consumo no período de 1985 - 1990; (4) - ocorreu uma depressão econômica esta causou o declínio do consumo de álcool no período de 1991 - 1994. O estudo observou que as horas de maior consumo de álcool concentraram-se nas noites do fim de semana e permaneceram sem alterações, exceto pela adoção da semana de trabalho de cinco dias na década de setenta, que aumentou o consumo de álcool nas noites de sexta feira. O grande número de horas de consumo de álcool no sábado a noite ocorria devido aos banhos de sauna, tradicionalmente tomados na noite de sábado. Foi observado que o consumo de álcool não vem se tornando um hábito como componente típico durante horário de refeição finlandesa. Em 1992, 3,5 horas por pessoa foram gastas em ocasiões voltadas para o consumo de álcool, correspondente a 2% das horas disponíveis na semana.

Norston (1995), realizou um estudo comparativo sobre o efeito do consumo de álcool e o risco de suicídio ser maior na Suécia do que na França. Os resultados são analisados com respeito aos dois países: (1) a composição de abusadores de álcool e; (2) qual o grau de aceitação de beber forte. As análises de informações de séries de tempo de 1930 a 1987 sustentam a hipótese que o efeito do consumo per capita de álcool é significativamente mais forte, o risco de suicídios na Suécia é maior do que na França entre os consumidores de bebida alcoólica.

Partindo de dados obtidos num estudo longitudinal de 1940 a 1990 realizados na Dinamarca pelo projeto Lundby, cinco histórias de vida de adolescentes são reconstruídas e analisadas de acordo com atual pesquisa de álcool. Na analise das histórias de vida, quatro temas emergem a luz da discussão, sendo o alcoolismo interpretado como um caminho (vida), tipo I e tipo II de alcoolismo, como uma desordem mental e, crises de vida. (Ojesjo, 1995).

Henriksen, Sande (1994) realizaram um estudo comparativo entre a juventude Norueguesa, bebedores de uma pequena comunidade rural e, de uma comunidade urbana próxima. Os resultados da pesquisa etnográfica revelaram que os adolescentes da comunidade rural iniciam mais cedo no consumo de álcool, embora eles bebam menos que seus companheiros urbanos. Ocorre que os adolescentes urbanos têm sido excluídos dos rituais de beberagens e locais “arenas” de consumo de adultos de sua comunidade e, portanto bebem entre eles para criar um sentido de comunidade alternativa.

Os países da Europa Central e Oriental, com as mudanças políticas e as transformações sociais e econômicas, tornaram-se países de trânsito “rota” de drogas, abastecendo 75% da heroína consumida na Europa Ocidental e proveniente do Bálcãs e, o Báltico surge como importante fonte de anfetaminas para a Escandinávia. Inúmeros são os problemas resultantes das mudanças sociais e econômicas, com estabelecimento de restrições e controle, o desemprego, o encantamento e atração por valores e estilo de vida ocidental, o aumento do

número de turistas, são fatores apontados como estimulantes à iniciação e consumo de drogas.

Para Lehto, Moskalewicz (1994), nas antigas repúblicas soviéticas o consumo de álcool registrado apresentou um decréscimo, como resultado das campanhas antiálcool realizada em 1985, embora as pesquisas revelem que ocorreu um avanço na produção ilícita, e o declínio total do consumo comercial de bebidas não foi compensado pelo aumento da destilação artesanal. Com as mudanças econômicas e sociais, ocorreu uma maior disponibilidade de álcool, através da proliferação de iniciativas comerciais privadas. Os índices de vários indicadores de problema relacionados com a bebida na Rússia, na Ucrânia e na Estônia, apesar dos informes oficiais revelarem serem o consumo inferior do que o do período de 1987.

Os resultados de pesquisas sobre o consumo de álcool na Polônia, revelaram um aumento de 50% entre os anos de 1989 -1992, sendo confirmado pelo correspondente aumento de hospitalizações de pacientes com psicose alcoólica. O consumo de álcool, também está crescendo na República Tcheca, na Eslováquia e na Bulgária. (Lehto, Moskalewicz, 1994)

Kubicka, Csemy, Kozeny (1995) apresentam resultados de um estudo de seguimento com 608 mulheres, idades de 20 a 24 anos, residentes em Praga, República Tcheca, entrevistadas em 1987 e novamente em 1992, três (3) anos após revolução de 41 anos da era comunista. Os resultados apontam um consumo anual de 3,6 litros para 4,8 litros da amostra de 1987 - 1992. O percentual de bebedores fortes aumentou de 7,2% para 14,0%. As mulheres em suas atitudes diante da bebida expressaram maior tolerância e embriagues. O aumento do consumo estava relacionado com maior freqüência de desejo "espírito para beber", sendo observado que ocorreu o aumento da quantidade de cerveja consumida durante o período. O aumento do consumo de álcool foi observado ser maior entre as mulheres que trabalhavam como Free lance e, ou naquelas mulheres recentemente emergentes, como trabalhadoras autônomas. Observaram que as mulheres economicamente inativas não aumentaram o consumo de álcool. As mulheres informaram que as mudanças sócio política haviam causado um impacto positivo em suas vidas pessoais, como reflexo disto ocorreu uma expansão nos contatos sociais, e também o aumento e maior consumo de álcool. Foram destacados alguns argumentos utilizados para o uso de álcool como eventos de vida cheios de estresse, elevada auto-estima, auto-suficiência exagerada. Provavelmente estes aspectos têm alguma relação de influência sendo interpretado como uma mera coincidência

Lalíc (1995) estudou os aspectos econômicos da dependência a heroína em Split, Croácia, no período 1990 - 1995, utilizando dados coletados de historias de vida de dependentes de heroína (n - 4 mulheres e 46 homens). Os resultados revelaram ser um grande mercado econômico estabilizado, porque é sustentado pela demanda efetiva de elevado número de consumidores de heroína.

Sillastre (1994) relata os resultados de um estudo realizado em 1992, com 1290 sujeitos entrevistados, em doze cidades da República da Rússia, com finalidade de analisar as conseqüências sociais da possível legalização das drogas no país. As evidências mostram que num curto espaço de tempo, o número de usuários de drogas está crescendo, particularmente mulheres, em todas as categorias sociais. Entre os usuários ocasionais de drogas, encontram-se os novos empresários, 32%; trabalhadores desempregados, 20-23%; estudantes, 11 - 15%; e donas de casa 11 - 14%. Dos entrevistados, 78% acreditam que o narco-mercado russo existe, enquanto somente 8 - 9% admitem ter usado drogas. É argumentado que a legalização

de drogas na Rússia, aumentará o percentual do número de usuários em 84,5%; o número de crianças doentes em 84,3%; e a taxa de crimes em 83,2%.

Traskunova (1994), realizou um estudo junto a jovens graduados no segundo grau de escolas das Regiões Árticas do Norte da Rússia, trabalhadores subempregados abusadores de álcool e outras drogas. Os resultados revelam que o currículo profissional e educacional não corresponde às exigências do mercado de trabalho atual e futuro. A agenda política e ideológica Soviética deu igual beneficio para todas as crianças, apesar do rendimento econômico dos seus pais, mas excluiu a família do complexo educacional, destruiu a cultura nacional e as línguas (dialetos). Entre os eventos Étnicos, um (1) de três (3) alunos graduados no 2º grau, e uma (1) de cada sete (7) alunas planejam cursar uma Faculdade Técnica Profissional, mas destes apenas um (1) de cada sete (7) rapazes e uma (1) de cada cinco (5) moças realmente concretizam seus planos. O desperdício do emprego do potencial do jovem está relacionado com as altas taxas de alcoolismo, abuso de drogas, crimes e suicídios ocorrido entre os jovens graduados. Eles receberam baixos salários por trabalhos alocados pelo Estado e, devido à falta de experiência social e perdas repentinas de laços familiares, tornam-se abusadores de drogas. A contínua excedência de trabalhos em algumas filiais da economia russa e a falta de trabalhadores qualificados em outros postos de trabalho podem ser corrigidos pelas políticas. O pesquisador aponta quais são as medidas saneadoras do problema, sendo elas: aplicação de novos investimentos para melhoria das condições de trabalho para aplicação de técnicas de acasalamento tradicional de animais, da caça e da pesca; a criação de novos trabalhos especialmente para jovens mulheres; aplicação de investimentos para empreendimentos da criação de fazendas familiares onde os jovens poderão melhor empregar seu potencial e libertarem-se do álcool e outras drogas.

3 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE DROGAS NA ESPANHA

Estudos realizados nas (19) Comunidades Autônomas que revelam a epidemiologia das drogas na Espanha, dados sobre o consumo e problemas derivados do consumo de drogas são divulgados na Memória - 93 do Plano Nacional Sobre Drogas (1994). Os resultados da pesquisa realizada pelo DGPNSD revelam que 53,4% dos espanhóis maiores de 16 anos (N=17.617) já consumiram bebidas alcoólicas alguma vez durante o mês anterior a pesquisa, 41,2% na ultima semana e 15,3% quatro vezes ou mais durante a ultima semana.

A Espanha (1993) é o terceiro consumidor de bebidas alcoólicas por habitante entre os países da Europa. Os resultados de algumas pesquisas nacionais no período de 1980 a 1993 revelam que ocorreu um decréscimo de consumo de álcool neste período.

Os resultados sobre opiniões e comportamento dos espanhóis diante do consumo de drogas revelou que **alguma vez na vida** consumiram álcool 90,2%; Tabaco 57,3%; Cannabis 16,2%; Cocaína 4,2%; Heroína 0,7%, Crack 0,3%; e drogas sintéticas 2,1% dos espanhóis. Aqueles que têm o hábito do **consumo regular** de álcool são 41,2%; Tabaco, 33,9%; Cannabis 0,4% dos espanhóis (DGPNSD, 1994).

Os derivados da Cannabis (especialmente o Haxixe) continuam sendo entre as drogas ilegais de maior consumo. A taxa de consumo de cocaína é bem superior ao de heroína. Os registros de números de pessoas admitidas para tratamento com problemas de cocaína revelaram que ocorreu um aumento de consumo entre a população em geral no período de 1987 a 1993.

Para tratamento foram admitidas, por **cocaína,** 197 pessoas em 1987; 600 pessoas em 1990 e, 1695 pessoas em 1993; admitidas por **outros opiáceos,** 103 pessoas em 1987; 225 pessoas em 1990 e, 266 pessoas em 1993; mas admitidas por heroína foram 10.038 pessoas em 1987; 24.263 pessoas em 1990 e, 37.072 pessoas em 1993.

Em relação ao consumo de Crack 0,3% dos espanhóis, se comparado com outras drogas é baixo, mas alguns estudos observam que a tendência é aumentar o seu consumo entre alguns grupos de consumidores de heroína (fumar). Os resultados sobre consumo de heroína não são plenamente confiáveis em algumas áreas do país, como conseqüência dos métodos adotados para estimar a prevalência.

Quanto à prevalência do uso problemático de opiáceos os dados revelam uma estabilização e decréscimo a partir de 1991.

Ocorreu o consumo de drogas de desenho como MDMA "o Ecstasy" por 2,1% da população com idade acima de 15 anos sendo consumido em ambientes festivos, freqüentados pelos jovens.

A estimativa de que o consumo de crack e MDMA (ecstasy) tenha aumentado de 1990 a 1993 na Espanha, está relacionado com o aumento de quantidade apreendida pela polícia espanhola.

O MDMA - Ecstasy, foram apreendidos 45,12 (centos de pastilhas) em 1990 e 2.744,2 (centos de pastilhas) em 1993.

Os dados observados sobre o consumo legal de psicofármacos mantêm as tendências nos últimos anos. Em 1993, entre os psicofármacos, foram consumidos 20.809 (unidades) de tranqüilizantes; 5.721 (unid.),de Hipnóticos e sedativos; 8.014 (unid.) de Neurolépticos; 3.038 (unid.) de Psicoanalépticos; 22 (unid.) de Psicoestimulantes (derivados anfetaminas); e 823 analgésicos narcóticos.(DGPNSD, 1994; Ministério de Sanidade y Consumo; Direccíon General de Farmácia, 1994).

Em relação aos **padrões de consumo** de drogas o uso da heroína, é via preferentemente inalada (fumar), e injetável. Outro aspecto foi observado entre os consumidores de heroína que é alto o consumo de outras drogas, especialmente o álcool, tabaco, cannabis, cocaína (mesclado com heroína) e benzodiazepínicos.

Em 1993, o estudo realizado em 40 cidades espanholas, revelou que os consumidores de heroína 41,1% e, de heroína + cocaína 32,6% têm padrões de consumo de altíssimo risco, se comparados com os consumidores só de cocaína 9,4% que não estava em tratamento. O uso de drogas, via parenteral, nos últimos 30 dias do estudo, mostrou que o consumo só heroína foi 52,7%; heroína + cocaína 50,0%, e usou só cocaína 7,3% dos sujeitos.

Os estudos antropológicos e os com usuários assistidos nos serviços sociais e de saúde mostram que o perfil dos **consumidores** de drogas, como a heroína, são pessoas com idade de 20 - 34 anos, com baixo nível educacional, desempregados, carentes sociais, e residentes nas cidades. O numero de consumidores de heroína atendidos nos serviços de urgências é superior aos atendidos para tratamento, e foi observada uma tendência ao envelhecimento progressivo dos consumidores desta droga. Ainda se destaca que os consumidores de cocaína, que não usam heroína, têm um nível de estudo e taxa de emprego bem superior daqueles consumidores de heroína, ou de heroína + cocaína (DGPNSD, 1994).

Os resultados de 1993 mostram que 56,9% dos consumidores foram pela primeira vez na vida admitidas para tratamento por abuso ou dependência de opiáceos ou cocaína. O numero de tratamentos motivados por abuso ou dependência de heroína é 20 vezes mais que o numero de tratamentos por cocaína. Dos espanhóis com idade superior a 16 anos, 5% tiveram que utilizar algum serviço de assistência a drogadependência para si próprio, para algum familiar ou amigo.

Os problemas de saúde e sociais relacionados com o consumo de drogas na Espanha, especialmente como conseqüência do consumo de álcool, é a cirrose hepática, 5º causa da mortalidade prematura entre as mulheres e a 4º causa entre os homens. Outro grave problema estimado é o álcool como a droga responsável por 17% de todos acidentes de trabalho ocorridos na Espanha. No período de 1980 a 1989 ocorreu um decréscimo significativo nas taxas de mortalidade por enfermidades relacionadas com o consumo de álcool tanto nos homens, quanto nas mulheres. Também foi observado um decréscimo nas taxas de mortalidade por reação aguda ao consumo de opiáceos e cocaína nas grandes cidades (Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilha, Valencia e Zaragoza), de 556 falecidos em 1992, baixou para 442 em 1993. Ocorreu um aumento da mortalidade em Sevilha e Zaragoza, nas demais cidades ocorreu decréscimo (DGPNSD, Sistema Estatal de Informacíon sobre Toxicomanias/ SEIT, 1994).

Os problemas mais graves entre os consumidores de drogas via parenteral (IV) estão os relacionados com a infecção pelo HIV. Segundo o Registro Nacional de AIDS/SIDA, até dezembro de 1993, haviam diagnosticado na Espanha 14.479 casos de AIDS, relacionados com o consumo de drogas injetáveis, que representou 63,9% de todos os casos diagnosticados da doença.

As taxas acumuladas de casos de AIDS/SIDA na Espanha, relacionadas ao consumo de drogas em 1993, por milhão de habitantes foram observadas como a mais elevada nos núcleos urbanos e industrializados mais importantes do país, tais como País Vasco (739,1), Comunidade de Madrid (709,4), Cataluña (531,7); e as taxas mais baixas por milhão de habitantes Canarias (73,0), Castilla-La Mancha (126,6). (DGPNSD, Registro Nacional de SIDA, 1994).

No contexto europeu a Espanha ocupa o primeiro lugar quanto a taxa acumulada de casos de SIDA relacionados ao consumo de drogas, seguida da Itália, Suíça e França. É ainda o primeiro país da Europa quanto ao número absoluto de casos de SIDA em consumidores de drogas.

Provavelmente seja bem mais elevado o número de mortes por SIDA relacionados ao consumo de drogas, do que as ocorrências por reação aguda às drogas. As taxas de infecção por HIV, entre os consumidores, continuam crescendo. A heroína de uso por via parenteral é responsável por mais de 90% das admissões a tratamento nos serviços de urgência, como também pela maioria dos problemas causados por drogas ilegais. Foi observado que mais de 90% das amostras de sangue dos consumidores falecidos por reação aguda às drogas acusaram morfina e a presença de outros produtos metabólicos derivados da heroína. Embora continuem surgindo novos casos de problemas de saúde relacionados ao consumo de cocaína, é bem menor se comparados como os de heroína, álcool e tabaco. É baixa a taxa de problemas de saúde registrados nos Serviços Assistenciais relacionados ao consumo de cannabis e as drogas de desenho. A freqüência de problemas laborais/trabalho, familiares, de saúde e de integração social é bem elevada entre os consumidores de heroína ou heroína + cocaína do

que os consumidores só de cocaína.

A situação dos drogadependentes que ingressaram na prisão em 1993 revelou que 30,2% eram consumidores de drogas por via parenteral, sendo 20,8% entre os que ingressaram pela primeira vez e 43,8% os casos de reingressos.

Dos consumidores de drogas injetáveis que ingressaram pela 1º vez na prisão, 30,2% estavam infectados pela HIV, 56,6% estavam imunizados diante do vírus da Hepatite B (46,3% por infecção natural, e 5,8% por vacinação e 4,5% por motivos desconhecidos), 3.7% tinha Hepatite B aguda, e 1,4% era portador crônico do vírus de Hepatite B e 2,7% tinha Sífilis.

Estudos sobre a delinqüência e o consumo de drogas são muito controvertidos. Alguns pesquisadores destacam que os meios de comunicação contribuem para a "construção social da delinqüência" quando apresentam o delinqüente enquanto traficante e usuário de heroína ou cocaína.

Para Vega Fuente (1993) os delinqüentes vivem em constante situação de risco diante do consumo de drogas. A delinqüência em si não leva ao consumo de drogas, o que ocorre são as condições em que vivem e reúnem aspectos que contribuem para o acesso às drogas ilegais, como também ao uso para resolver seus problemas.

Vega Fuente, et al. (1983); Berjano,et al. (1986); García-Más, et al. (1987) apresentam dados obtidos junto a **mulheres encarceradas** na Espanha sobre o início (idade) do consumo de drogas, a politoxicomania, e destacam os seguintes resultados obtidos a seguir:

- a idade do início do uso de drogas é abaixo de 12 anos, sendo o consumo de cigarros, baseados, álcool e anfetaminas a partir dos 14 anos; entre aos 15 e aos 18-19 anos o consumo de heroína e cocaína;
- os alucinógenos dos 16 anos em primeiro lugar, seguido das anfetaminas, inalantes, ficando o consumo de cocaína e heroína em terceiro lugar;
- com o envelhecimento, passam a consumir menos cigarros, álcool e baseado/ maconha;
- os grupos de 17 anos e mais de 20 consomem anfetaminas, tranqüilizantes e menor percentual de inalantes.

Os autores destacam como **consumo habitual** o tabaco/cigarro, 93%; "baseado" maconha, 91%; heroína, 77% e cocaína, 75%. Em segundo lugar aparece o consumo de álcool, 59%; alucinógenos, 55% e as anfetaminas, 50%. Já em terceiro lugar o consumo de tranqüilizantes, 34% e os inalantes, 27%. Em relação ao **consumo atual** de todas estas substâncias, vem diminuindo o consumo de maconha, 55%; cocaína e heroína, 41%; álcool, 30%; anfetaminas 27%; inalantes, 23% e tranqüilizantes 21%; mantendo o consumo de tabaco, 73% e desaparecendo o consumo de alucinógenos. As jovens detentas das prisões de Madrid informaram quanto à **disponibilidade de drogas**, que têm acesso fácil ao tabaco, álcool e baseado/maconha, e não teriam obstáculos em adquirir tranqüilizantes, cocaína, heroína, anfetaminas e alucinógenos. As mesmas não consideram o baseado uma droga de elevado grau de periculosidade, mas apontam o álcool como uma droga muito perigosa, 59% e a heroína, 100%; a cocaína 98%; os alucinógenos, 91%; as anfetaminas, 82% e os tranqüilizantes, 71%.

Quanto aos **motivos para o primeiro consumo de drogas** a pesquisa destaca a curiosidade, 34%; a busca de novas sensações, 23%; o desejo de sentir-se bem, 23%. As detentas acima de 20 anos assinalaram a curiosidade, 50%; ao contrario das mais jovens, 29% para sentir-se bem e 35% usam drogas por problemas familiares. Informaram que **a oferta de drogas** foi primeiramente através de conhecidos, 79%; ou por companheiros e amigos, 68%, raramente de um desconhecido, 18% e em 11% dos casos a oferta foi feito pelos irmãos.

Em relação à **informação recebida** sobre os efeitos das drogas foi em 48% dos casos, pelos meios de comunicação social; pelos amigos em 39% e 68% das presidiárias indicaram ter conhecimento através das suas próprias experiências.

Em 1987, um estudo realizado com presidiárias da Comunidade Autônoma Vasca denuncia que ocorrem 76% de consumo maciço, dentro da prisão onde há oferta de todos os tipos de drogas e é alto o índice de pessoas envolvidas no problema de drogas (Vega Fuente, 1993).

O consumidor de drogas normalmente é visto como delinqüente pela sociedade e os meios de comunicação divulgam que 70 a 90% dos delitos estão ligados a drogadicção. A lei considera delito o consumo das drogas ilegais, portanto todos os consumidores serão delinqüentes. A questão da droga é muito ampla porque há uma imensa gama delas, devendo ser consideradas os seus aspectos farmacológicos, as características dos consumidores, o tipo de consumo, as circunstâncias sociais e culturais, e sua finalidade como exemplo os medicamentos com prescrição médica.

O álcool e o tabaco consideradas drogas legais, consumidas socialmente, e seu consumo não são considerado como delito, mas as pesquisas sobre o álcool comprovam que 50% dos casos de delito têm relação com o consumo abusivo de álcool. O tratamento jurídico criminal é diferente do álcool (legal, não droga) para a heroína (droga ilegal).

Através de revisão de estudos espanhóis, encontramos alguns realizados com pacientes assistidos em serviços de urgência de um hospital clínico em Barcelona, que indicam que 42,8% destes haviam cometido algum tipo de delito por pertencerem/ oriundos de camadas sociais menos favorecidas economicamente; pertencentes a famílias em conflito; ter baixo nível de escolaridade, problemas de desemprego; menores de idade envolvidos com consumo de opiáceos, maior tendência a politoxicomania; entre os casos de delinqüência juvenil, 57,2%, atendidos nos distritos policiais de Sevilha; 62% são usuários de drogas que praticam delito; e 28% não praticaram e 10% dos casos não tinham nenhuma relação com o uso de drogas. No caso de heroinômanos, 81% destes começaram a ingerir drogas antes de delinqüir.

Segundo Elzo, et al. (1992), as drogas ilegais alcançaram 35,24% do total de sentenças, mas a incidência do álcool foi em 26,53% dos casos. Dos delitos julgados no País Vasco, 75,0% não tem nenhuma relação com a droga. Nas pesquisas em centros de tratamento sobre acompanhamento/seguimento de população drogadependente, Comas, et al. (1992) encontraram que 80% da população não recebem condenação.

Alguns estudos sobre o consumo de álcool e tabaco foram realizados com escolares espanhóis nas ultimas duas décadas.

Um estudo realizado por Navarro, et al. (1985), sobre o consumo de drogas na

Espanha, revelou que 41,4% dos espanhóis com idade acima de 12 anos eram fumantes, destes 59,0% homens e 24,0% mulheres. Em 1987, a Espanha ocupava o quarto lugar no ranking europeu de tabagismo ficando abaixo da Dinamarca, Holanda e Grécia. Em 1989, com 39,0% de fumantes, ocupou o terceiro lugar (Eurobarometro, 1989).

Gil, et al. (1992), em seu estudo sobre o tabagismo revelou que 35,9% da população espanhola, com idade superior a 16 anos eram fumantes, destes eram 51,5% homens e 21,4% mulheres.

A Memória–1993 do PNSD(1994) revelou que 57,3% de espanhóis haviam consumido tabaco alguma vez na vida e, 33.9% fumavam com regularidade, tinham mais de 16 anos.

Comas Arnau (1990), realizou na Espanha um estudo entre escolares de Ensino Médio, com idade entre 14 a 19 anos. O estudo revelou que 68,0% dos estudantes haviam fumado alguma vez na vida, sendo 63,3% rapazes e 69,6% moças. Esta experiência com tabaco aumentou com a idade, sendo 85,9% dos jovens com idade 19 anos. Destes escolares de 14 a 19 anos, 30,5% eram fumantes e, 21,8 deles fumavam todos os dias. Os resultados apontam uma tendência geral à estabilização (discreta queda) e o tabagismo praticado pelas mulheres.

Mendoza, Sagrera (1991) realizaram um "*Estudo Sobre Condutas dos Escolares Relacionados Com a Saúde*" E.C.E.R.S., adolescentes espanhóis com idades 11, 13 e 15 anos. Este revelou que 20,0% dos escolares com idade 12 anos haviam provado tabaco alguma vez na vida. Mas com apenas 11 anos, 17% dos meninos e, 12% das meninas há viam fumado cigarros em alguma ocasião. Aumentando a idade aos 17 anos, o percentual de fumantes subiu para 80,0% dos rapazes e, 82,0% das moças. Quanto ao consumo diário,1,0% dos alunos com 11 anos , afirmaram fumar todos os dias, e aos 17 anos subiu para 30.0% dos alunos tabagistas. Ao ser comparado com o primeiro estudo realizado com escolares de 11 a 13 anos (Mendoza et al., 1987), os pesquisadores observaram um decréscimo no percentual de fumantes (consumo diário e esporádico).

Outro estudo foi realizado pelo Centro de Investigacíon y de Acción para la Promoción de la Salud. CIDAPS (Mendoza, 1992) sobre tabagismo entre adolescentes (N=4.000) estudantes de 12 a 17 anos. Ao analisarem os grupos de 13, 15 e 17 anos, os resultados mostraram, 62,0%dos adolescentes já haviam fumado e, o acesso ao tabaco e o consumo cotidiano ocorreu com a idade média de 14,7 anos.

Aos 13 anos, 49% dos rapazes e 39,0% das moças haviam provado cigarros, tiveram sua primeira experiência com idade média de 11,1 anos. Destes eram fumantes 22,0% dos rapazes e, 10,0% das moças; mas fumavam regularmente 7.0% dos rapazes e 4,0% das moças (diário; ou semanal); e somente 3,0% dos rapazes e 2,0% das moças fumavam diariamente. Aos 17 anos, 72,0% dos rapazes e, 77,0% das moças haviam provado tabaco. Os adolescentes de 15 anos que haviam provado tabaco iniciaram aos 13,2 anos e, os que tinham 17 anos fizeram uso aos 14,3 anos. Aqueles com 17 anos 26,0% dos rapazes e 35,0% das moças fumavam regularmente (todos os dias, ao menos, todas as semanas); e fumavam todos os dias, 22,0% dos rapazes e 30,0% das moças.

Os fumantes cotidianos da amostra consomem em media 8,5 cigarros por dia. Os rapazes fumam em media 9,3 cigarros e, as moças 7,9%, a média de consumo aumenta com a idade o que pode ser atribuído a uma evolução a tolerância farmacológica.

Durante os períodos da pré-adolescência e da adolescência se produz uma incorporação progressiva de experimentação com o tabaco e o habito de fumar passa ser diário.

A proporção de alunos que fumam cigarros todos os dias ao menos uma vez na semana (fumantes regulares) aumenta com a idade o que corresponde a forte dependência provocada pela nicotina.

Em relação ao consumo de álcool o estudo de Mendoza, Sagrera (1991) revelou que 85,0% dos escolares espanhóis com idades de 11, 13 e 15 anos já provaram álcool ao menos uma vez na vida. Aos 14 anos, 79,4% dos escolares haviam consumido álcool em alguma ocasião. Destes 35,9% são bebedores habituais (consumiram álcool na semana anterior ao estudo). E aproximadamente, 29,0% dos rapazes e, 19,0% das moças já se embriagaram ao menos uma vez na vida.

Os adolescentes de 15 anos, 96,0% dos rapazes e 90,0% das moças já consumiram bebida alcoólica ao menos uma vez na vida.

O estudo de Comas Arnau (1990) "El Sindrome de Haddock" revelou que os alunos ao terminar o EG.B Educação Primária, um terço dos escolares eram bebedores habituais de álcool. O mesmo estudo mostrou que a idade média de início de consumo de álcool é de 12,6 anos. Também mostrou que são bebedores habituais aos 15 anos, 48,0% dos estudantes, aos 16 anos, 59,8%; aos 17 anos 67,3% e aos 18 anos são 72,4% dos estudantes. Aos 15 anos, ficaram embriagados alguma vez, 33,5% dos estudantes de Ensino Médio; aos 16 anos, 49,8%; aos 17 anos 58,8% e, aos 18 anos 67,0% dos adolescentes.

O consumo de outras drogas como a cannabis, a cocaína, as pastilhas e inalantes serão apresentados os resultados das respectivas pesquisas.

O estudo E.C.E.R.S. (Mendoza, Sagrera, 1991), com adolescentes espanhóis com idades 11, 13 e 15 anos mostra que na 8º de E.G.B., 6,0% dos rapazes e 3,0% das moças afirmaram ter experimentado cannabis. A idade deste consumo situa-se para estes escolares, aos 12,7 anos.

Ainda o estudo de Comas Arnau (1990), revelou que 1,3% dos escolares de 11 e 12 anos já tiveram alguma experiência com a cannabis. Haviam experimentado cannabis em alguma ocasião, 9,2% dos estudantes do Ensino Médio de 15 anos, e 15,1% aos 16 anos, e 24,1% aos 17 anos e 36,1% aos 18 anos. Para este grupo de adolescente, a idade media da primeira experiência com cannabis se situa nos 15,6 anos. Revelaram ser consumidores habituais (haviam consumido na ultima semana), 0,7% dos estudantes de Ensino Médio aos 15 anos, e 2,4% aos 16, e 2,5% aos 17 anos e 6,8% aos 18 anos.

Na idade de 12 aos 14 anos o consumo de drogas é irrelevante. Destes estudantes 0,4% afirmaram ter experiência com pastilhas; 0,2% afirmaram ter provado cocaína, e 0,5% afirma ter experimentado inalantes.

Revelaram ter provado cocaína em alguma ocasião 0,4% dos estudantes aos 16 anos, e 1,9% aos 17 anos e 2,6% aos 18 anos. A idade média de inicio de consumo de cocaína, entre os estudantes que experimentaram se situa aos 16,3 anos.

O uso de inalantes aos 15 anos experimentou 0,2% dos estudantes de Ensino Médio; aos 16 anos 0,3%; aos 17 anos 0,6% e, aos 10 anos 1,2%.

Quanto à oferta de drogas, foram abordados em alguma ocasião aos, 14 anos; 12,2% dos escolares a oferta de cannabis, 27,7% dos estudantes com 15 anos, 43,7% aos 16 anos; e 58% aos 17 anos e, 68,8% aos 18 anos. Também receberam oferta de cocaína 2,7% dos estudantes aos 15 anos; 5,1% aos 16 anos; 8,9% aos 17 anos e, 12,7% aos 18 anos. A oferta de ambas as substâncias ocorreu quando se encontravam em um bar, na discoteca, no parque, em companhia de amigos ou amigas.

A opinião dos adolescentes quanto à disponibilidade das substâncias, informaram 66% dos escolares espanhóis de 13 anos, ser muito fácil para os jovens comprar tabaco nos bares e, 60,0% podem comprar nas tabacarias.

Um estudo sobre o consumo de drogas na Comunidade Autônoma do País Vasco (1994), apresentou um perfil epidemiológico e sociológico, do consumo de álcool e das drogas ilegais (Edex Kolektiboa, Gobierno Vasco, Boletin CCDrogodependencia 1995 Ener; 26)

Os resultados sobre o **consumo de tabaco** revelam que de cada dez pessoas da C.A.P.V. com idade superior a 15 anos, seis não fumam. O consumo de tabaco está mais centralizado entre os homens, 47,4%; do que entre as mulheres 28,5%. Os homens fumam em maior quantidade de tabaco do que as mulheres.

Os com idade abaixo de 40 anos fumam mais que a média da população, entretanto os valores da população acima de 40 anos são inferiores a média. Foi observado que no grupo de idade entre 30 a 40 anos, o consumo de tabaco é bem maior do que nas demais idades, tanto no numero de fumantes, como na quantidade de tabaco consumida. A partir dos 50 anos, constataram um progressivo decréscimo no numero de fumantes.

O estudo mostrou que a partir de 1980, o consumo de tabaco entre a população Vasca decresceu significativamente. Em 1994, revelou 10% de não fumantes, dados bem superior aos registrados em 1980. Mostrou ainda que o processo de diminuição de fumantes esteve estabilizado nos dois últimos anos, e o numero de “não-fumantes” não tem oscilado e o percentual de grandes fumantes tem aumentado, bem maior do que em 1980. Vem ocorrendo um decréscimo no consumo de tabaco, tanto nos homens, quanto nas mulheres. A diminuição ocorreu em maior percentual nas mulheres, isto mostra uma quebra de tendência refletida em 1992, que as mulheres abandonaram o habito de fumar em menor proporção que os homens.

O decréscimo do habito de fumar se manifesta especialmente entre os mais jovens, embora não foi observada uma variação quanto ao numero de não fumantes nos últimos dois anos antes do estudo.

Quanto ao **consumo de álcool** na C.A.PaisVasco o estudo revelou que ocorre uma maior concentração de consumo pelos jovens no final de semana. Observa-se nos últimos anos uma diminuição generalizada do consumo de álcool e, significativa no grupo dos jovens como idade de 26 a 30 anos. Os jovens abaixo de 18 anos, são os que revelam ter um consumo alcoólico duvidoso nos fins de semana, bem maior do que os demais jovens até 30 anos.

Na população jovem chama mais a atenção é o baixo consumo de álcool nos dias de trabalho, porque praticamente é mínima. Nos dias festivos baixam o consumo dos bebedores excessivos em 4 pontos para os jovens de 15 a 20 anos; em 1 ponto os de 21 a 25 anos e, em 6,6 pontos para os de 26 a 30 anos.

Os consumos nos dias festivos para os alcoólicos duvidosos aumentam em 1 ponto para os três grupos de jovens.

Os locais escolhidos para o consumo, ocorrem principalmente fora das refeições, quando os jovens visam obter em menor tempo possível os efeitos psicoativos do álcool, já a população com mais idade bebem nas refeições.

Em geral as razões atribuídas pela população para justificar o consumo de álcool são em 1º lugar o prazer de beber; em 2º lugar à reunião de amigos, especialmente para os mais jovens, e ainda destacam outras razões: para libertar-me, excitar-me, relacionar-me. A população de maior idade alega beber por razões tipo profissional.

Revelaram 27,7% dos jovens entre 26 a 30 anos que antes bebiam mais do que com esta idade.

As razões atribuídas como motivos para redução do consumo são que "agora saio menos que antes", e por "motivos de saúde". A mudança de estilo de vida implica num menor contato com a rua, os círculos de "capas" e afastamento das rotas de diversão com álcool. A maioria dos jovens refere ter abandonado o habito por motivos de saúde. Este dado revela um aspecto alarmante sanitário especialmente em setores da população mais jovem. As sucessivas pesquisas nos últimos 14 anos, especialmente as realizadas nos últimos 6 anos indicam uma tendência de diminuição do consumo de álcool.

Em relação ao **consumo de drogas ilegais**, o estudo revelou que o "Haxixe, maconha" é a substância mais consumida entre a população Vasca, seguido dos produtos estimulantes (o Speed e a cocaína) e, o alucinógeno LSD são as substâncias ilegais de maior consumo, 4,0% dos vascos já haviam consumido estas drogas e, atualmente são 1%. Estas drogas o consumo não chegou a 0,4% dos vascos.

As drogas de desenho (ecstasy, etc.) a população Vasca passou a consumi-las, a partir de 1990, mas o seu consumo é bem inferior das drogas reveladas anteriormente. Os adeptos da heroína não chegam a 1,0% dos Vascos que revelaram ter consumido em alguma ocasião. Nesta pesquisa não foi detectado algum consumo da substância, embora foi encontrado em outras publicações.

Segundo esta pesquisa à maioria das pessoas que são seduzidas pelas drogas ilegais, tornam-se consumidores habituais. Dos consumidores de todas as substâncias, mais de 50% revelaram que só experimentaram. No caso da heroína é bem superior o numero de consumidores que fizeram uso mais de uma vez, daqueles que só provaram.

Os dados revelam que o produto desempenha uma função importante entre o numero de consumidores destas substâncias, mas com o tempo abandona no seu consumo.

A grande maioria que tem contato com drogas se satisfaz ao prová-los, e um número importante consegue abandonar tal habito mesmo após grande período que este esteve

consumindo.

Na população que se encontra com menos de 30 anos vem ocorrendo um maior consumo de acordo com o tipo de substancia escolhida. A maconha "baseado" é a mais consumida pelos jovens com idade entre 21 a 30 anos; o speed por jovens entre 21 a 25 anos; a cocaína e o ácido - LSD-25 pelos jovens com idade de 26 a 30 anos; e as drogas de desenho consumidas tanto pelos jovens de 15 a 20 anos, como também pelos jovens entre 26 a 30 anos de idade.

O estudo revelou que os consumidores de drogas ilegais se iniciam com estes produtos precocemente. Para cada 10 consumidores de drogas ilegais 7, ou mais, haviam iniciado seu consumo antes dos 21 anos, e um significativo número destes consumidores iniciaram entre os16 aos 18 anos. Quanto ao consumo de "baseado" e de ácido -LSD-25, ao redor de 60% dos consumidores passaram a consumir antes dos 18 anos.

Das razões justificadas e reveladas pelos consumidores de drogas ilegais, destacam-se dois motivos explicativos para seu inicio de consumo das referidas substancias, sendo eles:

1 - **A curiosidade e o desejo de sentir novas sensações** sendo este motivo revelado por três de cada quatro consumidores.

2 - **Para divertir-me e passar bem**, revelaram 50% dos consumidores.

Analisando a evolução de experimentação de consumo de drogas desde 1980 foi possível diferenciar três tipos de substâncias.

- A heroína, seu consumo tem apresentado decline significativo;
- O baseado e o ácido, seu consumo vem se mantendo mais estável com a tendência a declinar;
- A cocaína e o speed se mantêm e inclusive aumentou seus níveis de consumo. (Edex Kolektiboa, Gobierno Vasco, Boletin CDDrogodependencias 1995 Ener; 26)

Llopis Llacer, Paris Bueno, et al. (1995) estudaram as características de consumidores de drogas, adolescentes com idade inferior a 18 anos (N=225) atendidos pelo Telefone de Drogadependências do Governo Autônomo Valenciano, durante o primeiro semestre de 1994. Os resultados revelam que predominam jovens rapazes 72,8%, mas uma importante representação de moças 27,1%; são estudantes 56,8%; e solteiros 97,0%. Destacam que 19,5% dos jovens têm trabalho estável e, 17,0% estão desempregados, em sua maioria não acedeu ao 1º emprego.

Os pesquisadores observaram que a chamada telefônica foi realizada pelos jovens 41%, preocupados diante dos primeiros consumos de drogas; 23% dos casos foram às mães solicitando ajuda e, 13% a companheira ou namorada (o). As chamadas de 58% dos jovens foi para solicitar orientações para autocontrole diante do próprio consumo e, 20% solicitaram informações sobre centros e programas de tratamento. Das demandas, 62% dos jovens se programaram para ações familiares ou individuais visando baixar o consumo e minimizar seus riscos. As causas dos telefonemas foram 27% por início de consumo drogas e, 36% por abuso de substância, mas 4% dos abusadores necessitaram de tratamento em centros especializados. Dos jovens que realizaram as chamadas ao telefone de drogadependência à maioria são policonsumidores, predomina o consumo de cannabis, 32,0%; seguido de heroína 24,0% e,

das drogas de desenho só 16% dos jovens. A droga secundária também é a cannabis 13,0%; seguido do álcool 5,0%. (Llopis Llacer, et al., 1995)

Fica claro que os jovens não dão a devida importância ao consumo de álcool que realizam, bem como seus pais, pelo baixo percentual de chamadas específicas ao serviço telefônico de orientação a Drogadependência. Por outra parte foi a população que não teria tido contatos terapêuticos prévios, a que revelou ser importante à intervenção precoce do Serviço Telefônico especializado em Drogadependência.

Villalbi (1995), em seu estudo comparativo 1987 a 1992, usou amostras estratégicas com estudantes de 8º grau de Barcelona, qual não revelou nenhuma mudança significativa em percentuais de fumantes regulares, embora outros estudos revelem que está decrescendo o numero de fumantes em toda sociedade espanhola. Em 1992, os estudantes perceberam que seus pais estavam freqüentemente fumando menos, mas que suas mães fumavam mais. Quanto á percepção do uso de álcool por seus pais e irmãos mais velhos não ocorreu alterações. Um maior número de estudantes informaram ter bebido alguma vez e, um menor número informou que bebiam diariamente.

Bueno, Prado, Sanchis, Duran, et al. (1994) estudaram 3.000 histórias clinicas de drogodependentes assistidos no Programa de Drogodependências do Centro Municipal (Centro de Assistência e Centro de Reabilitação de Toxicomanias) do Ayuntamento de Valência no período de outubro de 1983 a dezembro de 1993, visando traçar um perfil da clientela assistida, e vir a exercer um melhor desempenho na assistência.

Os resultados mostraram quanto ao **sexo dos consumidores** a predominância foi de homens 74,0%; em relação às mulheres 26,0%.

Em relação à **idade de clientela** (demanda) tinham em média 26 anos; sendo a idade mínima de 13 anos e a máxima de 77 anos; correspondendo do total de histórias estudadas, 71,0% do total estavam faixa compreendida entre 25 a 36 anos.

Referentes ao estado civil da clientela assistida no Centro, observaram nos registros que eram solteiros 66,0%; casados 18,0%; estavam separados 9,0% e, viviam juntos 4,0% e; demais eram divorciados e viúvos, 3,0%.

Quanto ao nível sócio-profissional, observaram que pertenciam 60,79% ao grupo de trabalhadores (manual não qualificado, manual, semiqualificado e não qualificados); ao grupo de profissionais de nível superior e nível médio 10,34%; os declarantes sem nenhuma profissão 20,73% e demais 8,14% da clientela não se incluem em nenhum dos casos citados.

No que diz respeito residência à procedência da clientela, os Distritos Municipais, destacam uma maior percentagem dos clientes que buscam assistência no Centro, não residem na cidade de Valência 20,0%; identificados como não residentes, são pessoas de procedências de outras províncias da comunidade e de outras comunidades de Valência.

Os distritos com taxas mais altas de pacientes são Quatre Carreres (D - 10) com 8,22%; Poblats Maritims (D - 11) com 8,97% e Camins al Grau (Distrito - 12) com 7,61%, perfazendo 25,0% do total. Ocorrendo taxas opostas nos distritos 17, 18 e 19, ou seja Pedanies Nord 0,36%; Pedanies Oest 0,79% e, Pedanies Sur 1,04%, por apresentaram taxas mais baixas de pacientes atendidos na demanda ao Centro.

Referente a **primeira droga consumida** pelos pacientes, observaram ser 1º droga consumida para um total de 1.222 pacientes a **Heroína** 44,84%; seguida do Haxixe 22,75%; tabaco 18,68%, outras drogas 8,96%; álcool 3,30% e cocaína 1,28% do total de 35 pacientes.

Em relação de distribuição das **histórias** de acordo com a **primeira droga consumida** na atualidade, continua a heroína ocupando o 1º lugar com 73,94 dos casos; seguido do tabaco com 7,71%; álcool 2,13%; cocaína 1,43%; do Haxixe 1,25%; e agrupado como outras drogas 5,98%. Destaca-se um grupo especial de informantes nenhum consumo de drogas 7,56%, num total de 206 usuários, diante dos 2,725 do total dos casos estudados.

Na **distribuição das histórias** de acordo com a **via utilizada para consumo de drogas** foi a administração parenteral 54,0%, com 1.364 usuários no total. A respeito da pergunta sobre qual foi o motivo que impulsionou os pacientes a procurar e a utilizar drogas, 67,0% de um total de 189 respondentes revelaram que foi a curiosidade o que induziu a prová-las e, 76,0% informaram ser por outros motivos (separações paternas e conjugais, problemas de trabalho, ócio, etc.) (Bueno, Prado, Sanchis, Duran, et al, 1994).

Bueno, Prado, Perez, Quilez (1994) realizaram um estudo epidemiológico sobre o consumo de álcool junto à população (N=800) residente na cidade de Valência, com idade acima de 15 anos, visando: obter um perfil de consumidores, orientar os programas de prevenção e campanhas publicitárias e ainda conhecer quais são os principais motivos conducentes ao mundo do álcool. Os resultados revelaram que as cifras do total de abstinentes situam-se em 29,7% (237.6 das 800 entrevistas realizadas), sendo consumidores de álcool em diferentes níveis, 70,3% (562.4) da população. Dentro do coletivo de bebedores, os leves são 38,4%; a seguir os alcoólicos moderados, 19,7% representam a quinta parte da população; os bebedores alto grau são 4%; os excessivos 3,8% e, aqueles de grande risco 2,8% da população. Estes últimos em Valência representam 6,6% do coletivo de alcoólicos que consomem mais de100 c.c. de álcool, ou seja, 38.790 consumidores de totalidade da população de 587,735 habitantes.

Em relação ao **consumo de álcool** segundo o **sexo**, existe diferença significativa sendo 21,8% dos abstinentes homens, e 46,3% são mulheres. Quanto ao grupo de **bebedores leves** existem as cifras aproximadas sendo 38,4% de homens e, 43,2% de mulheres. Mais evidente são as diferenças entre percentuais de consumidores, sendo um para cada quatro homens alcoolísta moderado 25,2%, o percentual de mulheres é de 8,3%.

Referente a **idade**, o grupo com mais de 60 anos revelou maior percentagem de abstêmios 67,4%; seguido do grupo de 40 a 59 anos 40,0%. Mas o grupo com idade entre 21 a 29 anos são os bebedores de maior risco 10,2%.

Quanto aos consumidores residentes em Distritos Municipais, observaram existir diferenças em relação ao consumo de drogas ilegais. Destacam os distritos onde o consumo é excessivo e considerados de grande risco são: Quatre Carreres (D - 10); Algiras (D - 13), Benicalaf (D - 16), Poblas del Nord (D - 17), Poblats del Oest (D - 18), Pablats de Sud (D - 19). Os distritos de menor consumo são cidade Vella, Extramurs, Zaidia, Benimaelet, e Camins al Grau (Distritos 1, 3, 5, 14, e 12 respectivamente). Os restantes são de consumo intermediário.

Referente a distribuição percentual dos **motivos** para o **consumo de álcool**, observaram que uma percentagem alta de consumidores utilizavam com fins de "**expansão e**

diversão", 80,0%; uns 39,5% "**por curiosidade e desejo de sentir novas sensações**"; e 40,5% "**para obter prazer, para animar-se, caminhar,dançar**".

Outros motivos em menor percentagem são "**para facilitar a comunicação e o contato social**" 29,5%; "**por sentir-se mais identificado e integrado com o seu grupo de amigos**" 26,8%; "**por gostar de fazer algo proibido**" 14,3%. Os demais itens levantados têm menor relevância e nenhum supera 10% das entrevistas (Bueno, Prado, Perez, Quiles, 1994).

Ao analisarem a presença de diferenças entre os **sexos e grupos de idades quanto aos motivos** que levaram os consumidores a iniciar a utilização de bebida alcoólica, os pesquisadores puderam observar que para os homens o principal motivo foi 15,3% de caráter social; "**por sentir-se mais identificado e integrado com o seu grupo de amigos**"; para as 7,2% das mulheres este motivo foi o menos importante. Para elas o principal motivo foi "**a curiosidade e o desejo sentir novas sensações"** 31,7%, se comparados a 14,4% de homens que se manifestaram desta forma.

Em relação aos **motivos** que **induzem ao consumo de álcool**, ao analisarem a variável **idade**, observam que os grupos compreendidos entre 15 a 30 anos, atribuíram como principal razão "**por experimentar prazer, impulsiona mover-me, por animar-se**" 31,7%; mas para o bloco com idade entre 31 a 45 anos pensam que o principal motivo foi "**para obter prazer, por que me da agilidade, por animar-se**" e "**por sentir-se mais identificado e integrado com o seu grupo de amigos**" com percentagens de 21,1% e 19,2% respectivamente.

A respeito das **fontes de obtenção de álcool** embora não obtidas no concreto do coletivo paciente, as percentagens são muito semelhantes sendo: através de algum familiar 22,19%; por iniciativa própria 26,8%; e através do grupo de amigos 25,5%.

Os pesquisadores puderam observar que existem diferenças significativas entre os grupos de idade em relação à indicação das fontes de obtenção de álcool. A pessoas mais jovens com idade entre 15 a 30 anos, indicaram que foi por "iniciativas próprias" 37,1%. Enquanto as pessoas pertencentes aos grupos de idades entre 31 a 45 anos informaram que lhes foi oferecido pela primeira vez por algum familiar 35,1% (Bueno, Prado, Perez, Quilez, 1994).

4 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE DROGAS NO BRASIL

O crescente aumento de estudos epidemiológicos em distintas regiões do Brasil, tem contribuído para realização de uma leitura da realidade e conhecimentos de tipos de usuários de drogas psicotrópicos entre estudantes de 1º e 2º grau da rede pública do país e em regiões do RS, cidades do interior e da capital.

As pesquisas mais recentes demonstram que o consumo de substâncias psicoativas de uso lícito (tabaco, álcool, medicamentos, solventes e inalantes) supera as drogas de uso ilícito (maconha, cocaína, opiáceos).

No Brasil, em 1987, Carlini-Cotrin & Carlini, publicam os primeiros inquéritos epidemiológicos "Dados sobre o Consumo de Drogas por Adolescentes no Brasil".

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado o perfil do uso de drogas

psicotrópicas por estudantes no Brasil e mais especificamente em Porto Alegre. O I Levantamento Nacional sobre o uso indevido de drogas por estudantes do 1º e 2º graus e crianças e adolescentes em situação de rua abrangendo 10 capitais brasileiras data de 1987 (Carlini- Cotrim, Carlini, et al.,1989) e, foi realizado pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID). Após dois anos realizou-se o II Levantamento (Carlini, Carlini-Cotrim et al. 1990) e, em 1993 o III Levantamento Nacional com 24.634 estudantes de 1º e 2º graus da rede do ensino público (Carlini, et al. 1994). A pesquisa apontou que o álcool, o tabaco, solventes e tranqüilizantes foram às drogas consumidas em maior percentagem pelos nossos estudantes adolescentes; por outro lado à heroína, o LSD e o ópio, e até mesmo a cocaína foram pouco citadas pelos alunos (CEBRID, 1994).

O IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras, realizado em 1997, revelou que é altíssimo o percentual de adolescentes entre os 10 e 12 anos de idade que já haviam consumido drogas (uso na vida),sendo que: 51,2% usaram álcool; 11,0% usaram tabaco; 7,80% solventes; 2,0% ansiolíticos e 1,8% já haviam se utilizado de anfetaminícos nesta faixa etária (Carlini, Moto, Galdoróz et al.1999). Nas 10 capitais pesquisadas, cresceu o uso freqüente de maconha entre crianças e adolescentes. O uso freqüente de cocaína e de álcool aumentou em seis capitais. O estudo destaca que o uso pesado de drogas, isto é, 20 vezes ou mais no mês, também ocorreu um aumento nas 10 capitais do uso de maconha e, em oito capitais foi de álcool.(CEBRID, 1998).

Os anfetamínicos (inibidores do apetite à base de drogas como anfepramona, fenproporex e mazindol) aparecem entre as quatro drogas mais utilizadas pelos estudantes nos quatro levantamentos realizados pelo CEBRID (87, 89, 93 e 97), ao excluírem da análise o tabaco e o álcool.

No IV Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre estudantes de 1º e 2º graus- 1997 os medicamentos com substâncias do tipo anfetamina mais citados foram Inibex; e Moderex. Para os pesquisadores como acontece para os ansiolíticos, os medicamentos anfetamínicos são nitidamente mais utilizados entre os estudantes do sexo feminino, quando comparados ao masculino, tendência que tem se mantido ao longo dos anos. Tal hábito das mulheres provavelmente seja atribuído às exigências que a sociedade estabelece como padrão de beleza um corpo magérrimo, como os corpos esquádrilos das modelos. Tanto é verdade que os casos de anorexia nervosa têm aumentado, e geralmente este problema inicia-se após um regime mal conduzido na adolescência. Neste estudo observa-se que a tendência do uso na vida de anfetamínicos cresceu em quatro capitais (Belém, Curitiba, Fortaleza e Recife). A análise da tendência do uso freqüente (uso de seis vezes ou mais no mês) mostrou aumento em quatro capitais (Belém, Fortaleza, Porto Alegre e Recife). O uso pesado (vinte vezes ou mais no mês) também foi observado uma tendência a um crescimento em três capitais (Fortaleza, Porto Alegre e Recife).Este comportamento pode levar a dependência colocando em risco a saúde do usuário (Carlini, Galduróz, Moto, UNIFESP,CEBRID,1999).

No II Levantamento Nacional sobre o uso indevido de drogas por crianças e adolescentes em situações de rua os resultados apresentaram um quadro preocupante. 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 50, 5% em Recife. As drogas mais comumente usadas são o tabaco, com o uso diário de 71% em São Paulo e 68, 5% em Recife; os inalantes, com 42% em Recife e 24, 5% em São Paulo; a maconha com 25% em Recife e 13, 5% em Fortaleza; e o álcool 29% em Recife e 6,5% em São Paulo. Os maiores consumidores cocaína e derivados estão nas capitais do Sudeste do

país 6% em São Paulo e 4, 5% no Rio de Janeiro, e os anticolinérgicos nas capitais nordestinas com 18, 5% em Recife e 8% em Fortaleza (Carlini, et al., CEBRID, UNIFESP, 1990).

Segundo as pesquisas da Coordenação Nacional do Controle do Tabagismo e Prevenção Primário do Câncer (CONTAPP) do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID,1999) revelam que os jovens experimentam o primeiro cigarro aos 12 anos e cerca de 50% irão se tornar dependentes da nicotina.

O Ministério da Saúde do Brasil alerta "os pré-adolescentes brasileiros, principalmente as meninas, estão fumando cada vez mais cedo". Este fato tem chamado a atenção dos médicos do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria que advertem dos riscos que os jovens estão correndo caso continuarem usando cigarro regularmente, sofrerão de doenças cardiovasculares e câncer, entre 30 a 40 anos, fase esta mais produtiva da vida.

Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que 75% dos fumantes na América Latina passaram a consumir cigarro entre os 14 a 17 anos, ou seja, em plena adolescência.

O médico David Kessler, da Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (FDA) classifica o hábito de fumar como uma doença pediátrica "A dependência da nicotina tem início quando a maioria dos fumantes ainda é adolescente".

Na pesquisa realizada pelo CEBRID em 1993 quando foram entrevistados 24.634 estudantes do Primeiro e Segundo Graus em dez capitais brasileiras os resultados apontam que 5,3% dos jovens usaram cigarro regularmente. O Ministério da Saúde estima que esse percentual chegue a 7,9%. Na faixa etária de 16 a 18 anos o índice é de 15%. Das drogas consumidas, o maior percentual ainda é dos usuários de bebidas alcoólicas. Apenas 0,6% usavam maconha com freqüência. Os dados do CEBRID revelam que o percentual de experimentação de cigarro (uso pelo menos uma vez na vida) entre os jovens brasileiros passa de 21% em 1987 para 28% em 1993 (Carlini, et al.,1994; CEBRID, 1994).

Este último índice é semelhante aos observados pela equipe do CONTAPP/INCA. As pesquisas realizadas pelo INCA com 1.227 crianças e adolescentes, na faixa etárias de 10 a 16 anos, de quatro escolas na zona sul do Rio de Janeiro obteve um índice de experimentação de cigarro de 27,1%, sendo 23,8% de meninos e 30,6% meninas. A maioria dos estudantes acendeu um cigarro pela primeira vez entre 12 e 14 anos. Segundo a médica Luísa Goldfarb, gerente do projeto unidades escolares do CONTAPP/INCA "cerca de 50% desses jovens que experimentaram cigarro vão se tornar dependentes de nicotina, para isso ocorrer são necessário apenas cem cigarros ou cinco maços para passar de experimentador para usuário. Mais de a 90% dos fumantes adquiriram este hábito antes dos 18 anos" (SENAD, CEBRID,1999).

Para a médica Maria das Graças Rodrigues de Oliveira do Grupo de Pneumologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais o uso do cigarro na infância e na adolescência é preocupante, pois 90% dos fumantes ficam dependentes da nicotina até os 19 anos. Aponta que os estudos mostram que dos adolescentes que começaram a fumar, cerca de 70 vêm de famílias de pais tabagistas ou permitem que seus filhos fumem.

No país o tabaco é a segunda droga mais usada na infância e na adolescência. O cigarro é apontado como a porta de entrada para o uso de drogas ilícitas. Adolescentes fumantes entre idade de 12 a 17 anos tem 50 vezes mais chances de usarem cocaína e 12 vezes mais propensão de usar heroína do que os não fumantes. Embora a venda de cigarros a menores de 18 anos seja proibida por lei os jovens não encontram dificuldades para comprá-los (CEBRID,1999).

Outro médico, Fernando Antezana, diretor da Organização Mundial de Saúde (OMS) adverte que é preciso tomar medidas urgentes para evitar a dependência à nicotina. É preocupante a situação de muitos países, pois o uso do tabaco está crescendo entre os jovens, enquanto a idade de início do hábito de fumar está decrescendo. Se os jovens não adquirirem o hábito de fumar antes dos 20 anos é provável que não fumarão na fase adulta. A OMS estima que de cada dois fumantes que iniciam a fumar ainda jovens e persistem no hábito, um morrerá por doenças relacionadas ao tabaco. Pesquisas mostram que na América Latina 150 mil mortes por ano são causadas pelo tabaco. E a previsão para o ano 2020, é que o tabaco irá matar 400 mil pessoas. Ele é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão; 80% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar; 25% dos casos de doenças coronarianas e de derrame A.V.C. (CEBRID, 1999).

Muza, Bettiol, et al. (1997), apresentam um estudo sobre taxas de prevalência do consumo de substâncias psicoativas numa amostra de 1.025 adolescentes escolares de 1º e 2º graus de escolas públicas e privadas de Ribeirão Preto/SP, com idade entre 14 a 18 anos, de ambos os sexos. Os resultados do estudo revelam que, da amostra; 88,9% consumiram bebidas alcoólicas alguma vez na vida; 37,7% utilizam o tabaco; 31,1% os solventes; 10,5% os medicamentos; 6,8% a maconha; 2,7% a cocaína; 1,6% os alucinógenos e 0,3% consumiram alguma substância a base de opiáceos. As taxas de consumo cresceram com a idade para todas as substâncias; no entanto o uso de tabaco e de substâncias ilícitas mostrou um decréscimo nos anos que compreendem o final da adolescência (18-19 anos). O estudo revelou que os meninos consumiram mais que as meninas exceto para os medicamentos, as meninas estavam consumindo barbitúricos, anfetaminas e tranqüilizantes em proporções semelhantes ou maiores que os meninos. A idade da primeira experiência mostrou que o acesso a substâncias psicoativas ocorreu em idades bem precoces (14 a 16 anos), exceto para as bebidas alcoólicas, cuja primeira experiência ocorreu preferencialmente, antes dos 11 anos de idade.

O II Levantamento de consumo de drogas por estudantes 1º e 2º grau público, Porto Alegre–RS-1994, mostra resultados semelhantes a pesquisas anteriores, sendo as bebidas alcoólicas e o tabaco as duas drogas mais consumidas por adolescentes de ambos os sexos. Destacou que existem diferenças no consumo de drogas entre os rapazes e as moças. Entre as drogas de uso ilícito, os rapazes consumiram maconha, solventes, cocaína; entre o grupo dos medicamentos, ansiolíticos, as anfetaminas, os anticolinérgicos, os barbitúricos, os alucinógenos, opiáceos, já os xaropes e os anorexigenos são os de menor porcentagem na ordem de uso na vida. Os resultados revelam que as adolescentes estavam usando mais drogas de uso lícito e ilícito do que os rapazes. Elas estão bebendo, fumando, usando solventes, ingerindo tranqüilizantes, anfetaminas, barbitúricos, anticolinérgicos, orixígenos, e somente a maconha e a cocaína estava sendo usando em menor percentual que os rapazes (CEBRID, 1996).

A pesquisa "*Motivos a Drogadicção*", realizada (Krowczuk, 1997a, 1997b) em escolas públicas no sul do país possibilitou conhecer as inúmeras atribuições que os

adolescentes de 14 a 20 anos justificam para o uso de álcool, tabaco, dos medicamentos e drogas de uso ilícito, destacando-se as Motivações Sociais, as Experimentais, as Sintomatológicas e as motivações Psicocognitivas de acordo com o grau de importância para os sujeitos.

Quanto às drogas de uso ilícito, os rapazes fizeram uso de solventes, 19,40%, maconha 16,42%; cocaína e alucinógenos 5,98%; e os opiáceos 1,49%. As moças que fizeram uso de maconha, 33,33%; de solventes, 31,88%, de cocaína 5,8%; e os alucinógenos 5,80%. Fizeram uso na qualidade de experimentadores 66,67% dos rapazes e 60,0% das moças. Mantêm-se usuários/dependentes 11,94% dos rapazes e 17,39% das moças. O preocupante está no maior uso de "multidrogas" entre idade de 13 a 16 anos, eles tiveram a primeira experiência com drogas entre 10 e 12 anos. As taxas de consumo cresceram entre 10 a 16 anos para todas as substancias psicoativas, no entanto o uso de tabaco, cocaína, maconha, solventes e alucinógenos mostram um decréscimo nos anos que compreendem o final da adolescência. O estudo constata que os adolescentes do sexo feminino usam e abusam das drogas lícitas e ilícitas em maior percentual do que os do sexo masculino (Krowczuk, 1997a, 1997b).

Uma pesquisa qualitativa e quantitativa realizada em uma escola pública de Porto Alegre - RS buscou desvendar perfis de 200 escolares, com idade de 11 a 21 anos, de ambos os sexos, nas áreas biofisicopsicossocial, e cientifico cultural sobre motivos, tendências e hábitos de uso de drogas álcool e tabaco (alunos e pais) (Krowczuk,1991).

Resultados do estudo revelou que 27,0% de escolares utilizavam o tabaco; 47,5% consumiam bebida alcoólica todos os fins de semana e, 6,0% dos jovens eram dependentes de álcool com idade de 10 a 19 anos; 61,0% bebiam em grupo. Locais preferidos para consumo, 61,5% em reuniões sociais e bares; em sua residência 16% e sozinhos 13,5% dos jovens de ambos os sexos bebiam para não sentirem depressão. Os motivos atribuídos para o uso de drogas pelos adolescentes eram: para sentir prazer, aliviar a angustia, a insegurança, controlar a depressão, melhorar o desempenho sexual e das relações interpessoais. Quanto aos hábitos de consumo de drogas pelos pais, 26% estavam dependentes do álcool/uso diário; 31% bebiam em media três dias/semanal e, 53% dos pais consumiam álcool todos os fins de semana. O estudo revelou que 49% dos escolares não tinham qualquer conhecimento sobre os danos que o consumo do álcool e do tabaco causa ao organismo e afeta seu desenvolvimento biopsicossocial. (Krowczuk, 1991).

Outro estudo (Pechansky, Soibelman, 1992) para conhecer a realidade do uso de substancias psicoativas entre alunos de 10 a 18 anos, de uma escola privada de classe média alta de Porto Alegre - RS, mostrou que fizeram uso na vida entre 16 e 18 anos, 97,4% alunos e 98,4% alunas haviam usado bebidas alcoólicas; tabaco 41% dos rapazes e 54,8% das moças. Outras substâncias psicoativas usaram os rapazes: solventes 53,8%; maconha 42,3%; seguido uso de ansiolíticos, anfetaminas 14,1%; cocaína 9%; xaropes e opiáceos.

As moças fizeram o uso de maconha, 48,4%; solventes 43,5%, anfetaminas 19,7%; cocaína 9,7%; ansiolíticos, xaropes e opiáceos. Os dados apontaram que alunos de classe média alta, com alto poder aquisitivo referem ter usado alguma vez na vida diversas substancias psicoativas tanto de uso lícito como ilícito.

Entre as moças, na faixa de 13 a 15 anos, a proporção do consumo é duas vezes maior se comparado com os dados de Carlini et al./89. (Pechansky, Soibelman, 1992).

No jornal local (RS) Zero Hora nestes últimos nove anos encontramos duas matérias: uma em 1993, com o título "Saúde Combate a Venda Ilegal de Remédios", e outra "Abuso de Anfetaminas Leva um Jovem a Morte". Em 1994, no dia Mundial de Combate às Drogas a imprensa local divulgou uma pesquisa realizada entre os anos de 1987 a 1992, com estudantes de 1º e 2º graus da rede pública de ensino de Porto Alegre, onde apontou que a partir de dez anos de idade (crianças e adolescentes) o consumo de tranqüilizantes aumentou em 48,0% e o de anfetaminas em 57,0%.

Cruz (1994) analisou dados obtidos de 94 trabalhos escolares sobre prevenção do abuso de drogas, realizados por alunos de 1º e 2º graus de Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Ceará por solicitação dos professores. Os resultados apontam que a heroína, cocaína, maconha, LSD e ópio são citados em mais de 90% dos trabalhos. Por outro lado, álcool e fumo são mencionados em 40% dos trabalhos e os anorexígenas, xaropes e vários solventes por menos de 20% dos alunos. Quando comparados aos dados do III Levantamento Nacional Sobre o Consumo de psicotrópicos feito pelo CEBRID em 1993, observa-se que o álcool, fumo, os solventes e tranqüilizantes foram às drogas de maior consumo entre os estudantes; já a heroína, o LSD e o ópio pouco conhecidos e a cocaína utilizada em baixa percentagem pelos nossos estudantes.

Um estudo sobre o consumo de benzodiazepínicos com 480 habitantes de Porto Alegre com idade superior a 18 anos apontou a prevalência do uso na vida 46,7%, no ultimo ano 21,3% e, ultimo mês foram 13,1%. O uso de substancias químicas para aliviar a ansiedade e prevalência foi maior entre as mulheres, viúvas ou separadas. Mais de 40% dos sujeitos relataram uso freqüente de substancias caseiras para se acalmar, sendo 28,8% prevalência do uso último mês (Wortman, et al., 1994).

Outro estudo sobre o "*Perfil de automedicação no Brasil*" Arrais, et al. (1997) observou que são as mulheres com idade entre 16 a 45 anos e, os homens em idades extremas 0-15 e 56-65 anos são os que mais se automedicam. Seguem orientações de pessoas leigas 51%, e das prescrições médicas anteriores 40% dos sujeitos. O sub-grupo terapêutico usado com maior freqüência são os analgésicos 65%; antiinflamatório, anti-reumático 82%; antibiótico/quimioterápicos sistêmicos 79%; hormônios sexuais 84,0%, e antiasmático 75%. Os motivos atribuídos para automedicação são as infecções respiratórias 19,0%; dores de cabeça 12,0%; dispepsia/ má digestão 7,3%. Observou, o estudo, que 24,3% dos casos os motivos para consumir são relacionados a sintomas como dor de cabeça, dor muscular, cólicas, dismenorréias, etc; e 21% com quadros viróticos e diarréia. Os sujeitos com idade acima de 55 anos se automedicam por problemas vasculares 19,0%; dores músculos - esqueléticos 12,0%; dor de cabeça 10,0%. A automedicação no Brasil reflete as carências e hábitos da população influenciada pela prescrição médica e tem sua qualidade prejudicada pela baixa seletividade dos funcionários do mercado farmacêutico.

O Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) da Prefeitura do Município de Vitória/ES, em seu relatório (1994) revelou que no 2º semestre de 1993, foram atendidos 161 pacientes sendo 87,57% do sexo masculino e, 64,53% dos casos, se encontravam na faixa etária dos 26 aos 45 anos. Quanto ao tratamento por tipo de droga usada, o álcool foi o responsável por 86, 52% dos casos masculinos e 55, 50% dos femininos; a maconha ocupou o segundo lugar em ambos os sexos, e a cocaína o terceiro entre os homens e o quarto entre as mulheres. Quanto ao abuso de medicamentos ocorreu maior número de casos entre as mulheres 25%, e apenas 3,5% do sexo masculino.

Estudos realizados nos EUA e Europa, para verificar a associação entre drogas e o aumento da violência e a criminalidade especialmente nos centros urbanos apontam que existe uma relação entre desemprego, a violência e o tráfico e consumo de drogas.

A pesquisa realizada no Brasil pelo Departamento de Investigação sobre Drogas (DENARC) de São Paulo, em 1997 com 981 traficantes, usuários e dependentes de drogas, revela que, de cada 100 traficantes, 75 estão desempregados, e de cada 100 usuários e dependentes, 76 estão igualmente desempregados. Quanto à escolaridade, do total de traficantes presos pelo DENARC, no ano de 1997, 87,4 % estudaram até o primeiro grau completo. A pesquisa também revelou que a grande maioria dos usuários e dependentes detidos têm entre 15 e 30 anos de idade (DENARC, SENAD,1999; CEBRID,1999).

Este estudo mostra o perfil de uma população jovem com baixa escolaridade, que sofre os efeitos do desemprego e revela a distribuição desigual de riqueza, e em decorrência encontra-se impossibilitada para a inserção e a competição no mercado de trabalho, partindo para o exercício de trabalho ilegal, o tráfico de substâncias ilícitas e ou de usuários. (SENAD, 1998; CEBRID, 1999).

Estudos realizados no Brasil mostram a relação entre consumo de psicotrópicos e os atos de violência. De acordo com os resultados da pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo dos EUA, em 1997, o uso excessivo de bebida alcoólica é um fator observado em 68% dos homicídios culposos, 62% dos assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos no país. Este estudo alerta que o uso de álcool é responsável pelo crescente aumento de violência doméstica: cerca de dois terços dos casos de espancamento de crianças ocorre quando os pais agressores estão embriagados. Outra ocorrência é as constantes agressões entre maridos e mulher. (ALCOHOLALERT, 1997; SENAD, 1998).

Em 1996, Pesquisadores do CEBRID analisaram mais de 19.000 laudos cadavéricos emitidos entre 1986 a 1993 no Instituto Médico Legal Central de São Paulo. O estudo contatou que neste período de cada 100 corpos que entraram no IML vítimas de morte não natural, 95 tinham álcool no sangue.

Em 1997, um estudo realizado nas cidades de Recife, Brasília, Curitiba e Salvador para conhecer a existência de uma relação entre acidentes de trânsito e o uso de drogas, revelou a alta presença do uso de drogas, especialmente de álcool, nas situações de violência no trânsito, comprovando assim a média para as quatro cidades de 61% de casos de alcoolemia positiva entre as pessoas envolvidas.

O uso de outras substâncias psicoativas pelas pessoas envolvidas em acidentes de trânsito foi ratificado em diferentes proporções para cada cidade. Os resultados apontam que no Recife, uma em cada 10 vítimas de acidentes havia feito uso de maconha (10%), o abuso do percentual detectado em Brasília 4, 5%. Quanto ao uso de cocaína, não houve a detectação entre os acidentados de Recife, mas nas outras três cidades os valores oscilam entre 3,8% em Salvador; 3,4% em Brasília e 3% em Curitiba. Também foi constatado o uso de outras substâncias como os Benzodiazepínicos 3, 4%; Barbitúricos 1,5%; Anfetamínicos 0,6%, e Opióides 0,3%.

Em outra pesquisa realizada no período do carnaval, na cidade de Recife, observaram que 88,2% das vítimas fatais de acidentes de trânsito haviam consumido álcool. (Melcop,et al,

1997; SENAD, 1999).

O estudo coordenado pelo CETAD (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - UFBA) e Instituto RAID (Instituto Recife de Atenção Integral às Dependências) em parceria com a ABDETRAN (Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito), envolveu quatro capitais brasileiras: Salvador, Recife, Brasília e Curitiba.

No estudo foram incluídos os casos de acidentes de trânsito que deram entrada em Unidades de Emergência ao longo do período de uma semana (de 26/8 a 02/9) no ano de 1997. Foram levantados dados referentes ao acidente em questão (horário, tipo de acidente, veículo envolvido, entre outros), caracterização do acidentado (idade, sexo, escolaridade, se tinha carteira de habilitação, se estava usando capacete, cinto de segurança, entre outros) e análise laboratorial para dosagem de substâncias psicotrópicas. A aferição de alcoolemia foi realizada em 865 vítimas de acidentes, encontrando-se um percentual de 61% com presença de algum nível de álcool no sangue (>0,1g/l) e em quase um terço da amostra (27,2%) a quantidade excedia o valor de 0,6g/l, que é o limite permitido pelo novo Código Nacional de Trânsito.

Entre as outras drogas pesquisadas, a maconha foi encontrada na amostra de urina de 7,7% dos 727 acidentados onde se realizou este tipo de exame. Os diazepínicos foram detectados em 3,4%; cocaína em 2,3%; barbitúricos 1,5%; anfetaminas 0,6% e opiáceos 0,3% (ABDETRAN, 1998).

O programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo apresentou resultados obtidos com o estudo sobre mortalidade por causas relacionadas pelo uso de álcool no Município de São Paulo em 1995. O estudo revelou que este grupo de causas foi responsável por 1,7% do total de mortes, ocupando o décimo terceiro lugar no "ranking" das causas entre os óbitos ocorridos no sexo masculino, estes agravos representaram 2,5%, sendo a nona causa de morte neste sexo. A faixa etária de 30 a 49 anos por estes agravos foi a mais atingida, ocorreu a maior concentração de óbitos 10,6%, ocupando a quinta posição entre as causas de morte neste grupo etário. Em 1995, do total de 1.112 óbitos por causas relacionadas pelo uso de álcool, 52,8% tratava-se de alcoolismo crônico; 46,7% de doença crônica do fígado e cirrose hepática devido ao álcool; e 0,5% deles por psicose alcoólica. Quase 90% dos óbitos deste grupo de causas ocorreram no sexo masculino. Entre os homens a faixa etária de 30 a 49 anos concentra 60,3% das mortes. O estudo revelou que está ocorrendo uma precocidade das mortes por causas relacionadas ao uso de álcool e da relevância deste problema para a saúde pública (PRO-AIM, 1995, n. 21; CEBRID, 1999).

Um estudo realizado em 1993 pela Federação das Industrias do Estado de São Paulo - FIESP com trabalhadores para verificar a ocorrência de problemas relacionados ao uso de drogas e sua influência no trabalho, tanto no que diz respeito à segurança física e social do trabalhador, quanto à produtividade das empresas.

Os resultados da pesquisa apontam que de 10 a 15% dos empregados tem problemas de dependência de drogas e que este abuso: é responsável por três vezes mais **Licenças Médicas** que outras doenças; aumenta cinco vezes a chance de **Acidentes de Trabalho**; é responsável por 50% de Absenteísmo e Licenças Médicas; leva à utilização de oito vezes mais **Diárias Hospitalares**; leva a família a utilizar três vezes mais **Assistência Médica e Social**. (Waismann, 1995).

Os dados apresentados foram confirmados por outras pesquisas realizadas junto a trabalhadores. (Dias, et al., 1997; Campana, 1997 In: SENAD,1999; SENAD, 1998).

Em 1998 em Porto Alegre/RS aconteceu o I Congresso Mercosul para Prevenção de Drogas no Trabalho e na Família. Promovido pela UNDCP (Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas) quando foram relatados aspectos importantes sobre o problema de abusos de drogas no Rio Grande do Sul (RS) sendo alguns trechos: Em 1997, nada menos que 50% dos trabalhadores de indústrias do RS bebiam sistematicamente, enquanto 31% ocasionalmente; Segundo os dados, seis em cada 100 pesquisados admitiram beber durante os intervalos de trabalho, e 1,4% do total informou necessitar de um primeiro gole pela manhã, antes de iniciar o expediente, mais de um terço, 37% dos entrevistados diziam haver faltado ao trabalho nos 12 meses anteriores ao levantamento por se sentirem doentes ou incapacitados. Significativamente, 19% avaliaram que suas faltas, atrasos, ou até mesmo, acidentes de trabalho poderiam estar relacionado ao consumo de bebidas ou drogas.

Os dados (1997) mostraram que oito entre cada 10 trabalhadores gostariam de receber orientações a propósito dos meios e mais adequados para ajudar a si mesmos e a seus familiares sobre problemas relacionados ao uso de álcool, cigarros e drogas. E 7 entre 10 empregados gostariam que as informações e este respeito chegassem também às famílias.

Pedroso (1999) divulga no Jornal Zero Hora de Porto Alegre (RS), uma matéria com o título “Programa de Prevenção Reduz Consumo de Drogas”, divulgou parte do estudo de uma parceria desenvolvida há quatro anos entre o Serviço Social da Indústria (SESI) e o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP) que auxilia governos e instituições no combate ao tráfico e ao consumo de drogas.

Trata-se de um estudo que vem sendo realizado desde 1995, junto a 48.000 trabalhadores de 47 empresas públicas e privadas do Rio Grande do Sul que aderiram ao projeto de Prevenção ao Uso de Drogas (lícitas e ilícitas) no Trabalho e na Família.

Os resultados obtidos até 1999 correspondem à pesquisa realizada com 20 mil funcionários, de 22 empresas que concluíram os 18 meses de três etapas do programa. Este estudo revelou que foi reduzido em 70%, nos últimos quatro anos, o número de trabalhadores que usam drogas ilícitas; o total de fumantes decresceu 13%; o número de acidentes no trabalho reduziu a 37%; o número de faltas reduziu em 14% ; e os atrasos foram reduzidos em 29% .Estes resultados apontam uma provável redução de custos para as empresas que aderiram ao projeto parceria com o UNDCP.

Segundo o estudo, 78% dos trabalhadores consultados afirmam que ao participarem do projeto, aprenderam lições importantes para a saúde pessoal e familiar. (Pedroso, Jorn.Zero Hora, nov., 1999)

As pesquisas realizadas no país desde 1982, para verificar as taxas de prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI) apontam que a partir de 1985, o número de casos de AIDS entre esta população vem aumentando significativamente. Em 1982 foi registrado o primeiro caso de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis; em 1985 este número representava 2,7% do total (14 casos); já em 1990 chegou a 18,2% (736 casos); em 1998 cerca dos 25% dos casos notificados ao Ministério da Saúde estavam relacionados com o uso de drogas injetáveis.

No país a cocaína é a droga mais utilizada pelos UDI, muitos destes usuários compartilham agulhas e seringas, e se expõem ao contágio de várias doenças tais como: as hepatites, a malária, a dengue e a AIDS. Tal prática atualmente é o fator de risco mais importante para a transmissão de HIV.

Segundo dados do "Projeto Brasil", um estudo epidemiológico realizado entre 1995 e 1996 com 701 UDI, envolvendo vários centros do país, e coordenado pelo Instituto de Estudo e Pesquisas em AIDS de Santos (IEPAS) revelou que as taxas de prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis chegam a 71% em Itajaí (SC); 64% em Santos (SP) e 51% em Salvador (BA). Nas quatro cidades pesquisadas (Santos, Salvador, Rio de Janeiro e Itajaí) o índice de compartilhamento de seringas oscila de 56% na região Centro Oeste a 85% no Sul. Nas regiões de São Paulo (Santos) e Santa Catarina (Itajaí) o uso de drogas injetáveis está associado a cerca de 50% de todos os casos de AIDS. No âmbito nacional, 21,3% dos casos de AIDS registrados até maio 1997, refere-se a categoria de drogas injetáveis. A transmissão através de compartilhamento de seringas é também um dos fatores responsável pelo crescimento do número de casos de AIDS entre as mulheres, parceiros sexuais dos usuários e, conseqüentemente a AIDS pediátrica. (SENAD, 1998; CEBRID, 1999).

CONSIDERAÇÕES

As contribuições das investigações epidemiológicas sobre o consumo de drogas na sociedade possibilitam mostrar o perfil epidemiológico de consumidores, a incidência, a prevalência, bem como identificar e determinar os fatores de risco e quais são os fatores determinantes de proteção ao uso e abuso e configuração de drogadependência. Permitem ainda estudar a evolução dos usuários e concentrar esforços direcionados as intervenções de prevenção, tratamento e reeducação para reinserção social dos drogadependentes/ dependentes químicos.

Os resultados das pesquisas epidemiológicas e sociológicas descritas neste capítulo possibilitam uma visão ampla num processo evolutivo do que vem ocorrendo nas últimas quatro décadas em países como Estados Unidos da América, da Europa Ocidental, Central e Oriental, na Espanha e no Brasil. Os resultados apresentados são amostras representativas de população de crianças e adolescentes de rua e nas ruas, de estudantes adolescentes, pré-adolescentes, com idades entre 8 a 18 anos, e adultos jovens, estudantes universitários e trabalhadores , condutores de veículos, etc. Os dados até então divulgados, têm servido de referência para inúmeros estudos longitudinais voltados a compreensão do fenômeno do consumo de álcool, tabaco e de outras drogas na adolescência, do conhecimento dos problemas ocasionados pelo consumo de substâncias ilícitas, de necessidades de programas de intervenção preventiva precoce junto à população pré-adolescente e de adolescentes, de jovens tanto no ambiente escolar como nas comunidades.

A epidemiologia da drogadependencia desenvolve investigações centradas em dois tipos de abordagens, os trabalhos de orientação demográfica, concentrados, principalmente, no estado da coletividade, e aqueles mais psicosociológicos, que procuram ser mais abrangentes, sendo seu objetivo pesquisar, nos indivíduos afetados, aqueles fatores predeterminantes de risco, quer sejam eles resultantes das condições de personalidade, familiares e sócio-ambientais (nível microssocial e macrossócio-cultural).

CAPÍTULO V
MODELOS INTERNACIONAIS DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS

INTRODUÇÃO

Neste capítulo apresentamos os modelos internacionais de prevenção ao uso e abuso de drogas até então implementados junto a populações jovens, e divulgados por organismos internacionais como a OEA-Organização dos Estados Americanos (1986),a UNESCO (1987), a OMS- Organização Mundial da Saúde (1988) e a ONU (Charconnet, 1990),Nowlis (1982).

Inicialmente apresentamos a análise realizada sobre os *modelos clássicos* de prevenção ao uso indevido de drogas (Nowlis,1982) implementados e divulgados, destacamos seus objetivos até então norteadores de abordagens interventivas adotadas internacionalmente e inclusive no Brasil. A partir de seus distintos pressupostos ideológicos e divergências, especialmente, quanto aos tipos de abordagens interventivas e recomendações procuramos destacar as características próprias de cada um dos seguintes enfoques ou modelos : jurídico-moral; médico sanitário ou de saúde pública; psico-social; sócio-cultural que apresentamos no Quadro II, onde se destacam seus fins, fundamentos, estratégias de ação, vantagens, principais desvantagens (aspectos negativos) e como cada modelo se relaciona com os estereótipos sociais.

A seguir são examinadas as posturas ideológicas e políticas que orientam a adoção de determinados modelos de prevenção ao uso e abuso de drogas no sistema educacional internacional e no país.

Apresentamos as propostas de pesquisadores e estudiosos preocupados com o problema do surgimento do uso de drogas legais e ilegais entre os jovens dentro do sistema educacional e na comunidade. Destacamos a relevância de um diagnóstico dos fatores de risco, indutores ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, ou seja, a necessidade de ter uma visão dos fatores psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais da população alvo de programas de prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas . A partir do resultado dos estudos norteadores de abordagens voltadas a programas de prevenção ao uso indevido de drogas, apresentamos três propostas distintas de *linhas de ação preventiva no contexto escolar* (estudantes, professores e pais), sendo: o aumento do controle social, o oferecimento de alternativas "mais sedutoras" e a educação para a saúde.

Aprofundamos o estudo dos modelos pedagógicos de prevenção ao uso e abuso de drogas com suas distintas ideologias de abordagens de ação educacional preventiva junto à população de estudantes do ensino fundamental e médio (1º e 2º grau) e jovens na comunidade.

Finalmente a partir dos pressupostos ideológicos e filosóficos procuramos destacar as características próprias de cada um dos seguintes modelos pedagógicos com suas respectivas estratégias de ação: do princípio moral; do amedrontamento; do conhecimento científico; da educação afetiva; de estilo de vida saudável; e da pressão positiva do grupo de iguais/pares, amigos de jovens. Apresentamos uma síntese de cada modelo no Quadro III, onde se

destacam seus fins, fundamentos, estratégias de ação, vantagens e principais desvantagens (aspectos negativos).

1 MODELOS CLÁSSICOS DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS

Nos últimos quinze anos organismos internacionais como a OEA (1986), a UNESCO (1987), a OMS (1988) e a ONU (Charconnet, 1990) têm divulgado experiências de implantação de modelos internacionais de prevenção ao uso indevido de drogas junto a populações jovens. Tais modelos apresentam diferentes pressupostos ideológicos e, divergem, principalmente, quanto aos tipos de abordagens interventivas e recomendações. Numa análise reflexiva de suas ações programadas é possível identificar em seus objetivos interesses diversos. Estando elas vinculadas a hegemonia de poder (econômico, político, religioso, etc.), porque seu sistema de crenças e de valores é que determinam o que é bom ou não para a sociedade.

Ainda é possível identificar nos modelos objetivos poucos transparentes e desvinculados do contexto sócio-cultural e suas atividades ou recomendações, na maioria são repressivas. Quanto às recomendações apresentadas para serem desenvolvidas em programas educativos voltados somente para a população jovem, esquecendo que a drogadicção também ocorre entre os adultos.

As drogas na sociedade estão vinculadas a diferentes questões éticas (tipos de abordagens interventivas, etc.), filosóficas e dos valores socialmente aceitos e, norteadores de programas de prevenção ao uso indevido de drogas.

Os modelos clássicos de prevenção ao uso de drogas, norteadores de abordagens interventivas, adotadas internacionalmente e inclusive no Brasil, são conhecidos pela conotação repressiva, moralista, puritana, informativos, assim como reveladores de comportamentos e características emocionais individuais e do contexto sócio-cultural dos usuários de drogas.

Apresentamos os enfoques ou modelos que tem caracterizado as ações preventivas. Estes enfoques, sustentados em distintas conceituações do fenômeno do uso de drogas, têm sido adotados e experienciados a partir de diferentes estratégias de intervenção.

1.1 Distintos Enfoques ou Modelos de Prevenção ao Uso de Drogas.

Os programas de intervenção preventiva ao uso indevido de drogas, ao longo do tempo, vêm adotando estratégias conducentes a ocorrências de mudanças de conduta da pessoa, tanto em relação ao consumo de drogas como em relação a qualquer outro aspecto que diz respeito à relação recíproca e dinâmica entre a substância, indivíduo e o contexto no qual este realiza o consumo. Partindo destas variáveis "substância, indivíduo e contexto" explicativas deste complexo fenômeno Nowlis (1982) apresenta quatro enfoques ou modelos preventivos clássicos.

Estes enfoques têm características próprias de cada um, mas na realidade prática podem mesclar-se elementos de todos, eles coexistem os quatros.

A seguir podemos observar as características especificas de cada um.

1.1.1 O enfoque ou Modelo Jurídico-Moral

- **Dá prioridade** à substância, centra-se nas consideradas perigosas ou ilegais.

- **Seu Fundamento** é as drogas ilegais são por si mesmo as responsáveis, pelas drogadependências. Visualiza e considera a droga como um mal destrutivo, o indivíduo é a vítima que necessita ser protegida com medidas legislativas. Fundamentação mais cultural do que cientifica.

- **Suas estratégias de ação** são conducentes a:
  - Penalização da produção, a distribuição, a venda e a posse destas substâncias. Acredita ser possível reduzir sua disponibilidade, aumentando o preço, pressionando os indivíduos a não procurá-las assim evita o consumo.
  - Castigos ou ameaças de castigos, punição. Argumentos através do discurso, educação pelo medo, aplicam sanções administrativas pelo consumo público das substâncias ilegais.
  - **Seus agentes de prevenção** seriam os profissionais relacionados com a lei: juizes, polícias, etc.
  - **Na escola este enfoque será concretizado** através de palestras direcionadas aos alunos e, ou aos pais/mães, proferidas por profissionais relacionados com a ordem pública (polícia); presença policial na entrada principal da escola, colégios, etc.

- **Relaciona-se com os estereótipos sociais de:**
  - **Droga-Delinqüência** - especialmente determinados grupos de drogadependentes (adictos de heroína) que podem apresentar comportamentos delitivos e associam tal imagem com todo usuário de drogas. Este estereótipo marcado no usuário de drogas como um delinqüente, provoca reações de rechaço social a pessoa que consome ou já consumiu drogas ilegais.
  - **Droga - droga ilegal** - atribui exclusivamente às substâncias especialmente a heroína (droga ilegal). Faz distinção às drogas legais como: álcool, tabaco, medicamentos, mas não as consideram drogas. Banalização dos efeitos das drogas legais e a excessiva dramatização das ilegais.
  - **Prevenção - Informação** - se identifica com o prestar informações sobre a substância por considerar a estratégia mais adequada a prevenção.

- **Principais desvantagens** (aspectos negativos) são...
  - O castigo ou a ameaça de castigo não impede a revelação de um determinado comportamento. O rigor de vigilância passa a ser interpretado como um atentado contra os valores sociais e a repressão como a perda da liberdade individual. O castigo pode contribuir para atrair determinados grupos de consumidores ou possíveis adeptos.

Este **modelo juridico-moral** destaca o aspecto da proibição legal, o perigo das drogas e do caminho a drogadição. Apontam os riscos para a sociedade. O usuário é considerado um infrator ou uma vítima. A abordagem volta-se para medidas de controle do acesso à droga, porque ela corrompe a alma e a sociedade, fere seus valores morais e religiosos. Assume o controle de seu preço (valor no mercado), a punição aos infratores, no caso usuários e/ou

traficantes, apresenta e adverte quanto aos riscos físicos, psíquicos e sociais resultantes ao uso. Não tece considerações esclarecedoras de distinção entre uso e abuso de drogas. Demonstra preocupação com drogas ilícitas, omitindo-se em relação ao álcool e demais drogas lícitas.

1.1.2 Enfoque ou Modelo Médico-Sanitarista ou de Saúde Pública

- **Dá prioridade** a substância, enaltece seus efeitos sobre a saúde. Não faz distinção entre legal e ilegal.

- **Fundamenta-se** no modelo de Saúde Pública tradicional. As drogas devem ser tratadas como uma doença infecciosa. A droga é considerada o agente agressor, o indivíduo é o hospedeiro e finalmente teria o contexto e as condições ambientais. A substância é o agente ativo (vírus) e o sujeito deve ser protegido com medidas tipo sanitária. A pessoa é responsável pela sua saúde, devem considerá-la e evitar condutas que causam danos a si própria. Interpreta o uso de drogas como um desconhecimento dos riscos providos delas. Os indivíduos bem informados não as consumiriam por temer as enfermidades. Associa a informação à mudança de atitude e comportamento.

- **Suas estratégias ação** - manter os consumidores afastados, dos não consumidores internalizando o temor ao contágio. Identificar e tratar os indivíduos em risco. Destacar o trabalho educativo através de programas informativos, alertando os riscos de consumo de drogas como "ações de vacinação" para impedir o consumo, promover menor aceitação social. O problema do uso de drogas deve ser combatido através de prevenção e ser tratado como um problema médico.

- **Na escola este enfoque será concretizado** através de palestras direcionadas aos alunos e, ou pais/mães, proferidas por profissionais relacionados com a saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, etc.); cartazes, folhetos, folders voltados a comunidade escolar, onde são destacados os efeitos do uso indevido de drogas sobre a saúde física e sua estreita relação com a morte, destruição da vida.

- **Relaciona-se com os estereótipos de**
  - "**Drogadependente - enfermo"** - este estereótipos possibilita identificar os problemas puramente físicos causados pelas drogas, mas devem ser tratados em serviços de saúde (desintoxicação) especializados.
  - Outros estereótipos relacionados são "**prevenção - vacina**"; "**prevenção - informação**"; "**droga - morte**".

- **Principais desvantagens** (aspectos negativos) são semelhantes ao enfoque jurídico-moral.
  - É inaceitável considerar a droga um agente ativo ou agressor e, o indivíduo um agente passivo ou hospedeiro. Uma visão distorcida da interação indivíduo - substância - contexto.
  - As drogas não são vírus, são um grande equivoco, não podem ser combatidos através de uma vacina.
  - A saúde não é um valor exclusivo do adolescente.
  - O drogadependente considerado como um enfermo contribui para a ausência de responsabilidade, ele assume o papel de vítima atacado por forças externas incontroláveis.
  - É um enfoque puramente assistencial, visualiza os problemas externalizados não aprofunda até as causas multidimensionais do fenômeno. O indivíduo faz sua transição

do enfermo para a prisão que é o hospital para tratamento de desintoxicação.

O **modelo de saúde publica** está pautado em ações proibitivas do uso das drogas ilícitas ou para dificultar o acesso às drogas lícitas. Destaca que "ações de vacinação" são imprescindíveis para reverter à excessiva vulnerabilidade de determinadas pessoas expostas a riscos. O produto ainda ocupa lugar de destaque e as informações de caráter científico voltam-se para as dependências. A drogadição é vista como problema médico e não jurídico.

1.1.3 Enfoque ou Modelo Psico-Social

- **Da prioridade** ao indivíduo embora reconheça "a infinita complexidade de cada ser humano e a influência determinante de fatores psicológicos e do meio contextual, e a gênesis da forma da dependência" (Massun, 1992).

- **Fundamenta-se em** que o uso de droga revela a forma de uma expressão de um comportamento humano, que autoriza o indivíduo a satisfazer determinadas necessidades pessoais e sociais.
  - O uso de droga é explicado por sua funcionalidade; enquanto tem uma função a desempenhar para o indivíduo de acordo com suas características pessoais e num determinado contexto sócio-cultural.
  - O drogadependente não é considerado nem delinqüente e nem enfermo e, sim um indivíduo com problemas de adaptação, maturidade e ou conduta.
  - Suas estratégias de prevenção inespecífica têm relação com a promoção da saúde e da educação para a saúde com a prevenção do uso problemático de drogas. "Neste tipo de planejamento, as medidas propostas podem também ser aplicadas a outras condutas inadaptadas e destrutivas. (Vega Fuente, 1992)".

- **Suas estratégias de ação estão** centradas na redução da demanda. As medidas preventivas incidem sobre todas aqueles aspectos do desenvolvimento psicossocial do indivíduo e do meio em que ele se desenvolve. Estes aspectos podem vir a contribuírem para o surgimento de usos nocivos de drogas ou outras condutas de caracter destrutivo tais como a delinqüência, fugas prematuras do lar familiar, violência, suicídios, etc.
  - Presta informação numa abordagem distinta de outros enfoques, não tem a intencionalidade dos anteriores. As informações visam favorecer a tomada de decisões razoáveis e saudáveis quanto ao uso de drogas.
  - Sua efetividade visa estabelecer uma relação com os valores e estilos de vida do indivíduo ou grupo ao qual a estratégia está direcionada.

- **Na escola este enfoque será** concretizado através de incorporação de prevenção do uso de drogas dentro de um tema transversal de educação para a saúde.

- **Este enfoque teórico não se relaciona com nenhum estereótipo**, sua desvirtuação são os "**discursos estéticos**" e "**discursos inconcretos**".(Comas, 1992; Ramírez, 1993).

- **Principais desvantagens** (aspectos negativos)
  - Não leva em consideração as conseqüências físicas do consumo de drogas, nem o tratamento legal destas.
  - "Demonstra tendência a centrar sua atenção no contexto social mais próximo (familiar, grupo de amigos, comunidade) deixando de lado o contexto sociocultural mais amplo, onde surgem fatores macroeconômicos, políticos, culturais" (Vega Fuente, 1992).

O **modelo psico-social** destaca o indivíduo em seu contexto "cenário", atribui um grau de responsabilidade pelo consumo; ele enquanto agente ativo deve assumir as conseqüências pela adoção do tal comportamento. A droga tem um significado e uma função para indivíduo, poderá persistir no uso e tornar-se drogadicto ou abandoná-la ao descobrir que ela não tem a função esperada. As **diferenças** existem entre qualidades, freqüência, modalidades de utilização são destacadas porque essas diferenças desempenham papel importante para compreensão do usuário de drogas e das suas motivações. Portanto a investigação é conducente a traçar um perfil psico-social do usuário de drogas e a identificação do quanto o **contexto** influencia na indução ao abuso de drogas e dos problemas e ele associados, das reações diante deste comportamento e os reflexos das atitudes e comportamento para com outras pessoas. A apreensão das diferenças e a influência do contexto microsocial e do macrosocio-cultural são fatores destacados importantes à compreensão do usuário ou drogadicto.

1.1.4 Enfoque ou Modelo Sócio-Cultural

- **Da Prioridade** - contexto, ultrapassa o conhecimento das propriedades farmacológicas e dos fatores psico-sociais para destacar o que está presente nas condições sócio-econômicas e ambientais (Nowlis, 1982).

- **Fundamenta-se** em um contexto revelador de desigualdades tais como a pobreza, habitação inadequada, as discriminações, a falta de oportunidade, a industrialização e a urbanização. Um terreno minado, favorável ao surgimento de fatores mais pessoais desagregadores do indivíduo provindo de lares desfeitos, ausência de modelos parentais fortes, de direção de instituições docentes e laborais grandes e impessoais e rompimento dos controles sociais pela sua fragilidade (Nowlis, 1982). O sistema cultural de cada comunidade, também interfere de forma decisiva na formação de estilos de vida individuais e coletivos, bem como os meios de comunicação social, que estão impregnados de uma "**cultura de drogas**". Esta constante introjeção cultural que reforça valores como egocentrismo, o consumismo (a busca constante de **ter** invés de **ser**), a constante busca de estimulo de satisfação imediata (hedonismo), a vida orientada só para o presente e o ceticismo, etc.

- **Suas estratégias de ação** são apresentar propostas para ocorrência de modificações das condições ambientais que propiciem a manifestação de comportamento não destrutivo. Propostas que orientam ações de ordem política, social, econômico que modifiquem especialmente as instituições do sistema educativo e sanitário; que reduzam a aceitação das drogas; que surjam alternativas satisfatórias de consumo de substâncias; que incidam sobre os valores que sustentam a "**cultura de drogas**". Medidas que não especificamente se relacionem com as substâncias e não se centrem na transmissão de informações, mas sim exijam a participação do conjunto da sociedade e não de grupos isolados.

- **Na escola este enfoque será concretizado** através da previsão da melhoria das instalações e dotação de material nas escolas, colégios, centros educativos; a programação de horários para atividades de educação informal de caracter geral inespecífico durante o horário da jornada escolar; A programação de atividades extraescolares em colaboração com Associação de Mães & Pais, etc.

- **Relaciona-se com os estereótipos de**
  - "**droga - falta de trabalho**", "**droga - família ou zonas com problemas sócios e econômicos**". Tais estereótipos super dimensionam os fatores de risco macrosociais: causa (desemprego, problemas sócio-econômicos, etc.) = consumo. Tal fato estimula a existência de preocupação por outros tipos de fatores de risco podendo ocorrer atitude

de estigmatizar os coletivos ou aglomerados da população com problemática social, rotulando-as de prováveis consumidores de drogas.

- **Principais desvantagens** (aspectos negativos) são:
  - Não incorporar a substância em sua análise, esquecendo os aspectos mais importantes como a disponibilidade de drogas e seu tratamento legal.
  - Ao enaltecer as condições sócio-econômicas, contribui para "estigmatizar as camadas subordinadas, desfavorecidas através das drogas".(Ramírez, 1987).
  - Desresponsabiliza o indivíduo, transfere todo o peso da responsabilidade para a influência do contexto.
  - "Por outro lado pode gerar certo pessimismo, ao visualizar os obstáculos que implicam mudanças concretas numa cultura de uma região ou população" (Vega Fuente, 1992). (Nowlis, 1982; Bucher, 1992; GID, PPD, 1995).

O **modelo sócio-cultural** da prioridade ao contexto social e cultural destaca a complexidade e **influência do fator contexto**. Amplia a visão dos fatores indutores ao consumo de drogas, não ficando restrito aos fatores sociais, psicológicos, mas também culturais, sócio-econômico e ambientais. Num contexto onde estão presentes a miséria, a desnutrição, a fome, as precárias condições de habitação, de urbanização e educação, as discriminações, a industrialização e o desemprego provavelmente a incidência propiciadora do consumo de drogas será bem maior do que as características psicológicas e motivações internas e as influências da família.

O modelo tem como objetivo direcionar as constelações deste contexto, através de intervenções conducentes a diluir, ou reduzir, ou transformar tais pressões do contexto em algo menos prejudicial para o indivíduo, já que não é possível eliminá-los.

Para alguns pesquisadores determinadas intervenções realizadas no campo de prevenção escolar e comunitária especialmente com o surgimento do uso de drogas ilegais entre os jovens, não passam de práticas de atividades que não contribuem para ocorrência de mudanças de comportamento e redução de consumo ou uso experimental de drogas. Revelam que tais atividades têm desvirtuado os enfoques psicossocial e sociocultural, resultado de discursos e de práticas oportunistas que denominam "**discurso estético**" ou "**discurso de inconcreto**". (Comas, 1992; Ramírez, 1993).

Os modelos descritos estão apresentados no **Quadro II,** onde se **destacam fins, fundamentos, estratégias de ação, vantagens, principais desvantagens (aspectos negativos) e como cada modelo se relaciona com os estereótipos sociais.**

QUADRO II - MODELOS CLÁSSICOS DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS

Autor: ***Dra Elizabeth Remor Krowczuk***

	MODELO JURÍDICO-MORAL	MODELO MÉDICO SANITÁRIO OU SAÚDE PÚBLICA	MODELO PSICO-SOCIAL	MODELO SOCIOCULTURAL
1. FINS	. Retirar do alcance do público a substância, as drogas nocivas, o agente ativo, consideradas perigosas e ilegais	. Saúde através da prevenção e tratamento, acentuando os danos pessoais e sociais causados pela dependência	. Atender o sujeito numa dimensão pessoal, contextual e genética	. Criar um contexto que atenda as necessidades de desenvolvimento dos aspectos culturais e bio-psico-sociais da pessoa
2. FUNDAMENTOS	. Atribui importância a droga ilegal e utiliza argumentos de ordem emocional, passional, moralista ou sensacionalista; o indivíduo é a vítima que precisa ser protegido com medidas legislativas . Embasado mais na cultura do que na ciência	. A droga, o indivíduo e o contexto ambiente são vistos numa transposição do modelo das doenças infecciosas . A droga é o agente único, o indivíduo é o hospedeiro e o contexto é o meio-ambiente . O indivíduo deve ser protegido com medidas sanitárias	. A utilização das drogas é um comportamento como qualquer outro e que só persistirá enquanto desempenhar uma função para o indivíduo, de acordo com suas características pessoais, num determinado contexto sócio-cultural . O drogadependente é um indivíduo com problemas de adaptação, maturidade ou conduta	. A droga é vista na óptica de um comportamento desviante, que varia de cultura para cultura e de uma subcultura para outra. . Os elementos acentuados, no modelo, são não só os sociais e psicológicos, como também as condições sócio econômicas e o meio-ambiente em que vive a pessoa
3. ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	. Enfatiza medidas policiais e coercivas. . Educação pelo medo, privilegia a resposta repressiva, na própria escola . Agentes de prevenção são profissionais da lei.	. Intervenção de nível primário, secundário e terciário. . Os utilizadores de drogas devem ser tratados como se se tratasse de um problema puramente médico . Manter os consumidores afastados dos não consumidores para evitar o contágio . Informações como "ação de vacinação" para impedir o consumo e disseminar a rejeição a droga . Agentes de prevenção são os profissionais da área da saúde	. Investiga as motivações para o uso da droga. . O tratamento e a prevenção tendem a se dirigir para os comportamentos individuais e os fatores sociais . As informações visam favorecer a tomada de decisões razoáveis e saudáveis quanto ao uso de drogas . A prevenção na escola se concretiza dentro de um tema transversal de educação para a saúde	. Busca no contexto formas de realização pessoal para evitar a delinqüência; . Propostas que orientem ações de ordem política, social e econômica com vistas a mudança das instituições educacionais e sanitárias; . Reduzam a aceitação das drogas; . Apresentem alternativas satisfatórias de consumo de substâncias; . Incidam sobre valores que sustentam a "cultura da droga"; . Exijam a participação do conjunto da sociedade e não de grupos isolados; . A ação na escola se concretiza através da: - previsão de materiais, instalações físicas; - atividades de educação, informar (no horário da jornada escolar) - Atividades extra-curriculares, em colaboração com os pais e mães
4. VANTAGENS	. Enxerga o produto tóxico, sua nocividade para o usuário e para a sociedade	. Programas a partir de informações científicas sobre os riscos para o indivíduo. . Preventivo	. O indivíduo ocupa o cenário, é responsável pelo consumo e pelos seus atos	. Cria um contexto rico que possibilita o desvio do uso de drogas. . É um modelo forte que supõe muita criatividade.
5. PRINCIPAIS DESVANTAGENS	. Não considera as razões de procura e uso da droga. . Classificação das drogas em inofensivas e perigosas. . As drogas perigosas são proibidas social e juridicamente. . O castigo pode contribuir para atrair determinados grupos de consumidores e possíveis adeptos	. Não faz distinção entre droga legal e ilegal e não invoca os danos da droga. . Trata somente o lado bio, da triade bio-psico-social . Considerar a droga um agente ativo ou opressor e o indivíduo um agente passivo ou hospedeiro . Visão distorcida da interação indivíduo-substância-contexto . O drogadependente assume o papel de vítima (enfermo), com ausência de responsabilidade . Enfoque assistencial	. Não considera as conseqüências físicas de consumo, nem o seu tratamento legal. . Deixa de lado o contexto sócio-cultural mais amplo.	. Enaltece as condições sóco-econômicas, contribuindo para estigmatizar as camadas desfavorecidas da sociedade . Desresponsabiliza o indivíduo, que é influenciado pelo contexto. . Difícil implementação
6. SE RELACIONA COM OS ESTEREÓTIPOS SOCIAIS	. Droga-delinqüência . Droga – droga ilegal . Prevenção – informação	. Drogadependente – enfermo . Prevenção – vacina . Prevenção – informação . Droga – morte		. Droga – falta de trabalho . Droga – família ou zonas com problemas sócio-econômicos

2 MODELOS DE PREVENÇÃO AO ABUSO DE DROGAS NA ESCOLA

Através de uma revisão da literatura internacional e nacional foi possível identificar posturas ideológicas e políticas que orientam os programas que visam prevenir o abuso de drogas no sistema escolar. As propostas dos organismos internacionais e dos aspectos gerais a serem considerados ao se planejar um programa de prevenção são evidentes. Carlini, Carlini-Cotrin, Silva Filho (1991); Carlini-Cotrin, Pinsky (1989), discorrem sobre investigações realizados no Brasil sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1º e 2 º grau; apresentam dados de 1987 a 1989 que revelam que 20-25% dos estudantes declaram já ter feito uso de psicotrópicos pelo menos uma vez na vida e, em sua grande maioria o uso é esporádico e experimental. Os autores, a partir do diagnóstico, sugerem um programa de prevenção dirigido aos estudantes, pais e aos professores.

1º) Junto aos estudantes com a finalidade de prevenir o aprofundamento ao uso experimental, evitando o abuso e a dependência (prevenção secundária). Deve-se trabalhar em especial a grande maioria 75-80%, com intervenções voltadas (prevenção primária) ao desestímulo a primeira experiência dos não iniciados. Sugerem que paralelamente os estudantes devem receber informações sobre os riscos do uso agudo de psicotrópicos, ao considerarem que o fazem ou poderão vir a fazer uso de drogas.

2º) Dirigido aos pais e professores, visando evitar alarmismos exagerados em relação à situação, baixar a ansiedade e os temores, encararem o uso experimental de drogas na adolescência como fato temporário, comum e não como um início para uma caminhada sem volta.

Ao delinear claramente qual será o principal objetivo a ser atingido é indispensável à tomada de decisão para opção por um modelo norteador de programas de prevenção ao uso indevido de drogas a ser desenvolvido na escola.

Estudos norteadores de abordagens voltadas a programas de prevenção ao abuso de drogas apresentam três propostas distintas de linhas de ação na escola, sendo; **o aumento do controle social, o oferecimento de alternativas "mais sedutoras"** e através da **educação.**

2.1 Linhas de Ação a Prevenção na Escola

2.1.1 Aumento do controle social

O argumento desta linha centra-se que nas ultimas décadas vem ocorrendo um enfraquecimento do controle social exercido pelos adultos sobre o comportamento dos jovens. Conseqüentemente se atribui que do aumento descontrolado do uso de drogas pelo jovem tem a mesma intensidade que outros fenômenos tão conhecidos, como o crescimento da delinqüência juvenil, da gravidez precoce e das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência. O principal teórico desta linha é Robert Du Pont (1987).

Nesta visão os jovens sem referenciais e ausência de limites adotam comportamentos impulsivos na busca desenfreada do prazer. O prazer é interpretado como nocivo e sociedade. Portanto, esta deve estabelecer normas controladoras para não extravasarem impulsos relacionados com instintos prazerosos e agressivos. As propostas destas linhas de abordagens são as de recuperar o conceito de punição, de diminuir a tolerância e aumentar o controle

sobre os indivíduos. Tal proposta no âmbito da instituição escolar será colocada em prática através do retorno a uma educação mais severa, rígida, controladora, ou seja, uma prática de "tratar os jovens como pseudo-adultos" fazendo com que tomem decisões e façam opções sem ainda terem condições emocionais e maturidade correspondente sobre a tomada de decisão.

Na análise da proposta desta linha permeia o conservadorismo e uma visão deturpada do jovem como um ser totalmente imaturo, incapaz de fazer opções conscientes. Ainda utiliza-se das drogas como pretexto para restringir a autonomia das pessoas e controle social. Esta linha de prevenir o abuso de drogas através do aumento do controle social é bastante difundida nos Estados Unidos e, adotada por algumas instituições no Brasil.

2.1.2 Oferecimento de alternativas

Este modelo de prevenção estabelece uma estreita relação só abuso de drogas pelos jovens com os problemas e tensões sociais. A falta de perspectiva no mercado de trabalho, a inadequação do sistema educacional e o distanciamento de suas realidades, ausência de opções de lazer e atividades culturais e, ausência ou incipiente participação política são alguns dos condicionantes ao uso, abuso e drogadicção entre os jovens. A abordagem desta teoria está voltada para intervenção nas condições sociais, por considerarem facilitadores e indutores de hábitos de consumo de drogas (lícitas e ilícitas).

As propostas de intervenções deste modelo para serem adotados no sistema escolar seriam através da estruturação de grupos culturais e esportivos atuantes fora do horário escolar; implantação de programas extracurriculares de instrução profissional, social e afetivo ou formação de escolas especiais consideradas em seus aspectos étnicos sócio-cultural.

Os autores destas linhas consideram que estes tipos de programa, que oferecem alternativas de intervenção através de inúmeros procedimentos são os mais adequados as populações marginalizadas, com graves problemas sócio-econômico-educativos, habitantes de países do Terceiro Mundo. Também sua aplicação pode ser um conjunto com outros programas junto a grupos populacionais em países desenvolvidos, ou em desenvolvimentos que também necessitam de intervenções pertinentes as suas características étnico-sócio-econômicas.

2.1.3 Educação

2.1.3.1 Modelos Pedagógicos de Prevenção ao uso e abuso de drogas na escola

Atualmente, distingui-se a adoção das seguintes abordagens de Educação Preventiva ao uso e abuso de drogas.

2.1.3.1.1 Modelo do Princípio Moral

O **modelo do principio moral** apregoa que o abuso de drogas é condenável do ponto de vista ético e moral. Norteado a partir de princípios religiosos ou políticos, centrados nos valores como patriotismo, sacrifício social em prol da sociedade. Países como Cuba, após a revolução socialista foi efetivo. Atualmente os profissionais da área o rejeitam pela sua ineficácia.

2.1.3.1.2 Modelo do Amedrontamento

O **modelo do amedrontamento** por muitas décadas foi utilizado em campanhas de combate as drogas, destacando seus efeitos maléficos para o indivíduo e a sociedade. Atualmente muito combatido pelo seu descrédito na educação e interpretado como encorajador ao uso experimental, estimulando os jovens a se sentirem atraídos à adoção de comportamentos que envolvam o desafio do perigo, além das vivências com as drogas e de constatação das informações recebidas no âmbito escolar. Esta abordagem de cunho alarmista dentro da antiga concepção de "pedagogia do terror" sucumbiu por não estabelecer o dialogo entre alunos e professores.

As avaliações realizadas em inúmeros países que adotam tal prática apontam que os programas de educação preventiva não são eficazes quando baseados em informações tendenciosas e alarmistas.

2.1.3.1.3 Modelo de Conhecimento Científico

O **modelo de conhecimento científico** propõe o fornecimento de informações sobre drogas de modo imparcial e cientifico por considerar que os jovens com o conhecimento poderiam tomar decisões racionais e fundamentais. Nas avaliações realizadas a respeito da eficiência e eficácia deste modelo em educação, os pesquisadores apontam que não ocorreu diminuição do consumo de drogas entre os jovens e, alguns estudos comprovam o aumento dos níveis de consumo.

As interpretações a respeito deste tipo de abordagem são de que os já usuários passam a ter maior conhecimento formal, mas não ocorre mudança no seu comportamento e/ou atitude. Entretanto nos não usuários contribuiriam para rebaixar o medo, a tensão e poderá favorecer as mudanças de comportamento ou atitudes propiciais ao uso de drogas.

Alguns autores não acreditam que simples informações possam contribuir a indução e decisão de usar drogas.

Visando a organização de ações informativas e a diminuição dos riscos criados pela droga a Organização Mundial de Saúde (OMS), 1979, em seu relatório critica algumas crenças e atitudes a respeito:

- *"o dogma segundo o qual a informação em si é suficiente para influenciar o comportamento ou para mudar atitudes;*
- *o modelo médico de informação, centralizado no conceito de doença e de intoxicação física;*
- *a abordagem paternalista do tipo mestre-aluno;*
- *a dissociação de temas isolados do contexto sócio-cultural;*
- *a confiança cega na mídia que quer passar a idéia de que um comportamento de saúde se vende como qualquer produto"* (Bucher, 1992, p.156).

Atualmente a estratégia é de utilizar a informação não como núcleo central dos programas de educação preventiva e sim como um dos seus componentes. Informações sobre drogas podem estar inseridas em todos os conteúdos curriculares habituais, ou discutidos em função dos interesses emergentes dos alunos. Portanto, não podemos confundir educação com informação. O professor deve ter conhecimentos e segurança para trabalhar tal tema e estabelecer um dialogo isento de preconceitos, dramatizações e medo, junto a crianças e jovens na escola.

2.1.3.1.4 Modelo da Educação Afetiva

O **modelo da educação afetiva** (Swisher,1979) centra-se na identificação de fatores pessoais considerados predisponentes ao uso de drogas e procura modificá-los. As técnicas utilizadas nessa abordagem são conducentes a melhorar ou desenvolver a auto-estima, a capacidade de lidar com a ansiedade, a habilidade de decidir e interagir em grupo, melhorar e estabelecer a comunicação verbal e a capacidade de resistir as pressões de grupos.

As características psicossociais são observadas e as intervenções conducentes a conscientização dos riscos encontrados na vida cotidiana dos jovens são tomadas, visando a procura de alternativas, podendo satisfazer as suas carências de auto-afirmação e auto-estima. Alguns pesquisadores relatam um impacto positivo destes programas, já outros afirmam que embora tenham contribuído para melhorar a auto-estima, não se observaram um decréscimo nos níveis de consumo de drogas.

O grande obstáculo observado está em relação a sua implementação pelas características das instituições escolares em absorver inovações e o despreparo dos professores, os quais teriam que passar por um treinamento e internalizarem valores e mudanças de atitudes, alem de conseguirem administrar com as características pessoais psicológicas dos seus alunos. Os países europeus que tentaram implementar tal modelo apontam a resistência dos professores as mudanças.

2.1.3.1.5 Modelo de Estilo de Vida Saudável

O modelo de estilo de vida saudável ("health life") adota estratégias conducentes a promover estilos de vida à boa saúde (Segal, et. al.1980). A abordagem preventiva volta-se para uma vida saudável através da formação da consciência ecológica, da responsabilidade pela preservação do mundo ambiental, da manutenção do homem em equilíbrio biofísico-psico-espiritual. Não usar drogas significa prevenir o corpo e a mente dos seus efeitos tóxicos; livrar-se de situações agressoras a vida humana que comprometam não só a saúde, mas também as possibilidades de comunicação e intercâmbios entre os homens. Estilos de vida saudáveis se compreende por não usar drogas, manter uma alimentação balanceada, controle de peso, das taxas de colesterol e da pressão arterial, exercício físicos regulares, cultivar hábitos de lazer e administrar o tempo livre.

Os meios de comunicação nos últimos anos têm incentivado alguns comportamentos considerados saudáveis, tais como os exercícios, formas de lazer, alimentação natural, técnicas de relaxamento, meditação, prática de esportes desenvolvimento do potencial criativo (artes plásticas, literatura, etc.), visando amenizar a automatização e desumanização crescentes da ordem social, da convivência e da comunicação compartilhada. Além dos meios de comunicação, atualmente vem aumentando o numero de adeptos da **ecologia humana** e/ou **holística**, não só em países do primeiro mundo, mas também do terceiro mundo e no Brasil.

Na França esta proposta tem sido trabalhada na escola, através da disciplina "**Ecologia Médica**".

Os principais tópicos abordados nesta matéria dizem respeito aos problemas advindos dos avanços tecnológicos e da sociedade urbana industrial. As questões consideradas agressoras da vida humana, tais como, a poluição ambiental, ruídos/barulho sonoro, trânsito,

substâncias cancerígenas, perigo atômico, drogas, álcool e tabaco são debatidos junto aos escolares, bem como as estratégias para superá-las (Carlini, Carlini-Cotrin, Pinsky, Silva F. 1989, 1991; Bucher, 1992; Olievenstein, 1988).

2.1.3.1.6 Modelo da Pressão Positiva do Grupo

O modelo da pressão positiva do grupo, uma estratégia muito recente, pouco desenvolvida, tem como meta central à utilização de pressão do grupo, como um fator de influência para não usar drogas (Swadi, Zietlin, 1988). Os autores apontam que os jovens sofrem pressões de grupos pares, amigos, da escola. Esta tendo grande ascensão sobre os adolescentes sendo estes considerados peças importantes para a determinação do comportamento de propensão ou de aversão ao consumo de drogas. Diante do fato concreto o modelo apregoa que os próprios jovens devem assumir a liderarem os programas de Prevenção ao uso de drogas. A identificação de lideres naturais dos adolescentes, será altamente positivo para um bom desenvolvimento e alcance dos objetivos. Estes terão treinamento, que os habilitarão a lidarem com o problema das drogas (lícitas e ilícitas). O incentivo é para melhorar a socialização nas festas, onde não seja ofertado psicotrópicos "drug free parties", fortalecimento de organizações de solidariedade e ajuda entre os jovens.

Os modelos descritos estão apresentados no **Quadro III**, onde se destacam **fins, fundamentos, estratégias de ação, vantagens e principais desvantagens (aspectos negativos).**

QUADRO III – MODELOS PEDAGÓGICOS DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS NO SISTEMA ESCOLAR

Autor: *Dra Elizabeth Remor Krowczuk*

	MODELO DO PRINCÍPIO MORAL	**MODELO DO AMEDRONTAMENTO**	**MODELO DE CONHECIMENTO CIENTÍFICO**	**MODELO DA EDUCAÇÃO AFETIVA**	**MODELO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL**	**MODELO DA PRESSÃO POSITIVA DO GRUPO**
1. FINS	- Condenação da droga na visão ética e moral.	- Destacar a periculosidade da droga para o indivíduo e a sociedade.	- Evitar o uso de drogas através do seu conhecimento.	- Modificar fatores pessoais predisponentes ao uso de drogas.	- Promover estilos de vida saudáveis.	- Utilizar o grupo de jovens para liderar os programas de prevenção ao uso de drogas.
2. FUNDAMENTOS	- Norteado por princípios religiosos ou políticos. - Destaca patriotismo, e o sacrifício pessoal em prol da sociedade.	- Antiga concepção da Pedagogia do Terror.	- O conhecimento formal poderia levar a tomada de decisões racionais, e eticamente corretas.	- Observação das características psicossociais e intervenções conducentes à conscientização dos riscos.	- Formação de consciência ecológica, preservação do mundo ambiental e equilíbrio biofisico-psico-espiritual.	- Fortalecimento de organizações de solidariedade e ajuda de jovens.
3. ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	- Utiliza meios de dissuasão.	- Utiliza meios de dissuasão: o controle do acesso a droga, do preço, punição ao usuário e traficante.	- Fornecer informações sobre drogas de modo imparcial e científico.	- Utiliza técnicas que trabalham auto-estima, capacidade de lidar com ansiedade, tomar decisões e interagir em grupo.	- Propõe intervenções nas condições sociais facilitadoras do hábito e consumo de drogas; - Propõe disciplina curricular e extracurricular de "ecologia médica"; Debater problemas do avanço tecnológico e da sociedade urbana industrial.	- Propõe treinamento de líderes naturais dos adolescentes; - Incentivo de grupos de auto-ajuda; - Afastar os adultos.
4. VANTAGENS	- Controle Social.	- Controle social.	- Muito utilizado como auxiliar de programas mais amplos.	- Melhorar a auto-estima do adolescente; - Fortalecer o jovem na capacidade de resistir as pressões de grupos	- Incentivar os jovens a comportamentos saudáveis.	- Melhorar a socialização dos jovens nas festas.
5. PRINCIPAIS DESVANTAGENS	- Não considera as razões de procura e uso de droga pelos jovens.	- Instiga o jovem a comportamentos anti-sociais, a atração ao perigo e desafio.	- Pode induzir o jovem ao uso de drogas pelo rebaixamento do medo e tensão.	- Resistência das instituições escolares em absorver inovações; - Despreparo dos professores.	- Resistência das instituições escolares em absorver inovações; - Despreparo e falta de motivação dos professores.	- Resistência das instituições escolares, e dos adultos.

CONSIDERAÇÕES

Os modelos ou enfoques de prevenção surgidos nas últimas três décadas apresentam diferentes pressupostos ideológicos e divergem, principalmente, quanto aos tipos de propostas de abordagens interventivas e recomendações.

Os modelos divulgados internacionalmente são resultados de estudos desenvolvidos inicialmente por pesquisadores dos EUA, que concentraram esforços a partir do final da década de setenta quando as drogas ilícitas despontam como um grave problema social, que deveria ser combatido através de estratégias de ação que coibisse o início de novos usuários e aumento de grupos de drogadependentes, por estarem estas associadas aos estereótipos sociais.

O Comitê Europeo de Saúde diante do aumento do consumo de drogas institucionalizadas e do conhecimento da politoxicomania, propõe que, os países membros enfatizem as medidas destinadas a reduzir a demanda de drogas aumentando a resistência coletiva e o autocontrole individual diante delas, mas sem esquecer as medidas tendentes à limitação da disponibilidade das drogas. (OMS, 1973).

Seguindo exemplo dos americanos, na Europa pesquisadores de países onde os estudos epidemiológicos revelaram também aumento de consumidores de substâncias ilegais, apresentam seus enfoques centrados na assistência ao drogadependente, ou seja, prevenção terciária, mas tem consciência que os governos devem investir em intervenções educativas que são à base do trabalho preventivo (primário e secundário). Desta forma surgem as primeiras propostas de programas de educação em drogas, tendo como referencial o modelo médico, que acreditava que a drogadependência poderia evitar-se mediante simples programas de informação ao público através de amplas campanhas na imprensa, e outros meios de comunicação como o rádio e a televisão. Posteriormente apresentam propostas também informativas tendo como referencial o Modelo médico-sanitarista e o Modelo psicossocial, mas direcionadas a pequenas comunidades. Estes programas ditos educativos foram delegados à escola com a total responsabilidade de criar um clima conducente a uma boa saúde mental e social dos alunos. Equivocadamente as intervenções se realizavam por meio de discursos meramente informativos proferidos por especialistas (médicos, psicólogos, juízes, policiais, etc...) não integrados a escola, que utilizavam –se de recursos antipedagógicos como o de gerar/ provocar medo e a exposição a modelos de ex-toxicômanos. Estes tipos de abordagem se realizaram sem qualquer tipo de programação e avaliação posterior. Estas estratégias preventivas foram evoluindo até os então denominados modelos pedagógicos, centrados em programas educativos-formativos inespecíficos de educação para a saúde, através de grupos de debates com objetivo que os alunos, por meio de um processo de autorealização, fossem capazes de desenvolver habilidades e utilizar seu potencial em harmonia com suas crenças e ações (Macía Antón, 1993; Krowczuk,1995).

Os governos dos países membros da União Européia destacam a importância da prevenção primária, através da prática de intervenções tendentes à limitação da disponibildade das drogas (limitação da oferta) por meio de medidas legais, e também intervenções direcionadas a redução da demanda (medidas sociais e educativas) aumentando a resistência coletiva e o autocontrole individual. Alguns governos, como no caso da Espanha, delegaram a profissionais especializados a responsabilidade de elaborarem um Plano Nacional sobre Drogas em 1985 e a partir dele foram destinados mais verbas para aumentar a rede de recursos de atenção a drogadependencias, que, desde o final da década de setenta, estavam

implantando. As propostas apresentadas pelo MEC, em 1985, de introdução da prevenção ao uso indevido de drogas no currículo escolar, numa ótica de promoção da saúde através da educação para a saúde como competência do próprio educador assessorado por especialistas, quando necessário, foi uma decisão de estratégia política. Desde então, grupos de pesquisadores vêm investindo em estudos sobre comportamento de consumo de drogas entre escolares em diversas regiões da Espanha, na formação permanente de professores, pais e outros agentes sociais presentes nas respectivas Comunidades Autonômas, bem como na elaboração de materiais didáticos para implantação, desenvolvimento e avaliação de programas educativos preventivos adequados a realidade de centros escolares e específicos de prevenção familiar e comunitária (Comas,1995; GID, 1995).

No Brasil por limitações conjunturais a produção internacional sobre modelos ou estratégias inovadoras na área educacional direcionadas a prevenção ao uso e abuso de drogas esteve inacessível a grande maioria dos educadores até final da década de noventa. A produção acadêmica brasileira sobre o assunto infelizmente ainda concentra seus esforços no campo do Direito (área criminal, penal) ou no da Medicina (Epidemiologia, Medicina Preventiva, Psiquiátria), e raramente são desenvolvidos estudos mais abrangentes que integrem áreas de conhecimento como Psicologia da Saúde, Sociologia, Educação, Antropologia, História , Ciência Política.

A década de noventa esteve marcada pela grande mobilização da comunidade internacional e de um determinado contingente de agentes sociais da sociedade brasileira em querer discutir o tema drogas, de avançar em conhecimentos a partir das experiências cumulativas realizadas no desenvolvimento de programas educacionais realmente direcionados a prevenção primária e secundária. Numa postura mais crítica diante dos modelos até então implementados junto a populações jovens e contextos-sócio-comunitários e divulgados por organismos internacionais, novos modelos ou enfoques de prevenção são propostos a partir de maior conhecimento sobre as substâncias "drogas lícitas e ilícitas", dos múltiplos fatores de risco em nível de desenvolvimento biopsicosocial, das faixas de idade pré-adolescentes e adolescentes, as mais vulneráveis ao uso e abuso de drogas, e àqueles fatores de risco presentes no ambiente micro e macrosociocultural (Orte ,1994; Calafat,1995).

As drogas, até meados da década de noventa, foram equivocadamente analisadas pela sociedade como as únicas responsáveis pelos problemas sociais emergentes na época, sendo o discurso de combate somente voltado para as drogas ilícitas, despreocupando-se, então, com o grave problema social e seqüelas resultantes do consumo excessivo de substâncias institucionalizadas, como o álcool, o tabaco e os psicofarmacos (GID,1995; Krowczuk,1997).

Os modelos ou enfoques de prevenção até fins da década de oitenta estiveram direcionados especialmente a apresentação de estratégias direcionadas ao tratamento de drogadependentes, e portanto a formação de redes de recursos humanos e serviços especializados para assistir aos drogadependentes. Os profissionais especializados nesta área assistencial tinham como estratégias prioritárias à concentração de esforços voltados ao tratamento e redução de danos daqueles sujeitos adictos de substâncias ilegais e considerados à margem da sociedade. Estigmatizados como delinqüentes, marginais de alta periculosidade à sociedade. Posteriormente o adicto é visto como enfermo, como produto da sociedade, sendo atribuído ao contexto a responsabilidade. Infelizmente poucos interpretam o problema da droga como um problema multifatorial e que deve ser trabalhado numa visão multiprofissional (Krowczuk, 1991; Carlini-Cotrin, Pinsky, 1989; Carlini-Cotrin,1994, GID,1995).

CAPÍTULO VI

MODELO HOLÍSTICO DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS NAS ESCOLAS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL

INTRODUÇÃO

A necessidade de prevenir o consumo abusivo de substâncias psicoativas na atualidade é uma meta extremamente necessária e urgente diante do panorama internacional e nacional que nos confrontamos. Alguns países como os Estados Unidos, Canadá, Grã Bretanha, França, Itália, Espanha e outros países membros da União Européia extremamente preocupados com o crescente aumento,a partir do final da década de oitenta, de consumidores de substâncias psicoativas (drogas lícitas e ilícitas) cada dia mais jovens, têm intensificado suas políticas de intervenção sobre as conseqüências socialmente disfuncionais do problema da droga, sobre os drogadictos e seu contexto, e intervenção sobre o sistema gerador do problema, mas com o envolvimento de toda a sociedade.

O investimento em programas de prevenção ao consumo de drogas no contexto escolar e comunidades consideradas de alto risco tem sido a tônica, mas os resultados esperados nem sempre foram exitosos. Nas últimas duas décadas do século XX cresceu, vertiginosamente, o número de estudos voltados a identificar fatores predeterminantes de risco e/ ou protetores de consumo de drogas entre grupos etários de crianças e adolescentes (8 a 17 anos). Assim sendo inúmeros modelos de prevenção ao consumo abusivo de drogas têm sido divulgados como propostas norteadoras à intervenção educativa para evitar e/ ou postergar o uso e controlar o consumo disfuncional dos sujeitos drogadictos.

Os profissionais de diferentes áreas de conhecimento, num trabalho conjunto de interdisciplinaridade, passaram a investigar o problema crescente da drogadependência especialmente na adolescência. Esta entendida como etapa evolutiva extremamente vulnerável, porque se encontra em pleno desenvolvimento biopsicossocial e mantem uma relação dinâmica com o contexto sócio-ambiental. Os jovens necessitam de novos marcos de referência para levar a termo sua individualização e independência e assim completar seu processo de socialização iniciado na família. A influência de determinados modelos de comportamento presentes no seu contexto microssocial (família, escola, grupo de iguais e amigos, locais de consumo) e no contexto macrossocial com seus aspectos de caráter sócio-estrutural (disponibilidade/oferta de substâncias, fatores culturais, normas,valores, contexto do bairro/ vila/ favela onde vive), são de vital importância para compreender a dimensão em relação ao problema de consumo de drogas na adolescência, além de considerar as próprias características de personalidade.

O estudo do consumo de drogas psicoativas é multifatorial, portanto as propostas de intervenção preventiva deverão ser multidisciplinares e multidimensional para mudar o panorama atual de total descontrole e inoperância de políticas públicas, que até então se centraram em campanhas de prevenção meramente informativas, desprovidas dos

conhecimentos gerados pela investigação científica, e políticas direcionadas a adoção de modelos descontextualizados.

Os profissionais que trabalham diretamente com o problema das drogadependencias estão conscientes da existência de ideologias dominantes na sociedade.Estas são visíveis ao analisarmos as políticas do Estado com os denominados programas de intervenção estratégica, ações centradas na repressão de condutas delictivas, as socialmente censuráveis e as psicologicamente indesejáveis. As estratégias adotadas oscilam desde formas leves de reprovação social, até formas mais severas de sansões legais. Estas são manifestadas através de distintas formas de exclusão social, marginalização e repressão policial (chacinas, grupos de extermínio,etc).

A população em geral sofre com a violência reinante e as famílias afetadas com o problema das drogas embora tenham consciência da gravidade que os afeta, poucos são pais e familiares que se engajam num projeto integrado com a escola e com a comunidade, visando tomada de posição efetiva de toda sociedade para prevenir e intervir sobre as causas presentes nos contextos geradores de condutas adictas, e exigir do Estado uma tomada de decisão que atenda aos anseios da população brasileira.

Estes são os grandes obstáculos enfrentados quando desejamos realmente investir num trabalho sério direcionado a prevenção educativa, além da precariedade de recursos humanos habilitados e motivados, de recursos econômicos e condições de infraestrutura para operacionalizar programas direcionados a criança e a população jovem, que se encontram dentro do sistema educacional brasileiro. È imensurável os obstáculos enfrentados ao se tentar realizar programas de prevenção ao consumo de drogas e redução de danos com aqueles excluídos socialmente, milhares de crianças e adolescentes "de rua" e "nas ruas", que formam um grande contingente de marginalizados potencialmente engrossando os grupos delinquentes e drogadependentes, com condutas manifestas de extrema violência presenciadas pelas populações residentes em grandes metrópolis e pequenas cidades do país.

Reconhecemos a relevância das contribuições proporcionadas a partir de estudos multidisciplinares efetivados com o objetivo de identificar e compreender as dimensões sócio-culturais, as motivações e padrões de conduta disfuncional de consumo e dos prederminantes, ou seja, fatores de risco de caráter individual, microssocial e macrossocial que influem na configuração da síndrome de drogadependência (Orte, 1994; Calafat, 1995; Kalina, 2001).

Muitas teorias que podem embasar programas de prevenção foram elaboradas, mas são duas as que se destacaram, a teoria de aprendizagem social (Bandura, 1977) e a teoria de conduta problemática (Jessor e Jessor, 1977) pela praticidade apresentam e propoem estratégias de prevenção.Outros enfoques de prevenção mais prometedores contra o consumo de drogas na adolescência se centram em todos os fatores psicossociais (risco) que estimulam o inicio do uso e do abuso. Destacam-se outros programas de intervenção preventiva que adotam estratégias direcionadas a agir sobre as influências sociais para impedir o surgimento de novos casos de consumo disfuncional, e aqueles enfoques direcionados a aumentar a competência pessoal e social através do treinamento de habilidades de resistência diante da oferta de drogas visam impedir ou postergar o uso experimental/ social de diferentes substâncias psicoativas.O Programa de Formação em Habilidades para a Vida desenvolvido por Gilbert Botvin destaca cinco principais componentes, resultados das conseqüências a curto e longo prazo do uso de substâncias, incluindo biofeedback para demonstrar os efeitos imediatos de fumar: habilidades em tomar decisões e estímulo ao pensamento crítico;

habilidades para enfrentar a ansiedade;competências sociais para resistir a pressão dos grupos de iguais e superar a timidez; e capacidade de autoajuda para melhorar a auto-imagem.Outros enfoques surgiram enfatizando a aquisição de habilidades sociais e formação de habilidades pessoais genéricas para enfrentar a vida.(Botvin y Botvin, 1993)

A partir de meados da década de oitenta as investigações sobre prevenção em drogadependências cresceram inicialmente nos Estados Unidos, Canada , se proliferando em alguns países da Europa por infrentarem as conseqüências disfuncionais do problema da droga, também influenciando pesquisadores brasileiros que estavam ligados e envolvidos diretamente com o tratamento de indivíduos adictos a substâncias psicoativas de uso lícito e ilícito.

Os estudos epidemiológicos e levantamentos sobre o consumo de drogas ocorreram inicialmente com adolescentes se estendendo até pré-adolescência, direcionados a escolares do ensino 1º e 2º graus da rede pública e privada em nível internacional e nacional. Tais estudos tinham como meta conhecer o perfil de consumidores de drogas, contribuir para o setor educacional, visando a concretização de ações que favoreçam a conscientização da comunidade escolar, e da sociedade para redução da demanda das drogas e a melhoria da qualidade de vida.

O conhecimento de fatores sociais, psicológicos e também uma série de fatores farmacológicos passaram a ter uma importância cada vez maior para a compreensão do estímulo/ reforço e da manutenção de padrões regulares de uso de substâncias psicoativas.Tais conhecimentos têm contribuido para elaboração de estratégias viáveis de planejamento e desenvolvimento de programas com ações direcionadas a prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas. As estratégias devem ser adequadas ao contexto escolar.

Os modelos de prevenção (Nowlis,1982) divulgados internacinalmente foram adotados em muitos países, inclusive no Brasil, sem uma massa crítica capaz de rebatê-los. Estes foram implantados de forma descontextualizada, não partindo de estudos do conhecimento de tipo de contexto sócio-cultural-econômico, características pessoais de personalidade dos sujeitos, tipo de drogas ofertadas e consumidas pela juventude. Em países onde tentaram implantá-los e como se demonstraram inoperantes outras novas propostas foram sendo apresentadas. Estudos mais recentes da Psicologia da Saúde visando à compreensão dos fenômenos psico-sociais apresenta o modelo biopsicossocial, que tem uma metodologia própria de intervenção a prevenção, e destaca a importância da interdisciplinaridade.

No século XX autores como Goldmann e Vigotski (1999) enfatizam ser imprescindível a apreensão da realidade em sua totalidade. Compartilhamos com a idéia de que o ser humano deve ser visto em sua totalidade interagindo com o ecossistema. Para isso é imprescindível que nos libertemos de visões fragmentadas da realidade e interpretemos a realidade de acordo com nossa visão de mundo real e imaginário em sua totalidade.

Para Marques (1986) a lógica do relacionamento humano do mundo típico apóia-se na supressão dos sentimentos e a enfase nas idéias. Espera-se que as pessoas se mantenham numa racionalidade fria, neutra e impessoal. Em contraste, o mundo atípico das relações interpessoais aponta para uma lógica em que as pessoas são criativas, possam concomitantemente expressar idéias e sentimentos.Ao se sentirem mais libertas e independentes, sentem se mais livres para serem autenticas. Como vivemos em uma

sociedade predominante do mundo típico, as pessoas sofrem de cegueira psicológica, pois não percebem aquilo que não é visível.

Goldmann em sua leitura da realidade nos chama atenção para o princípio da união dos contrários, que abrange as totalidades parciais e as fundamentais, mostrando a existência de uma relação dialética entre "os fenômenos e sua essência, o singular e o universal, o particular e o geral, a imaginação e a razão, a base material e a consciência, a teoria e a prática, o objetivo e o subjetivo, a indução e a dedução".

Vigotski (1999) concebe o homem como alguém que pensa, raciocina, deduz e abstrai, mas também é um ser capaz de sentir, se emocionar, desejar, imaginar e se sembilizar diante do universo real. A visão do ser humano expressa por Vigotski vai ao encontro das concebidas por autor como Capra (1983), Brandão (1995), Weill, D' Ambrosio, Crema (1993), Damásio (1996) que defendem uma abordagem holística, através da busca do equilíbrio entre os hemisférios esquerdo e direito do cérebro.

Para Weill a abordagem holística nos conduz a uma visão não fragmentada da realidade, onde sensação, sentimentos, razão e intuição se reforçam e se equilibram. Entendemos que essa abordagem esta centrada na criatividade em qualquer campo do saber ou de ação, destacando que o homem trabalhe o todo através da utilização de todo seu potencial numa intíma relação existente entre o intelecto e afeto, e não apenas uma fração sua como algo incompleto.

A abordagem holística surge, portanto, como uma necessidade humana de sua própria superação, enquanto ser fragmentado, e superação da fragmentação do conhecimento, características próprias do paradigma dominante do mundo típico.

O conceito de ***hólon*** desenvolvido por Arthur Koestler, significa que todos os entes, das moléculas, passando pelos seres humanos, até os sistemas sociais podem ser considerados todos no sentido de serem estruturas integradas e também parte integradas de toda grandeza, em níveis superiores de complexidade. Os ***hólons*** são possuidores de duas tendências básicas: uma integrativa e outra auto-afirmativa. Ao pensarmos no ser humano enquanto *hólon,* a tendência dá ao indivíduo a consciência que o faz sentir-se parte de um grupo social. A tendência auto-afirmativa oportuniza a consciência de sua singularidade, se diferenciando de seus semelhantes através de sua personalidade. A existência de uma tendência não excluiu a outra, mas sim se completam na busca de um equilíbrio.

Subjacente à abordagem holística, encontra-se a concepção sistêmica, que permite compreender melhor os fenômenos mais complexos em permanente transformação, como os organismos vivos e os sistemas sociais.

Ao visualizar o ser humano em sua totalidade (visão holística) numa perspectiva contextual ampla interagindo com o ecossistema (ecologia humana), partimos para o estudo da realidade onde pretendemos apresentar indicadores de intervenção educativa preventiva ao consumo de drogas e o problema da drogadicção na adolescência.

Trata-se de uma proposta de construção de um Modelo Holístico de prevenção ao uso e abuso de drogas para o contexto escolar, onde os adolescentes estudantes de escolas de ensino médio da cidade de Porto Alegre são os protagonistas.

Touraine (1988) preconiza o “retorno do ator”, ou seja, o jovem enquanto sujeito ativo, participando plenamente no desenvolvimento de programas educativos de prevenção ao uso e abuso de drogas e não mero receptor de mensagens injuntivas. A sociedade moderna reprimiu o homem, que se tornou agente passivo de um sistema hegemônico dominador e opressor.

As propostas de intervenção educativa de prevenção ao inicio do uso e do comportamento disfuncional de consumo de drogas na escola serão conducentes a valorizar a vida, a saúde pela adoção de um estilo de vida saudável, o ecossistema, o prazer e a originalidade pessoal, o sucesso, a liberdade de expressão, a expressão do potencial de criatividade, a elucidação e a internalização de valores, fortalecer a auto-estima e auto-imagem corporal-social, formar habilidades para enfrentar os desafios da vida de crianças e adolescentes, com envolvimento da família, professores e membros de sua comunidade residencial.

Partindo de reflexões após análise de inúmeros modelos ofertados na literatura internacional nos apropriamos de alguns aspectos contemplados e valorados no modelo biopsicossocial (Nowlis, 1982) no modelo da gênese de consumo (Santacreu, Zaccagnini, Márquez, 1992), modelo de atitudes (Orte, 1994), de estilo de vida saudável (Segal et al. 1980), de educação afetiva (Swisher, 1979), modelo de pressão positiva do grupo de iguais/pares (Swadi, Zietlin, 1988), modelo de educação centrada em valores (Moradillo, 1994), modelo sócio-cultural, modelo multivariado (escolar, familiar e comunitário) de prevenção de drogadependencias (García-Rodríguez, 1993) nos direcionando a visualizar o ser humano integral (visão holística) numa perspectiva contextual ampla, interagindo com o ecossistema (ecologia humana) se adaptando ou se autodestruindo .

Para propormos um modelo de prevenção ao uso e abuso de drogas para um contexto escolar devemos primeiro conhecer a realidade, delimitar a população alvo, formular objetivos possíveis de serem alcançados, planejar as ações e programas, definir estratégias de intervenção e sistema de avaliação.

1 CARACTERÍSTICAS DO MODELO

O Modelo Holístico é abrangente por pretender enfocar os fatores biopsico-sócio-cultural como indicadores predeterminantes de risco (oriundos e facilitadores) de iniciação ao uso/consumo e do abuso de drogas legais e ilegais configurando-se como drogadependencia, e se concentrar naqueles fatores considerados protetores do consumo de drogas por adolescentes e préadolescentes, faixa etária de maior vulnerabilidade (9 a 19 anos).

Este modelo biopsico-sócio-cultural pretende integrar as atividades desenvolvidas pela comunidade escolar com a família (do aluno), os agentes sociais e lideranças presentes no contexto sócio cultural onde reside o estudante.

O modelo holístico visa orientar o planejamento de programas e estratégias de intervenção de prevenção a drogadependencia, ou seja, prevenir o uso (o surgimento de novos casos), retardar a idade de início do consumo disfuncional (drogadicção) e impedir os problemas derivados do consumo disfuncional (abuso) de drogas lícitas e ilícitas, através de estratégias de intervenção centradas na prevenção primária e secundária .

1.1 População alvo

O planejamento de estratégias de prevenção à drogadependencia é direcionada a três grupos de população descritos a seguir:

- Adolescentes e préadolescentes (9 a 19 anos), especialmente os estudantes do ensino médio e aqueles escolares das ultimas séries do ensino fundamental;
- Agentes Sociais da comunidade escolar tais como pais/ familiares de alunos e professores; lideres da juventude;
- Outros Agentes sociais da comunidade bairro/ residencial tais como profissionais educadores de serviços de saúde,de serviços sociais, desportivos e culturais, lideres da juventude, lideres de associações de pais/famílias de moradores, policiais municipais (brigada militar, trânsito), juízes, políticos e religiosos do conjunto da população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Os objetivos gerais de prevenção às drogadependencias na escola são os seguintes:

- Retardar o início do uso de drogas legais e ilegais para prevenir os problemas derivados do consumo;
- Prevenir o consumo abusivo de drogas pelos adolescentes;
- Reduzir a taxa de jovens drogadependentes;
- Formar atitudes e condutas positivas voltadas à valorização da vida através da adoção de um estilo de vida saudável, e desfavorável ao consumo de drogas;
- Valorizar o potencial criativo pessoal e atitudes sociais responsáveis num sentido de dignidade e de cidadania;
- Reforçar aos pais da importancia de valorar e demonstrar atitudes e comportamentos positivos voltados a um estilo de vida familiar saudável, desfavorável ao consumo de drogas;
- Motivar e proporcionar a integração entre comunidade escolar (professores, administradores/ direção, alunos) com as famílias e distintos grupos de moradores e lideranças integrantes da comunidade, para tomada de decisões e resolução de problemas relacionados com as drogas (oferta, disponibilidade,tráfico e epidemiologia de consumo, drogadependentes) .

2.2 Os objetivos específicos

Os objetivos específicos desse modelo são os seguintes:

2.2.1 Junto aos alunos /estudantes

- Promover e estimular atividades voltadas ao autocuidado físico, psicológico e social que promovam a saúde e bom desenvolvimento biopsicosocial;
- Desenvolver habilidades sociais como estratégias de resistência diante de pressões e situações de risco ao consumo de drogas;
- Promover a auto-estima e a capacidade para estabelecer relações pessoais sólidas;
- Ativar e fortalecer as relações interpessoais entre a escola, a família e a comunidade;
- Demonstrar tolerância à frustração e resistência a pressão do grupo social;
- Conhecer e evitar práticas de risco;

- Adquirir e dispor de uma bagagem de conhecimentos necessários para estimular uma conduta alternativa livre de drogas;
- Estimular a manifestação do potencial de criatividade e de sua utilização voltada para assumir posição de agente social em matéria de prevenção ao uso e abuso de drogas (legais e ilegais) entre os amigos, companheiros de escola e grupos de iguais em sua comunidade;
- Identificar líderes e habilitá-los para assumir a posição de agente social incidindo nos lideres intermediários como atores ativos disseminadores de ações voltadas à prevenção as drogas e expansão de programas direcionados a estilo de vida saudável;
- Identificar precocemente o usuário potencial e comportamentos de consumo disfuncional, visando prevenir efeitos relativos aos problemas psico-patológicos e sócio-familiares.

2.2.2 Junto à família

- Reforçar aos pais a importância de formar atitudes positivas e manifestar comportamentos voltados para manutenção da saúde física, psicológica e social dos membros da família;
- Estabelecer e aperfeiçoar as formas de comunicação familiar;
- Dispor e habilitar os pais de uma bagagem de conhecimentos para intervir na prevenção de drogas, incentivando-os que assumam a posição de agentes preventivos eficazes em sua família e em seu circulo social;
- Aumentar o tempo de convívio e interrelações na família, através do fomento do ócio e tempo livre, e ativação de outras atividades da vida cotidiana;
- Abandonar/ Reduzir o consumo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, medicamentos,etc) de parte dos membros adultos da família;
- Motivar os pais para participar ativamente das questões relacionadas com o ambiente escolar, e aqueles problemas relacionados com o tema drogas, oportunizando-os a opinar na resolução de problemas e a tomar decisões;
- Motivar os pais para participar ativamente como agentes multiplicadores de prevenção ao consumo de drogas e formadores de condutas mais saudáveis de valorização da vida em sua comunidade, para promover a abstenção do consumo de drogas legais e ilegais.

2.2.3 Junto à comunidade

- Formar os distintos agentes sociais em materia de prevenção para que sejam multiplicadores motivando lideres de grupos moradores/vizinhança, clubes recreativo – social-cultural, clubes de pais para se tornarem veículos de expansão do programas de prevenção ao uso e abuso de drogas legais e ilegais;
- Estabelecer e aperfeiçoar as redes de comunicação social entre diferentes grupos, estimulando as relações interpessoais intergrupos e intragrupo;
- Promover grupos de agentes de socialização que manifestem seu potencial de criatividade criando materiais e atividades direcionadas para adoção de um estilo de vida saudável, promovendo atividades de ócio/ lazer e tempo livre na comunidade sem o consumo de drogas;
- Utilizar os recursos humanos, recursos urbanísticos (lazer, parques, praças), social e sanitário presentes no contexto escolar para dinamizar e expandir o programa de prevenção ao consumo de drogas;
- Motivar os agentes sociais e lideranças da comunidade para que num envolvimento conjunto entre escola ,alunos e familias exerçam pressão, junto a autoridades locais, para tomada de decissões legais efetivas diante dos problemas decorrentes das drogas, que afetam a comunidade como um todo;

- Avaliar os resultados do programa de prevenção de drogadependencias. (Objetivo a curto, médio e longo prazo).

3 PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PREVENTINA

No planejamento de ações educativas direcionadas a prevenção do uso e abuso, ou seja, do consumo disfuncional de drogas " substâncias psicoativas lícitas e ilícitas" que caracterizam a drogadependência deve ser previsto uma ampla interdisciplinaridade.O trabalho multidisciplinar numa perspectiva sistemica deve envolver não somente o corpo docente e administrativo da escola, mas também contar com o apoio de profissionais especializados em problemas de prevenção de drogas como médicos, enfermeiros, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, sociólogos, antropólogos, juízes e políticos implicados com o tema na comunidade e que formam parte da microsociedade formada pela comunidade escolar e comunidade familiar. É imprescindível o envolvimento dos alunos como sujeitos ativos e de sua família (pais) por ter esta uma relação direta com a educação e formação dos filhos e para a eficácia do programa educativo de prevenção a drogadependências.

3.1 Estratégias

A partir do modelo holístico integrador as estratégias adotadas para desenvolvimento de atividades ou programas de educação preventiva devem priorizar atitudes direcionadas a prevenção primária e secundária a drogadependência. O planejamento das estratégias de prevenção deverá ser adaptado à situação real para alcance dos objetivos pretendidos. Partir, portanto, da interpretação da realidade concreta, considerar o tipo de contexto escolar sócio-econômico-cultural, a população alvo, a existência de recursos econômicos, materiais e humanos na escola, a presença de grupos de agentes sociais influentes na comunidade, os meios de comunicação de peso e outras entidades recreativas, sociais, esportivas, culturais e de lazer, a existência de serviços de prevenção e tratamento de drogadependencias, e de promoção à saúde através da adoção de estilo de vida saudável.

Os métodos de abordagem do problema das drogas a serem adotados devem mobilizar o potencial psicoafetivo, cognitivo e social dos beneficiados pelo programa de intervenção educativa a prevenção ao uso e a drogadependencia. Na escolha dos métodos de abordagens, dar prioridade aos métodos ativos criativos, promotores de estabelecimento de uma comunicação intra e interpessoal, estimulador de expressão verbal e não verbal, incentivador da expressão do potencial de criatividade na realização de trabalhos individuais e de grupo, facilitadores de intercambios contínuos entre os estudantes com o corpo docente, estudantes e familiares e outros agentes sociais integrantes do contexto escolar e do contexto sócio-cultural comunitário.

3.1.1 Técnicas de abordagens

As **Técnicas** mais utilizadas devido aos bons resultados alcançados, que podem viabilizar os objetivos estabelecidos neste modelo são as seguintes:

- Dinâmica de grupo: resolução de problemas e tomada de decisões direcinadas a
  - prevenir a pressão do grupo;
  - prevenir a perda de valores;
- Rol-Playing;

- Sociodrama;
- Relax imaginativo;
- Fórum associado ao cine, ao vídeo e outros meios audiovisuais, diapositivos e transparências;
- Turbilhão de Idéias (TI) ou " *brainstorming*"
- Teatro, dramatização;
- Jogos pedagógicos de clarificação de valores, de simulação, de solução de problemas, de tomada de decisões;
- Campanhas de motivação;
- Gincanas, competições esportivas;
- Concursos literários, contos;
- Entrevistas com especialistas, legisladores, políticos, administradores,etc.

3.2 Recursos materiais e humanos

Para que os objetivos de prevenção as drogadependencias e as estratégias que pretendemos utilizar sejam viáveis , devemos levar em consideração os materiais que temos disponíveis e que vamos empregar, bem como os recursos humanos, ou seja pessoal habilitado que participará ativamente desde o planejamento, da implantação e do desenvolvimento do modelo , bem como de sua avaliação contínua.

3.2.1 Recursos materiais

Para a elaboração de materiais didáticopedagógico deve ser envolvido e utilizado o potencial expressivo de criatividade dos alunos/estudantes, de professores, de pais/familiares, e outros agentes sociais educadores da comunidade numa ação multidisciplinar. Os materiais propostos podem ser cartazes, folders, jornais/ boletins informativos, fichas de trabalho, gravações, textos , contos/ histórias , jogos de saúde, álbuns de saúde, audiovisuais (multimídia, diapositivos, vídeos, etc.), markting/propaganda do programa (camisetas, bonés, pastas, balões, canetas, guarda sol, etc para aquisição.).

A utilização de recursos materiais já disponíveis como: livros de consulta e leitura, revistas com matérias sobre tema drogas, jogos pedagógicos, publicações boletins/jornais especializados, vídeos gravados de debates em grupos na imprensa e meios de comunicação, teleconferência.

3.2.2 Recursos humanos

Os professores e demais profissionais especializados e demais envolvidos na aplicação do modelo holístico de prevenção ao uso e abuso de drogas na escola devem ser habilitados através de programas de formação que enfatizem uma visão de ecologia humana. Os conhecimentos teóricos e práticos devem estar apoiados em conhecimentos científicos compatíveis às características psico-socio- educativas e culturais dos estudantes e grupos de jovens beneficiários-alvo (crianças e adolescentes). Os pais /familiares, estudantes como agentes comunitários, e outros agentes sociais deverão também ser habilitados com programas de formação que também enfatize uma visão de ecologia humana.

Consideramos ser imprescindível o investimento em programas de Formação Permanente dos professores; dos pais/ familiares; de alunos/ estudantes como agentes sociais

comunitários; de outros agentes sociais (técnicos da saúde, as. Sociais, policia ,etc..) como mediadores presentes em serviços existentes na comunidade.

CONSIDERAÇÕES

Este modelo holístico se fundamenta na análise do estilo de vida que pré determina os fatôres de risco ao nível individual, microsocial e macrosocial que em conjunto favorecem as condições de vulnerabilidade dos adolescentes para o consumo de drogas. O conhecimento dos fatores de risco presentes no contexto macrosocio-cultural e microsocial onde se pretende propor um programa preventivo ao consumo de drogas é de extrema importância, por permitir e oferecer uma fundamentação segura para o planejamento de estratégias contextualizadas, bem como sua implantação e avaliação sistemática. Os fatores de risco pessoal são decorrentes das características físicas e da identidade pessoal dos indivíduos, tais como: autoconceito negativo, baixa autoestima, insegurança na ação, ausência de autonômia, incapacidade para resolução de conflitos e lidar com determinadas situações, escasa tolerância a frustração, ausência de valores ético-morais, atitudes e condutas manifestas de rejeição das normas sociais e problemas nas relações interpessoais e sociais.

O conhecimento dos fatores de risco presentes no contexto microsocial – família, escola e grupo de iguais –, ao qual o indivíduo está vinculado afetivamente, são de extrema importância para no momento adequado poder manter e corrigir hábitos, atitudes e condutas. Eles desempenham um papel relevante na configuração de um estilo de vida saudável ou de um estilo de vida de risco de consumo disfuncional de drogas.

O contexto macrosocial – bairro,cidade, – entendido como as condições sociais e culturais onde se desenvolvem as crianças e adolescentes, contém a totalidade de influências e estímulos que estes internalizam durante todo seu desenvolvimento biopsicosocial e contribui para a configuração de seu próprio sistema de valores e atitudes, tanto vitais como perante as drogas.

Os fatores de risco presentes no contexto macrosocial e cultural, tais como um sistema de valores sócio cultural dominante, determinadas atitudes sociais, normas de controle, relações sociais deterioradas, má ocupação e administração do ócio e tempo livre, influência dos meios de comunicação social, geram adoção de estilos de vida susceptives de criar uma percepção e uma valorização positiva do consumo de drogas.

Estes fatores são predeterminantes a propensão, uso e abuso, consumo disfuncional, rechaço,e configuram o quadro revelador da drogadicção na adolescência.Os fatores de risco que emergiram através do conhecimento do Estilo de Vida (pais e filhos) manifestado pelos estudantes adolescentes participantes da investigação subsidiaram o modelo holístico. A partir deste conhecimento e das indicações expressadas pelos adolescentes será possivel identificarmos os fatores de proteção presentes na realidade familiar, na escolar em sua dinâmica interna e contextualizada, no contexto sociocultural residencial, no ambiente macrosocial e planejar atividades preventivas ao uso e abuso de drogas entre pré-adolescentes e adolescentes.

Os indicadores de fatores de risco resultantes da investigação que oportunizaram a construção deste modelo podem servir de referência para o planejamento de programas de prevenção em outros contextos.

TERCEIRA PARTE
CONFIGURAÇÃO DA ADOLESCÊNCIA: VALORES, POTENCIALIDADES E FATORES RELACIONADOS AO CONSUMO DE DROGAS

CAPÍTULO VII
ADOLESCÊNCIA, VALORES, POTENCIALIDADES E FATORES RELACIONADOS AO CONSUMO DE DROGAS

INTRODUÇÃO

Neste capítulo aprofundamos o estudo sobre o consumo de drogas na adolescência.

Inicialmente descrevemos a **adolescência** enquanto etapa evolutiva que traduz todo um processo de maturação biopsicossocial do indivíduo.A partir da visão da psicanálise apresentamos a estrutura da personalidade descrita por Freud (1977) com as três instâncias do "aparelho psíquico": o id, o ego e o superego, descrevendo suas representações e manifestações através do comportamento manifesto da pessoa. Apresentamos aspectos reveladores do sujeito portador de um ego ideal muito aquém do ego real e o sentimento manifesto diante da não satisfação das expectativas do ego ideal (Freud,1977; Zimerman,1999). Esclarecemos sobre a dupla origem etimológica da palavra adolescência derivada do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), e *adolescere*, que significa adoecer, enfermar.Também sobre a diferenciação entre os termos adolescência e puberdade.A adolescência trata-se de um fenômeno psicológico e social (Blos,1985), já a puberdade diz respeito às modificações biológicas.

Apresentamos uma síntese dos principais modelos norteadores de estudos efetuados sobre adolescência, os quais tentaram teorizar e descrever as características marcantes desta etapa de vida, sendo descritos os modelos: fisiológico, sociológico e ambiental, psicanalítico, cognitivo e educativo.

Dá-se uma visão de como a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende ser a adolescência e de como caracteriza suas fases.Apresentamos as descrições de autores psicanalistas como Osório (1989), Outeiral (1994), Knobel (2000,1997) quanto a determinados elementos observados na clínica, que muito bem caracterizam a passagem por esta etapa evolutiva de vida, bem como da ocorrência de flutuações progressivas e regressivas não muito precisas que possam definir o início e término da adolescência. Destacamos as observações de Osório (1989), Krowczuk (2001), quanto ao término (idade) da fase adolescência na classe média brasileira em consonância as condições sócio-econômicas-culturais da família de origem do adolescente.

Descrevemos a visão de Aberastury, Knobel (1991) referente ao desenvolvimento psicológico que caracteriza a etapa adolescência com suas fases mais ou menos distintas (divisão faixa etária): a adolescência inicial, propriamente dita e final.Estes autores ainda destacam às manifestações contraditórias da personalidade do adolescente levando-os a considerarem determinadas características como próprias deste período como uma "*Síndrome da Adolescência Normal*".

Aprofundamos o estudo da adolescência ao descrever as vivencias desta etapa de vida caracterizada por intensas transformações biofisicopsicossociais sentidas pelos jovens do

sexo masculino e feminino entre os doze aos dezoito anos de idade. A luta continua em busca de meios para aquisição da sua própria identidade, a reformulação e aceitação de nova imagem corporal, os conflitos entre gerações, a crise existencial, as dificuldades em tolerar as frustrações, controlar situações geradoras de ansiedade e difíceis para elaboração de lutos normais deste período evolutivo: a) luto pelo corpo infantil perdido; as perdas da (fantasia) bissexualidade; b) luto pela identidade e papel infantil perdido na família e na sociedade; c) luto pela perda dos pais da infância.

Apresentamos uma versão atualizada descrita por Knobel (2000) referente às características da adolescência normal com sua diversidade de manifestações de conduta que traduzem a então denominada *Síndrome da Adolescência Normal*,bem como uma lista de indicadores que nos auxiliam a diagnosticar uma psicopatologia, ou seja,a pensar e definir se um comportamento ou sintoma manifesto pelo adolescente é patológico ou não.

Destacamos a visão de Grynberg, Kalina (1999), Marcelli, Braconnier (1989) quanto ao que vai caracterizar este período da adolescência, são as alternâncias constantes e intensas de um pólo para outro: as manifestações de intolerância exacerbada manifesta por meio da agressividade e do exibicionismo, e por outro lado, uma depressão dissimulada entre risos esganiçados, vozes altas e desafinadas. Para os autores a manifestação de agressividade e os momentos depressivos são elementos indispensáveis para uma boa elaboração da crise que se exacerba neste período da adolescência.

Elucidamos que a origem etimológica da palavra *droga* significa "mentira, embustre", e *adicto* significa escravo.A droga representa para o adicto a solução ilusória para torná-lo um ser grandioso "super homem" capaz de enfrentar seu drama existencial (não elaboração de perdas,carências afetivas), suportar a hipocrisia em seu contexto familiar e social.

Analisamos as raízes do uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas na adolescência.A drogadicção do ponto de vista psiquiátrico e psicanalítico.O ser humano propenso a qualquer forma de adicção deve ser analisado como produto de uma evolução ligada aos fatores psicológicos, genéticos, ambientais com os códigos de comunicação predominantemente não verbais contraditórios no ambiente familiar e social que vai sendo internalizado ao longo das etapas de seu desenvolvimento biopsicossocial.

Apresentamos uma classificação geral dos fatores de risco relacionados ao uso e abuso de drogas, e ou substâncias psicoativas atribuído a fatores genéticos, psicológicos, sociais ou ambientais.Destacamos aqueles fatores descritos por Dembo (1985), e Calafat (1995) que foram identificados em programas de prevenção ao consumo de drogas descritos por americanos e europeus.

Descrevemos sobre a crise da adolescência, e o desenrolar-se em cenários (tempo e espaço) específicos contida entre a família e a sociedade. Procedemos a uma leitura psicanalítica do papel que desempenha o filho adicto dentro do contexto familiar e o que traduz, ou nos revela com sua doença "dependência química, toxicomania, drogadependencia" Kalina (2001). Apresentamos um decálogo que leva os adolescentes as drogas citadas por Knobel (2000). Também consideramos importante listar alguns fatores considerados de proteção que entendemos que podem protelar ou dificultam o uso e abuso de drogas pelos adolescentes.

A seguir aprofundamos o estudo sobre **auto-estima**. Descrevemos as dimensões de auto-estima, como e quais as formas de expressá-la.Apresentamos as concepções expressadas por Burns (1993), Heller (1982). Descrevemos sobre a fase da adolescência e das dificuldades enfrentadas pelo adolescente em não conseguir elaborar suas perdas, e vir a construir e adequar-se ao seu novo mundo podem desencadear sentimento de impotência ou fracasso e afetar sua auto- estima (desestima) e evadir-se para o mundo das drogas.

Apresentamos a visão de García-Monge (1994) sobre as dificuldades e imaturidade psicológica do adolescente que nega o mundo real e evade para algum tipo de adicção, e das sérias conseqüências de uma vida paralela mantida pelo uso e abuso de substâncias psicoativas.

Descrevemos as considerações de Panniker (1994), que chama atenção para as varias formas de comunicações (inconscientes) utilizadas pelos jovens para revelar sua fragilidade e nível de insatisfação diante do sistema de valores transmitidos pela família e lideranças representativas da sociedade, bem como as formas e artifícios de compensação utilizados pela juventude para burlar suas carências afetivas, compensar as frustrações, enfrentar os conflitos existenciais e não deixar transparecer uma total ausência ou débil auto-estima, e dificuldade de expressar o autoconceito. Aprofundamos as idéias de Apodaca (1993), Willian James sobre o processo de construção e fortalecimento da auto-estima.

Analisamos quais são as prováveis causas da drogadicção, e porque acontecem na sociedade moderna brasileira e nos países mais desenvolvidos como Estados Unidos e Comunidade Européia.

Aprofundamos o estudo da **auto-estima do adolescente drogadicto** a partir das pesquisas de Bowlby (1994), Rosenberg (1965); Megargee, Parker, Levine (1971); Coopersmith (1967); Bronfenbrenner (1961); Mosquera (1983); Apodaca (1993). Reflexões sobre o tema nos levam a acreditar que alta auto-estima é um recurso interno positivo que dispomos para enfrentar os desafios da vida cotidiana, e deve ser interpretada como um antídoto eficaz contra as diversas formas de dependências.

Descrevemos alguns sintomas manifestados pela pessoa que são indicadores de uma baixa auto-estima (desestima), bem como aquelas atitudes e posicionamentos reveladores de uma alta auto-estima.

Analisamos sobre o sentido da vida e formas conducentes a resgatá-lo, indo ao encontro das idéias de Frankl (1987), que relembra da existência de três razões da origem do sentimento de vazio existencial.Elas são resultantes de conflitos de consciência, de valores e frustrações existenciais, ou seja, um narcisismo patológico conjunto ao hedonismo muito forte em nossa juventude reflexo de nossa sociedade.

Apresentamos o que Rappoport (1986) entende por identidade "*o sentido que o adolescente tem de si mesmo como indivíduo singular e único, é uma força organizadora, que aparece progressivamente e que unifica diversas facetas sob si mesmo, dando-lhes condições para começar a resolver seus conflitos e confusões deste período próprio e característico do desenvolvimento da personalidade"(p. 57).*

A seguir aprofundamos o estudo sobre **valores na adolescência e adicção ao mundo das drogas.**

Apresentamos as concepções sobre valores de diversos autores (Heller,1972; Rokeach, 1973) e as conclusões de Perron (1987) que entende ser os valores *"cognições normativas (crenças) relativas a objetos desejáveis, e que orientam para a ação, em situações que exigem uma tomada de posição"(p.64,86).*

Destacamos a classificação apresentada por Rokeach (1973) que divulga a existência de valores terminais e os instrumentais.Os valores terminais são de dois tipos: sociais e pessoais (intra e interpessoal), já os valores instrumentais são de duas ordens: morais e de competência.Apresentamos na Figura 4 a lista de valores terminais e instrumentais.

Analisamos a relação existente entre valores e comportamento manifesto da pessoa. Descrevemos aspectos que caracterizam os valores e a diferenciação de outros conceitos como: processo de valorização, necessidades, atitudes e interesse.Também discorremos sobre valores e personalidade.

Aprofundamos o estudo sobre valores e personalidade,bem como desenvolvimento dos valores na adolescência. Descrevemos as diversas contribuições da psicanálise, behaviorismo, fenomenologia e da psicologia social cognitiva que teorizam sobre o modo como os valores são introjetados e de sua evolução nas diversas etapas da vida. Descoremos sobre as teorias que discutem os valores num enfoque moral, especialmente as idéias de Piaget (1932), e Kohlberg (1976) desenvolvidas a cerca do desenvolvimento moral na idade evolutiva.

Analisamos o sistema de valores e sua dimensão com a globalização mundial,os que orientam a conduta pessoal e de seus grupos, dentro do núcleo familiar e na sociedade. Descoremos sobre a educação em valores conducentes a valorização da vida, a importância da educação moral junto à juventude, e o papel do educador (pais, professor, terapeuta) para auxiliar na reflexão e resolução de seus conflitos morais, sociais, estéticos-intelectuais,transcendentes e psicobiológicos (Moradillo,1994; Perron,1987; Vasconcellos, 1997).

Aprofundamos a analise sobre a problemática dos valores na adolescência e o consumo diversificado de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) e suas formas de consumo em diversas camadas sócio-econômicas e culturais por adolescentes, adultos e até idosos.

Apresentamos as propostas de Moradillo (1995) com sua classificação organizada em cinco categorias de grupos de valores: psicobiológicos, morais, sociais, estético-intelectuais e transcendentes, como também os resultados do estudo que analisa a relação entre consumo de drogas e valores.

Destacamos os estudos sobre o consumo de drogas e os valores ocultos da sociedade,os valores da juventude, a clarificação de valores conducentes à valorização da vida desenvolvidos por certos autores (Krowczuk, 1997; Alonso et al., 1995; Vega, 1994; Elzo et al., 1992; Comas, 1991; Rokeach, 1986; Kalina, 1988) que acreditam em intervenções educativas, preventivas, terapêuticas e de reinserção social do adicto, ações sustentadas em valores que estimulem o repensar e adotar um novo estilo de vida resistente à oferta de drogas. Os estudos sobre a identificação de valores polarizados em grupos de opostos, emergentes de conflito familiar de dependentes químicos e abordagem terapêutica centrada na reformulação de valores (Ackerman,1986; Robaina,1996).

A seguir aprofundamos o estudo sobre **criatividade e adolescência**, apresentamos os esforços das Ciências Cognitivas que em conjunto a outras ciências, através da interdisciplinaridade visam ampliar seus conhecimentos a respeito de funcionamento psíquico de mentes criativas e traços reveladores da personalidade criativa. Apresentamos um panorama dos distintos enfoques teóricos que foram estudados e divulgados a partir de 1900 até fins do Século XX, por renomados cientistas

Descrevemos as distintas abordagens teóricas que tem estudado a criatividade e a personalidade, especialmente as contribuições da Psicologia sob distintas abordagens como a Humanista, a Psicanalítica, a Cognitiva e a Gestáltica.Destacamos algumas contribuições na atualidade de autores (Beck, Alford, 2000; Sternberg, 2000, 1996; Boden, 1999; Gardner, 1999, 1996; Wechsler, 1999, 1998; Alencar, 1995,1996; Prado Díez, 1995, 1993, 1987,1988; Torre, 1995, 1993, 1987; Csikszentmihalyi, 1992,1993; Treffinger, Sorotore, Cross, 1993; etc.) que tem aprofundado seus estudos na investigação do pensamento criador e do processo criativo e no desenvolvimento de técnicas de treinamento e estimulação da criatividade.

Apresentamos uma síntese de estudos realizados por autores que estudam a criatividade numa visão enquadrada nas seguintes abordagens: cognitiva, integrativas , sociais e históricas, neurológicas. Aprofundamos o estudo da personalidade criativa**,** destacando as características cognitivas e afetivo-emocionais na personalidade da pessoa criativa, as características do adolescente criativo e inteligente, as diversas formas de manifestação do potencial de imaginação criativa. Descrevemos as manifestações de criatividade do adolescente talentoso, os lideres de grupos, o intelectual e o rebelde.

Elucidamos a presença de barreiras no contexto familiar e social ao desenvolvimento e manifestação livre da criatividade.Analisamos a relevância do estimulo e desenvolvimento da criatividade na criança, no adolescente em seu contexto escolar.Destacamos o papel da família, do professor, do terapeuta em estimular e permitir ao individuo uma completa liberdade de expressão simbólica do seu mundo interno através das distintas formas de manifestações de imaginação criativa.Apresentamos uma síntese de algumas técnicas e programas que foram desenvolvidos por destacados pesquisadores com intuito de estimular o indivíduo para treinar tanto atitudes como habilidades específicas,relacionadas à criatividade.

Finalizamos refletindo que a atual sociedade deve impulsionar as pessoas a desenvolverem e expressar livremente seu potencial de imaginação criativa em todas as áreas, em distintos campos de exercício profissional, pois avançaremos em novas tecnologias através de mentes dotadas de capacidades inventivas e originalidade criativa.

Finalmente analisamos o tema que trata de **exclusão social e escolar de crianças e adolescentes brasileiros.**

Aprofundamos a análise sobre a problemática dos excluídos e marginalizados do atendimento de políticas sociais básicas, que são nossas crianças e adolescentes “de rua ou estão na rua”, que pelo processo de empobrecimento de suas famílias são os grandes penalizados pela nossa sociedade, os excluídos da escolarização. Esta população de jovens que não tem acesso, e/ ou são excluídos das instituições públicas de Ensino Fundamental e Médio, por fracasso e/ou por evasão escolar , porque necessitam trabalhar para ajudar na sobrevivência dos familiares, são os estigmatizados pela atitude e negligência da sociedade,e inevitavelmente candidatos à marginalização ou a delinqüência.

Apresentamos a visão de Figueira Mello (1991) sobre o empobrecimento das classes trabalhadoras no país e das conseqüências para família e filhos, que para tentar sobreviverem são expulsos para áreas periféricas distantes, em condições de vida sub-humanas com precárias ou inexistência de instituições de ensino, saúde, saneamento básico.

Destacamos os estudos de Sposito (1992) sobre o crescimento da pobreza no país, sendo que as populações jovens pertencentes às camadas mais desfavorecidas são as mais afetadas pela recessão e ausência de desenvolvimento social.Os altíssimos índices de desemprego entre adolescentes e jovens e altos índices de ausência de vagas no mercado de trabalho, assim marcando um quadro violento de exclusão a que são submetidos os jovens brasileiros, acarretando impossibilidade afetiva de realização pessoal, familiar e de trabalho.

Apresentamos os resultados de um estudo realizado pela UNICEF (2002) que aponta ser mais de dois milhões de adolescentes brasileiros, em idades de 12 a 18 anos, que estão fora da escola, se encontram nas ruas realizando algum tipo de trabalho formal e informal, pois são obrigados a auxiliar economicamente e/ ou manter a sobrevivência da família.

Na visão de Adorno (1991) os jovens expulsos da escola brasileira são impulsionados pela própria sociedade para a delinqüência, mas para a opinião pública ora são visto como agressores criminais, ora como vitimas da sociedade que é omissa.

Finalizamos refletindo que os jovens marginalizados, sobretudo quando sofrem processos de exclusão social passiva em função da violência social contínua, e da falta de perspectivas de ascensão social a uma vida digna proporcionada pelo trabalho e melhor nível educacional, revelam que sofrem de profundas carências imaginárias e identificatórias e acabam indo para o mundo das drogas, como usuários e exercendo o tráfico (Krowczuk, 1997; Violante, 1997).

1 ADOLESCÊNCIA E ADICÇÃO AS DROGAS

A adolescência é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano que traduz todo um processo maturativo biopsicossocial do indivíduo.

Freud estabelece uma íntima correlação entre as mudanças fisiológicas e as mudanças comportamentais, o que podemos observar em seu conceito de fases de desenvolvimento psicosexual. De acordo com o autor, nos primeiros anos de vida, a criança passa por cinco fases (oral, anal, fálica, de latência, e adolescência) que determinam a formação e o desenvolvimento da personalidade.

1.1 Personalidade

A estrutura da personalidade consiste em uma divisão tripartite da mente “aparelho psíquico” em três instâncias: o id, o ego e o superego.O comportamento é o resultado destes três sistemas (Freud,1977).

O **Id** é considerado o pólo psicobiológico da personalidade e constitui o que é herdado e está presente no nascimento.O Id é a fonte e o reservatório de toda energia psíquica que anima a operação dos outros dois sistemas (Ego e Superego), e esta se manifesta em forma

de pulsões inconscientes, que estimulam o organismo.O Id só conhece uma lei: o princípio do prazer. Os impulsos do Id são exigências primitivas, irracionais, de satisfação imediata (processo primário do pensamento) sem distinguir entre a realidade e a fantasia.Seu objetivo é evitar a dor e obter o prazer.Quando se instala uma impossibilidade (evitar a dor), o Id encontra, nos indivíduos sadios, uma saída através dos sonhos e, nos mentalmente enfermos, nas alucinações (Freud,1977).

O **Ego** é inato, tem energia própria, ainda rudimentar, desde recém nascido o ego do bebê já interage com a mãe.O Ego se manifesta quando a pessoa se defronta com o mundo objetivo precisa aprender a se relacionar e adaptar-se a realidade.Sua atividade psíquica (percepção, pensamento, memória, atenção, planejamento, tomada de decisão) é na maior parte consciente (da personalidade), e em parte inconsciente (produção de angústia, mecanismos de defesa, fenômenos de identificação e formação de símbolos), é ainda a sede de representações que determinam a imagem que a pessoa tem de si própria "auto-imagem" e, quanto seu sentimento de identidade e de auto-estima. O EGO funciona como um *mediador*, *integrador* e *harmonizador* entre as pulsões do id, as exigências e ameaças do superego e as demandas da realidade exterior. Portanto, seu papel é o de um mediador entre as exigências instintivas do organismo e a situação ambiental (Freud,1977).

O **Superego** é uma integração das forças sociais repressivas que o indivíduo encontra no decurso do seu desenvolvimento.Ele representa as forças restritivas e inibidoras, as normas e valores morais, éticos da sociedade.Essas normas e valores se revelam através das recompensas e punições aplicadas pelos pais diante da conduta da criança.Com o passar do tempo, a criança introjeta a figura dos pais como forças externas de controle social. Forma-se então a consciência moral, o senso de moralidade da criança, que vai determinar se algo que faz é certo ou errado, de tal modo que ela possa agir conforme os padrões morais, éticos autorizados pelos agentes da sociedade.Segundo Freud "o superego é o herdeiro do complexo de Édipo", ou seja, é formado pelo precipitado de introjeções e identificações que a criança faz com aspectos parciais das figuras parentais (pai e mãe), as suas proibições, exigências, ameaças, mandamentos, padrões de conduta e tipo de relacionamento existente entre ambos os pais.Também, inclui na formação do superego da criança aspectos da *transgeracionalidade* (herança cultural), como os valores morais, éticos, ideais, preconceitos e crenças ditadas pela cultura familiar. A criança incorpora um sistema de desaprovações,punições e aprovações, recompensas através da figura dos pais, ou de outras pessoas representativas introjetadas. O superego é praticamente inconsciente, é o gerador de **culpas**, com as conseqüentes angústias e medos. A criança quando rejeita as normas, sente-se culpada, punida, e ao aceitá-las, se sente recompensada, orgulhosa, o que vai formar o seu Ego Ideal. Com o passar do tempo, desenvolve um autocontrole, que será o substituto do controle parental (Freud,1977).

O **Ego Ideal** se constitui no "herdeiro do narcisismo primário", e funciona no plano imaginário, alicerçado na fantasia onipotente, ilusória, própria da indiscriminação com o outro (persiste a fantasia de fusão diádica-simbiótica com a mãe), em que "ter" é igual a "ser", e vice-versa.O sujeito portador de um ego ideal, predominante no seu psiquismo, espera o máximo de si mesmo, e geralmente nutre virtualmente ideal inalcançável,e como as identificações são primárias (tipo adesivo ou imitativo), o sentimento de identidade revelado é o de falsidade.O ego ideal costuma estar muito aquém do ego real, mas ao querer manter a ilusão, o sujeito utiliza fortes recursos defensivos de "negação", como o da *renegação* (ou *desestima*), propriamente dos estados narcísicos parciais (perversões), ou o da *forclusão*, presente nos estados narcísicos totais (psicoses) O sentimento marcante diante as frustrações

das expectativas do ego ideal, muito mais do que culpas como no superego, é o de **humilhação**.(Zimerman, 1999; Freud, 1977).

Na vida real "normal", o Id, o Ego e o Superego enquanto instâncias da personalidade humana devem funcionar como uma unidade harmônica.

1.2 Adolescência

A adolescência é a idade da mudança, como implica a própria etimologia da palavra. Ela tem uma dupla origem etimológica por caracterizar bem as peculiaridades desta etapa da vida. Ela deriva do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), significando a condição ou processo de crescimento, ou seja, o indivíduo está apto a crescer. Adolescência também deriva de adolescer, do latim *adolescere*, significa adoecer, enfermar. Esta dupla origem etimológica obriga a pensarmos que nesta etapa de vida o indivíduo além de estar apto para crescer (físico e psíquico) também esta para adoecer (sofrer emocionalmente como resultado das transformações biológicas e mentais que ocorrem nesta faixa da vida).

A adolescência é uma passagem da infância à idade adulta. É o segundo grande salto para a vida, mas em direção a si mesmo, como ser individual.É um novo e grande desprendimento, não mais do seio materno, mas sim do núcleo familiar, embora árduo e longo processo sua meta é a aquisição de sua própria identidade. Portanto este grande salto "renascimento" para vida própria, nos mostra a ocorrência de um duplo movimento de renegação de sua infância, por um lado, e de busca de um estatuto estável de adulto, por outro, é que constitui a própria essência da "crise", do "progresso psíquico" atravessado por todo adolescente (Grynberg, Kalina, 1999; Marcelli, Braconnier,1989).

Compreender este período transitório, descrever as linhas de força em torno das quais aos poucos se ordenará esta confusão psíquica e corporal, constitui um empreendimento árduo e desafiador.

1.2.1 Modelos de compreensão da adolescência

Na literatura encontramos diversos modelos de compreensão e grandes quadros conceptuais que tentaram apreender ou teorizar os remanejamentos característicos desta idade de vida. Os estudos sobre a adolescência articulam-se em torno dos quatro modelos principais a seguir:

- o *modelo fisiológico*, com a crise da puberdade, os remanejamentos somáticos subseqüentes , a emergência da maturidade genital e as tensões daí resultantes;
- o *modelo sociológico e ambiental* , que valoriza o papel essencial desempenhado pelo meio na evolução do adolescente: o lugar reservado por cada cultura à adolescência, os espaços deixados por cada subgrupo social à adolescência e, por fim, as relações entre o adolescente e seus pais são elementos determinantes;
- o *modelo psicanalítico*, que presta conta dos remanejamentos identificatórios, das mudanças nos vínculos com os objetos edipianos e da integração da pulsão genital na personalidade;
- os *modelos cognitivo e educativo*, que abordam as profundas modificações da função cognitiva, o notável desenvolvimento da capacidade intelectual quando não houver entraves, com as múltiplas aprendizagens sociais que autoriza (Marcelli, Braconnier,1989).

Portanto a adolescência nos conduz a refletirmos sobre dois elementos básicos: 1) é que existem distintas experiências adolescentes que dependem dos aspectos psicológicos e do contexto sócio-cultural onde vive o adolescente; 2) é que a adolescência revela ter diferentes fases com características peculiares (Osório,1989; Outeiral,1994).

É importante esclarecer a diferenciação entre os termos adolescência e puberdade.

A **puberdad**e expressa a ocorrência de modificações biológicas que inicia entre os nove e quatorze anos de idade aproximadamente caracterizando-se pelo surgimento de uma atividade hormonal que desencadeia os chamados caracteres sexuais secundários. A **adolescência** é basicamente um fenômeno psicológico e social (Blos, 1985).

1.2.2 Adolescência e suas fases

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende ser a adolescência constituída de duas fases sendo a primeira dos dez aos dezesseis anos, e a segunda dos dezesseis aos vinte anos. Para Outeiral (1994) caracterizar o início e o fim da adolescência é uma posição arbitrária, pois contraria a prática clinica que tem demonstrado que ocorrem flutuações progressivas e regressivas não muito precisas as etapas de início e término da adolescência.

Para Blos (1985), a passagem pelo período da adolescência não se faz num ritmo constante em linha reta:

> *"As metas e realizações da vida mental que caracterizam as varias fases do período adolescente têm, como freqüência, uma direção contraditória e são qualitativamente heterogêneas, ou seja, a progressão, digressão e regressão evidenciam-se alternadamente, como sempre ocorre nas fases que envolvem transitoriamente alvos antagônicos. Os mecanismos defensivos e adaptativos se interligam, e a duração de qualquer das fases não pode ser fixada por nenhum esquema temporal ou referência etária*(p.5*)".*

O referido autor aponta que essa extraordinária elasticidade do movimento psicológico, que sublima a grande diversidade do período adolescente deve ser bem ressaltada, embora exista uma seqüência ordenada de desenvolvimento psicológico que pode ser descrita em termos de fases mais ou menos distintas.

Aberastury, Knobel (1991) apresentam uma divisão quando descrevem sobre a adolescência inicial, propriamente dita e final.

A adolescência inicial ocorre por volta dos doze anos de idade, caracteriza-se por transformações corporais significativas, decatexia dos objetos amorosos da infância e, conseqüentemente a busca de novos objetos. Os primeiros objetos de investimento amoroso e sexual são, geralmente, amigos do mesmo sexo. Neste momento, ainda não se observa uma nítida definição da identidade sexual como um sentimento de definição de gênero, ou seja, masculino ou feminino, ainda que conscientemente não existam dúvidas quanto ao sexo anatômico.

Na adolescência propriamente dita, que ocorre por volta dos quatorze aos dezessete anos de idade, acontece a evoluçãodo processo de identidade. Múltiplos aspectos

contraditórios de personalidade do adolescente emergem, tais como crescer e ou permanecer criança. Estas manifestações podem adquirir um caráter tão intenso e desagregador do ego que levam os autores (Aberastury, Knobel,1991) a considerarem as características deste período como uma ***Síndrome Normal da Adolescência.***

Através de experiências emocionais reais, de caráter heterossexual, o adolescente final (em torno dos dezoito anos) inicia um conjunto de descobertas que colocam em evidência as potencialidades do seu ego: capacidade intelectual, interesses culturais, constância emocional, estabilidade da auto-estima. Os autores ressaltam, que o processo de identificação não encerra na idade adulta, pois prossegue por toda a vida, através de sucessivos períodos críticos de reorganização egóica, devido a novas redistribuições da libido e as transformações de valores e ideais. As transformações corporais, as perdas da bissexualidade, da identidade infantil e dos pais da infância constituem os elementos que deverão ser trabalhados pelo ego do adolescente, através de um processo longo e instável de elaboração destes lutos.

Osório (1989) ao discorrer sobre adolescência a caracteriza da seguinte forma:

"• Redefinição da imagem corporal, consubstanciada na perda do corpo infantil e da conseqüente aquisição do corpo adulto (em particular, dos caracteres sexuais secundários);

- ***Culminação do processo de separação/individuação, e substituição do vínculo de dependência simbiótica com os pais da infância, por relações objetais de autonomia plena;***
- ***Elaboração de lutos referentes à perda da condição infantil;***
- ***Estabelecimento de uma escala de valores ou código de ética próprio;***
- ***Busca de pautas de identificação no grupo de iguais;***
- ***Estabelecimento de um padrão de luta/fuga no relacionamento com a geração precedente;***
- ***Aceitação tácita dos ritos de iniciação como condição de ingresso ao status adulto; e***
- ***Assunção de funções ou papéis sexuais auto-outorgados, ou seja, consoante com as inclinações pessoais independentemente das expectativas familiares e, eventualmente, até mesmo das imposições biológicas do gênero a que pertence (homossexuais)***(p.12*) ".*

Quanto ao final da puberdade e adolescência, esse mesmo autor considera o seguinte:

Puberdade concluí-se em torno dos 18 anos, com o crescimento físico e o amadurecimento gonadal (apto às funções reprodutivas), coincidindo com a soldadura das cartilagens de conjugação das epífises dos ossos longos, que determina o fim do crescimento esquelético.

O término da **Adolescência,** a exemplo de seu início, é bem mais difícil de determinar por obedecer a uma série de fatores de natureza sócio-cultural.

Osório (1989) procura destacar que elementos universais atuais assinalam o término da adolescência ao relacionar o preenchimento das seguintes condições:

- ***"Estabelecimento de uma identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis;***
- ***Capacidade de assumir compromissos profissionais e manter-se("independência econômica");***

- ***Aquisição de um sistema de valores pessoais (" moral própria"); e***
- ***Relação de reciprocidade com a geração precedente (sobretudo com os pais***"(p.12-3).

Para o autor o término da adolescência ocorreria por volta dos 25 anos na classe média brasileira, com algumas variações da idade (mais ou para menos) consoante as condições sócio-econômicas da família de origem do adolescente (Osório, 1989; Outeiral, 1994).Observamos que neste início de século vinte e um o término da adolescência esta se prolongando, aproximadamente por volta dos 28 a 30 anos. É quando os jovens revelam adquirir uma melhor condição psico-sócio-econômica, vão morar sozinhos, ou então, procuram constituir sua própria família, e se libertam dos vínculos parentais.

Na adolescência, os meninos e meninas entre doze a quatorze anos, vivenciam a etapa de vida caracterizada por turbulências e stress. O indivíduo, nesta fase, se vê obrigado a assistir e sofrer passivamente as intensas transformações (físicas e biológicas) em seu corpo e em seu ego.Este processo de maturação fisiológica e sexual proporciona ao mundo dos adultos uma visão falsa de maturidade porque aparentam um corpo de adulto, mas em sua maioria os adolescentes continuam imaturos emocionais, cognitiva e moralmente. As intensas transformações em seu corpo influenciam todo processo psicossocial da formação de identidade do adolescente. Esta percepção de um novo corpo é constituída de uma nova identidade, ou seja, morte do corpo e identidade infantil causa grande impacto no adolescente, pois o obriga a buscar harmonia entre o que ele é e o que deseja ser. A consciência corporal é modificada e a imagem do corpo é radicalmente revista, pois este renascimento produz confusão, frustração, excitação e um alto nível de stress.

Nesta faixa de idade os adolescentes, inexperientes com situações de stress, buscam nos iguais, naqueles que tem a mesma idade, ajuda porque crêem que os colegas são as únicas pessoas que podem escutar, compreender e ajuda-los realmente a enfrentar e resolver seus conflitos. Crêem que as pessoas adultas não são capazes de identificar-se com seus problemas. Nesta etapa ocorrem as mudanças nas relações interpessoais. O grupo de iguais assume maior importância e a comunicação entre os jovens e sua família começam a diminuir. A família já não significa tanto como parte de sua identidade, quer assumir a sua nova identidade, situar-se como pessoa, com uma ideologia de vida própria. O adolescente começa a descobrir que muitos aspectos que acreditava lhe pertencer como sentimentos, perspectivas, opiniões, objetivos, desejos, não lhe dizem respeito, recebeu-os prontos, como mandamentos de uma lei imposta pela família e sociedade representativas de seu contexto sócio-cultural.

Alguns jovens adotam atitudes de rechaço e questionamento de tudo que tem relação com o passado de suas famílias. Pessoas adultas que antes eles valorizavam, podem vir a ser criticadas pelos adolescentes e criar situações de fortes discussões, onde antigas amizades, antigos valores, crenças e hábitos e formas de resolução de problemas são criticados e não mais aceitos. Os adolescentes exigem fortes argumentos dos adultos e membros da família. Os irmãos mais velhos somente são confiáveis quando demonstram ao adolescente que também passaram por essa fase da vida e tem experiências para poder ajudá-lo.

A necessidade de pertencerem a um grupo de iguais é muito intensa. Os adolescentes preferem viajar, ir ao shopping, ir ao clube social realizar atividades de recreação, lazer com seus iguais do que com suas famílias. Tudo o que escolhem, como músicas, filmes, programas de TV, tem a ver com a participação de atores, cantores e jovens de sua idade. O

querer pertencer ao grupo faz com que se comportem como seus iguais. A pressão exercida por um amigo ou grupo não tem a dimensão e intensidade como de um indivíduo adulto, que o induz a comportar-se de algum modo semelhante. O próprio adolescente se auto-impõe condutas, formas de vestir-se, etc., porque acredita que deve comportar-se como os demais do grupo para sentir-se parte do mesmo e vir a ser aceito.

Os adolescentes vivem o presente momento e não avaliam as conseqüências de seus atos, agem por impulsos. Alguns jovens transgridem valores e crenças que antes consideravam incorreto, porque lhes parece mais divertido e a necessidade de provar que são como os demais, os faz adotar os rituais dos iguais. Entre os inúmeros ritos/rituais de iniciação, desta faixa de idade podem ser o consumo de álcool, tabaco e medicamentos psicofármacos e drogas. O consumo de drogas para aliviar a ansiedade resultante de uma percepção desfocada de sua auto-imagem corporal, pode vir a ocorrer.

1.2.3 Imagem corporal e psiquismo do adolescente

Schilder (1981) entende por imagem corporal uma apercepção "figura" de nosso próprio corpo, formada em nossa mente "uma representação mental",ou seja a imagem corporal é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. A imagem corporal ultrapassa os limites do corpo, é influenciada por fatores interpessoais, ambientais e temporais.

Do ponto de vista psicanalítico, a imagem corporal é constituída, através da interação entre o ego e o id, em interjogo contínuo das tendências egóicas com as tendências libidinais.

As rápidas transformações do tamanho e formas de diferentes partes do corpo (os membros se alongam, os cabelos engrossam, os gestos estranhos, os pêlos se esboçam e as espinhas proliferam) desestabilizam emocionalmente o adolescente, pois gera ansiedade, afeta sua auto-estima e se revela insatisfeito com sua auto-imagem corporal. Os adolescentes compartilham com seus pares e/ou grupo de iguais essas transformações físicas, que revelam seus corpos, mas geram muita ansiedade, insegurança, medo e conseqüentemente podem ser deslocados para o plano físico-somático.Quando insatisfeitos e com dificuldades para elaboração e reelaboração do esquema corporal recorrem aos conselhos de um amigo e/ ou dos grupos de iguais que de forma inadequada e incorreta, orientam o uso de medicamentos (ansiolíticos, anorexígenos, analgésicos, etc.), o consumo de bebida alcoólica ou de uma droga (cannabis, cocaína, etc.) ilegal.

A melhor forma de entender e acompanhar as vivências do adolescente é procurar entender suas perdas e lutos que o mobilizam e, ao mesmo tempo, imobilizam, durante esta turbulenta experiência existencial.

O que vai caracterizar este período da adolescência são as alternâncias constantes e intensas entre dois extremos tais como; de um lado a intolerância exacerbada que se manifesta por meio da agressividade e do exibicionismo nem sempre bem dirigidos e por outro lado, uma depressão dissimulada entre risos esganiçados, vozes altas e desafinadas. A manifestação de agressividade e os momentos depressivos são elementos indispensáveis para a boa elaboração da crise que se exacerba neste período da adolescência. A agressividade quando bem dirigida facilita gradualmente a utilização dos recursos internos do adolescente. É o ímpeto que o fará enfrentar a vida, buscar soluções criativas e vencer obstáculos. Os períodos depressivos, conduzem a uma interiorização indispensável ao recolhimento e as

elaborações afetivas, que propiciam uma maior intimidade e contato com as vivências íntimas confusas e atordoantes. Esse mergulho na alma lhe dá condições emocionais de alcançar o verdadeiro contato com as perdas e dores que o acompanham, ou seja, consegue realizar uma elaboração e luto (Grynberg, Kalina, 1999).

Na faixa etária entre os quatorze e dezoito anos ocorrem grandes mudanças que vão desde a imaturidade da fase inicial até a maturidade quase total da fase adulta. Estas mudanças ocorridas em idades extremas provocam grandes conflitos, porque os interesses e transformações biopsicossociais são distintas nos quatorze anos e nos dezoito anos. O acesso dos jovens à idade adulta os coloca em situações de risco, estando vulneráveis e desprotegidos, com baixo monitoramento dos pais, encontram-se em situações em que surgem mais oportunidades positivas e negativas, é quando eles podem iniciar-se no consumo de drogas tóxicas.

Nesta etapa da vida é freqüente o mais jovem (14 anos) ter a intenção de participar das atividades, e dos ritos dos colegas de turma mais velhos (18 anos), ou mesmo dos irmãos. A amizade é muito importante nesta idade, e os mais jovens poderão se engajar e participarem de atos violentos (gangues e/ ou turmas), atividades transgressoras da lei e atitudes autodestrutivas como o consumo de drogas, isto tudo para conquistarem a amizade dos adolescentes maiores.

No jovem que revela uma intensa fragilidade emocional, uma auto-estima baixa, a droga pode surgir em sua vida como a solução mágica para seus problemas.A droga inicialmente lhe proporciona muito prazer, mas esse prazer é temporário e depois lhe invade uma intensa sensação de desprazer e muito sofrimento por se sentir escravo, aprisionado a droga.Na adolescência as mudanças marcantes são sob ponto de vista temperamental e comportamental e irão repercutir na idade adulta, caso não consiga uma elaboração de seus conflitos e internalização de valores terminais e instrumentais. Os adolescentes de certo modo, criam seu próprio sistema moral-ético.

A passagem pela adolescência é marcada pela grande diversidade de manifestações,por traduzir todo um desenvolvimento psicológico e sócio-cultural, onde se destacam as amizades, a socialização, as atividades de grupo, as amizades com o sexo oposto e a intensa atração sexual, as transas, o namoro, o interesse profissional, a preparação para o casamento e preocupação em constituir uma família. Quanto mais idade (acima dos dezoito anos) os adolescentes apresentam maior constância emocional, estabilidade da auto-estima, capacidade intelectual, interesses culturais e melhor desenvolvem a capacidade de tratar conceitos abstratos como a justiça, a verdade, a questão da cidadania. Na fase dos dezesseis aos dezoito anos, manifestam um grande interesses pelo futuro, já têm um nível de consciência de que as decisões insensatas e imediatas têm implicações e conseqüências imediatas e em longo prazo.

A busca constante de gratificações pelo adolescente,pode trazer sérias conseqüências e alterar a direção de sua vida, como: uma gravidez, o consumo de drogas injetáveis e conseqüentemente infecção pelo HIV/ a AIDS, vir a ser preso por posse de drogas, ser excluído de uma equipe esportiva, provocar e sofrer acidentes de trânsito e cometer delitos, cair na marginalidade.

A autopercepção da imagem corporal quando afetada pelo ideal social, tem levado uma parcela significativa de adolescentes, especialmente as mulheres (de onze até dezoito

anos para terem um corpo fisicamente saudável e atrativo) a se submeter a regimes alimentares rigorosos, agregados ao consumo de medicamentos anorexigenos (anfetamínicos, anabolizantes), que misturados a outros tipos de drogas lícitas (o álcool, tabaco) ocasionam grandes danos a sua saúde. Atualmente vem crescendo na população de adolescentes psicopatologias relacionadas com transtornos graves da alimentação (anorexia e bulimia), somados as adições às drogas lícitas e ilícitas, resultando em fatalidades irreversíveis na vida do adolescente.

Nesta etapa (16 aos 18 anos) da adolescência a intensidade de stress, provocado pelas transformações bio-físico-emocionais, somadas a competitividade no seu cotidiano escolar, as relações interpessoais, ao enfrentamento da pressão social, ter que escolher uma profissão, e planejar o futuro, despertam nos jovens sentimentos de impotência, passividade e aumento da ansiedade.Tal stress e sentimento se manifestam através de queixas hipocondríacas, sob formas de sintomas psicossomáticos (cefaléia, dores, tontura, náuseas, irritabilidade, insônia). Quando se sentem enfermos e não estão preparados para tolerar as frustrações e enfrentar o stress, recorrem á bebida alcoólica, aos psicofármacos e analgésicos ou a uma droga ilegal para anestesiarem-se, ou controlarem situações de stress em sua vida cotidiana.

O uso de droga pelos jovens, somado aos fatores de risco pode favorecer a desestruturação da personalidade, tornar-se toxicômano e/ou dependente químico levando-o agir inadequadamente, manifestando agressão e comportamento anti-social muitas vezes negado "fazem vista grossa" pela família, ou seja, ela em sua "cegueira" procura negar as condutas auto e heterodestrutivas do filho, mas que são visíveis para as pessoas do seu contexto sócio-ambiental.

Uma parcela significativa de adolescente internalizam hábitos e comportamentos das figuras parentais, que são modelos psicotóxicos, pois só conseguem resolver seus problemas ou vencer as frustrações consumindo algum tipo de droga lícita e ilícita.Tais "famílias psicotóxicas" são as que produzem filhos adictos, onde permeiam mensagens contraditórias, "pactos perversos" e diversidade de mensagens impeditivas a uma efetiva dessimbiotização do núcleo familiar (Kalina, 1997, 2001).

1.2.4 Síndrome da Adolescência Normal

Aberastury e Knobel (1991) destacam que o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas que configuram uma entidade "seminormal" ou "semipatológica", a qual é perturbada e perturbadora para o mundo adulto,a denominada "**Síndrome da Adolescência Normal".** Enfatizam ainda que, no processo adolescente, sob o ponto de vista psicodinâmico, a psicopatia e a depressão estão sempre presentes na adolescência como estrutura ou mecanismo egoíco que facilita a elaboração de lutos normais deste período evolutivo: a) luto pelo corpo infantil perdido; pela fantasia da bissexualidade perdida; b) luto pela identidade e o papel infantil perdido na família e na sociedade; c) luto pela intensa perda dos pais da infância.

Para Knobel (1997) "***o adolescente de hoje vive em atitude paranóide***" . Essa atitude é resultado da sociedade atual, que é ameaçadora, injusta, que emite mensagens contraditórias, esquizofrenizantes, deixando confuso o adolescente, porque fala em direitos humanos, paz, amor e ao mesmo tempo prepara para a "luta", a "defesa", dificultando a

convivência e conduta adaptativa, induzindo a adoção de um comportamento agressivo, de acordo com as circunstâncias, mas considerado normal.

Esse autor ainda reflete que se os lutos são normais, assim como sua elaboração nesta etapa da vida, seus acompanhantes fenomênicos e elaborativos são do tipo psicopático, depressivo e paranóide, estando o adolescente vulnerável para o desenvolvimento das mais variadas psicopatologias.

Kalina (2001) interpreta do ponto de vista psiquiátrico a drogadicção, como um estado ou forma de expressar a parte psicótica da personalidade.O adicto é um ser negador, manifesta uma dissociação corpo-mente, não vê sua destruição. O suicídio é um ato psicótico. Drogar-se, até ***a morte por overdose é a resolução psicótica de uma interação criminosa*** (Kalina, Kovadloff, 1983).

Os adolescentes, ao vivenciarem esta fase da vida, percebem, assistem e sentem-se obrigados a sofrer passivamente as intensas transformações ocorridas com seu corpo e em sua mente, quando poderão sentir-se impotentes diante da realidade vivida e virem a internalizarem sentimentos de fracasso, afetando sua auto-estima, adoecerem e buscarem nas drogas a forma mágica de superação de seus problemas (individuais, familiares e sociais) ou alívio de dor com sofrimento psíquico ou físico.

O sentimento de solidão que produz um vazio interno faz com que o adolescente com caracteres depressivos, reflexos de situações (privação, separação, abandono, perdas objetais, rejeição, agressões) passadas, carências afetivas vividas na infância, nas relações parentais e de vivências atuais mobilizadas nesta etapa, procure algo para preencher o vazio existencial que alivie tal sofrimento. A vulnerabilidade do adolescente, associada à constituição da sua personalidade e a oferta constante das drogas no seu contexto sócio-educativo e até familiar os levam a se integrarem à população de risco.

Em 2000, Maurício Knobel, psicanalista e professor da Universidade de Campinas (UNICAMP-SP), no "Curso Adolescência" apresenta a sua versão atualizada, descreve as características da adolescência normal através de uma série de manifestações de conduta que constitui a denominada ***Síndrome da Adolescência Normal*** enumerando as configurações seguintes:

- *"Processos elaborativos dos lutos característicos desta fase evolutiva do ser humano indispensável para atingir e estabelecer uma identidade adulta em nossa cultura;*
- *Necessidade de se integrar a grupos de iguais;*
- *Fantasiar com o imaginário e a saída do presente;*
- *Questionamento crítico das religiões (especialmente a religião dos pais) e da religiosidade em geral;*
- *Distemporalidade;*
- *Desenvolvimento da sexualidade do auto-erotismo a práticas de genitalidade não muito específicas apesar de ter uma identidade sexual definitiva;*
- *Agressividade, violência, condutas sadomasoquistas, com ou sem reivindicações sociais;*
- *Contradições freqüentes nas manifestações de conduta (interjogos internos e externos de amor e ódio);*
- *Separação progressiva ou busca dos pais e/ ou do grupo familiar;*

- *Flutuações do estado de ânimo, no humor com uma base de predomínio depressivo;*
- *A separação brusca dos pais (mandar o filho estudar fora de casa) ".*

1.3 Drogadicção na adolescência

A origem etimológica da palavra *droga* significa "mentira", "embuste". Etimologicamente *adicto* significa escravo. A droga surge na vida do adicto como a grande solução ilusória para torná-lo um ser grandioso, preencher um vazio existencial desde o inicio da vida pós-natal, e suportar a atual hipocrisia na família e sociedade.Inicialmente a droga o alimenta (amor), o satisfaz,em suas fantasias de plena liberdade em viver a vida com prazer, mas com o tempo se torna seu escravo (dependência). Embora a droga não mais o satisfaz,não evita seu sofrimento,ela é uma mentira, o adicto mente para si próprio continuamente, e nega seu processo de autodestruição.

Atualmente o jovem que usa drogas deve ser interpretado como alguém que vive um drama existencial, um grande vazio, que deve ser enfrentado e compreendido em sua dupla dimensão: a das relações familiares e a sua exploração social. O problema do uso e da drogadicção, não pode ser analisado isoladamente deve ser revisto em sua ampla dimensão, que tem tão profundas raízes na personalidade do adolescente, na sua família e no mundo com o qual se defronta. Não podemos ignorar os fatores de risco conducentes ao uso e abuso de drogas na adolescência. Para melhor compreensão podemos classificar os fatores de risco como genéticos, psicológicos, sociais ou ambientais.

1.3.1 Classificação dos fatores de risco ao uso de drogas

Dembo (1985) partindo de uma classificação atribui o consumo de drogas a fatores de risco :

- *Pessoais*: grupo étnico, idade, sexo;
- *Intrapessoais*: lócus de controle, depressão, busca de sensações, rebeldia, agressividade;
- *Interpessoais*: relações parentais, afastamento dos pais, relações com companheiros e professores;
- *Ambientais*: aceitação social do consumo, disponibilidade, facilidade para conseguir a droga, problemática social, etc.

A partir de uma classificação geral os fatores de risco podem ser de origem:

- *Genéticos*: diferente carga genética que condiciona os efeitos das drogas em cada indivíduo, níveis de tolerância individuais ao uso de drogas, etc;
- *Psicológicos*: conflitividade pessoal, tendência a desviacionismo, ou comportamento anti-social, baixa resistência à frustração, busca constante de sensações satisfatórias e aventuras, depresividade, vitimização, baixa auto-estima, etc;
- *Sociais ou ambientais*: pressão do grupo, "peer groups", "setting", parentes/ pais, adultos significativos usuários de drogas,importância da oferta/ acesso às drogas, preço das drogas, relacionamento e dinâmica familiar conflitiva, pobre monitoramento familiar, atitude social permissiva diante das drogas, baixo controle social, repressão, etc.

1.3.2 Fatores de risco ao uso de drogas na adolescência

Calafat (1995) partindo de estudos realizados junto a programas de prevenção as drogas de americanos e europeus, conseguiu identificar e listar os seguintes fatores de risco:

"• *Uso de uma droga condiciona consumir outras (escalada do uso de drogas);*
- *Primeiro consumo precoce*;
- *Pressão dos companheiros*, *grupo de iguais*;
- *Influência dos lideres da classe*;
- *Influência da mídia e publicidade*;
- *Imaturidade*;
- *Situação de oferta*;
- *Problemas psiquiátricos associados*;
- *Fracasso escolar*;
- *Situações críticas (separação dos pais, divórcio, etc*.);
- *Desinformação sobre conseqüências do uso*;
- *Imitação dos pais adultos*;
- *Influência da conduta adictiva dos pais*;
- *A adicção cumpre uma função na vida do adolescente*;
- *Normalmente acredita que se sobrepõe ao consumo, facilita o consumo*;
- *Marginalização ou isolamento social*;
- *Falta de controle dos pais*"(p.92).

Knobel (2000) considera que é possível diagnosticar uma psicopatologia na adolescência ao se buscar na ***Síndrome de Adolescência Normal*** indicadores que nos auxiliam a pensar em fixação, regressão ou desorganização total ou parcial do ego. Esse autor descreve a seguir que aspectos nos auxiliam a pensar e definir se um comportamento ou sintoma na adolescência é patológico ou não.

Os indicadores são:

- *Adolescência retardada (infantilismo);*
- *Traços infantis da personalidade (extrema dependência, jogos e identidade familiar predominante);*
- *Isolamento e dificuldades nas relações interpessoais (sem ser autista);*
- *Traços fóbicos ou obsessivos predominantes;*
- *Neuroses fóbicas;*
- *Neuroses obsessivas;*
- *Confusão ou disfunção de identidade;*
- *Masturbação compulsiva;*
- *Homossexualismo (Ego sintônico, Ego distônico);*
- *Perversões sexuais;*
- *Psicopatias Antisocial e Dissocial;*
- *Delinqüência juvenil;*
- *Adição às drogas;*
- *Mania (Hipômania , Mania aguda, Furor maníaco);*
- *Depressão (simples, melancólica, agitada, reativa, mascarada, esquizofrênica);*
- *Processos patomitmicos (tics,epilepsia, rítmicos);*
- *Histeria;*
- *Angústia;*

- *Psicoses (maníaco, esquizofrenia, epilepsia, quadro demencial);*
- *Transtornos psicossomáticos (histéricos, hipocondríacos, psicoticos0);*
- *Transtornos do esquema corporal;*
- *Adolescência precoce;*
- *Adolescência persistente ou protelada;*
- *Síndrome de atemporalidade;*
- *Transtornos orgânicos;*
- *Síndrome de Adolescência normal (fixação, regressão, desorganização);*
- *Síndrome ou predominância ou cristalização sintomática (produção de sintomas);*
- *Personalidade "como se";*
- *Adolescência impulsiva (hiperatividade)"* (Knobel, outubro 2000).

O ser humano, propenso a adicção, é produto de uma evolução ligada aos fatores psicológicos, genéticos, verbais e aos códigos de comunicação não verbais contraditórios no ambiente familiar e social que vão internalizando ao longo das etapas de seu desenvolvimento.

Para Kalina (1997) "*o adicto potencial aprende a codificar como lógicas, de acordo com seu nível de inteligência e cultura mensagens ilógicas ou de outro nível lógico, denominadas psicóticas"(p. 88).*

A crise adolescente pelo seu aspecto manifesto turbulento e dolorido, se assemelha a uma verdadeira crise de nuances psicóticas. Sem rebeldia e sem contestação não há adolescência normal. O adolescente em qualquer época e contexto sempre foi um contestador, um buscador de novas identidades, eternamente testando diferentes formas de relacionar-se e ensaiando novas posturas éticas. A vivência da adolescência se assemelha momentaneamente ao comportamento manifesto de um psicótico, pelo fato de criar para si padrões de vida e comportamentos distintos da realidade habitual e se permitir vivenciar sua experiência psíquica e fantasiosa única, jamais compartilhadas pelas pessoas ditas normais em seu contexto familiar e social. (Grynberg, Kalina, 1999)

O adolescente na luta constante para construção de sua identidade é através de suas contestações e tentativas desagregadas quer denunciar a existência de uma realidade externa distinta de sua realidade interna ao redescobrir separado dela, lentamente vai redefinindo para si um papel social mais definido. Aos olhos da sociedade, alheia à intimidade de seu conflito, interpreta seu comportamento como ilógico, incoerente e desequilibrado por fugir dos padrões convencionais. A incompreensão e ausência de reflexão (da família, sociedade) sobre a fase de turbulência e aparente desorganização psíquica do adolescente, podem ser atitudes indutoras de intensificação das contestações e contradições extremas neste período de vida enfraquecendo e dificultando-o a resolução de conflitos presentes primeiramente no seu grupo familiar e, posteriormente em sua comunidade.

1.3.3. Ambiente familiar e social e adicções na adolescência

A crise da adolescência se desenrola em cenários (tempo e espaços) específicos contida entre a família e a sociedade. O surgimento de um filho adolescente no grupo familiar provoca grandes alterações na dinâmica psicológica e relacional e faz com que todo o grupo "adolesça"; os pais têm seus aspectos adolescentes despertados e os irmãos mais jovens também. Ocorre o que se chama de identificação projetiva , ou seja, todos os

membros da família identificados com o adolescente, começarão a revelar em maior ou menor grau sentimentos e condutas adolescentes.

As famílias são microssistemas sociais que configuram um macrossistema, a sociedade.A família deve ser entendida como uma microssociedade, que reflete e através da qual se transmitem os conceitos culturais e sociais dominantes na sociedade qual esta inserida. O adolescente em geral reflete os valores e as crises presentes na família e na sociedade. O jovem drogadicto claramente se revela fruto e conseqüência de si mesmo e de uma sociedade paradoxal e cindida.

Nos adolescentes propensos a um comportamento adicto em relação às drogas, observamos que se desenvolvem num ambiente familiar e/ou social cheio de contradições. O adicto é alguém que cumpre um "pacto criminoso", do qual participam-no, ele, a família e a sociedade.

A partir de uma leitura psicanalítica o filho adicto passa a desempenhar um papel de "doador universal" que seu pai deixou, ou seja, deverá ser e atender o que a mãe deseja : um "super-homem", um ser em especial, um "Deus".O drogadicto "toxicômano" a cada incorporação da droga ilude-se de forma mágico-onipotente, realiza ilusoriamente seu desejo de se tornar grandioso, e corresponder o desejo de sua mãe. A mãe funciona como um superego sádico, e o adicto, como um ideal do ego maníaco, que não pode se deprimir, para satisfazer o ideal do ego materno, que na realidade é impossível de satisfazer (indução ao suicídio por *overdose*).O adicto assume uma tarefa "salvacionista" até a morte se for o caso, salva a família da desintegração (divórcio), ou seu ato grandioso o translada ao mundo da ilusão.É a forma psicótica que ele encontrou para fugir da vida real, na qual não consegue ser aquele ser grandioso que todos esperam.O drogadicto revela a ausência de um pai firme, ambivalente,presente-ausente, que faz "vista grossa", não estabelece limites, que não assumiu e/ou desempenhou a função de doador universal dentro do núcleo familiar.A mãe geralmente é uma pessoa depressiva, seja de forma manifesta ou mascarada que necessita de intensa fonte externa (fora de seu *self*) de estima, afeto para regular sua auto-estima (Kalina,2001; Krowczuk, 1997, 2001; Ramos,2000).

Observamos que o adicto desenvolve-se num ambiente familiar onde são precários os vínculos afetivos e os processos comunicativos contraditórios e repressores, desfavoráveis aos questionamentos, a liberdade de expressão geram adolescentes submissos com sérias dificuldades para libertarem-se da dependência dos pais. Quanto menos flexíveis forem os vínculos estabelecidos dentro da estrutura familiar, bem mais intensa será a reação que atingirá o adolescente e suas intenções de cortar o velho cordão umbilical. A futura vida do adolescente esta determinada pelas reações do meio familiar, onde ele concentra todos seus esforços de renascimento psicossocial. Se a família é patológica é comum a ocorrência de manifestações de quadros doentios na adolescência. A dinâmica familiar quando montada num modelo comunicacional denominado ***doublé-bind***, duplo vínculo, ou ainda dupla mensagem, se constrói no meio familiar tornando-se impulsor de uma série de distorções. São estas distorções que vão modelar a consistência imaginária do ego a partir deste meio familiar, fazendo-o frágil e impotente para enfrentar a dura crise de desligamento. O adolescente adoecido se sentirá inteiramente enclausurado e incapaz de tentar uma saída. A doença que atinge o adolescente neste momento de seu processo de desenvolvimento nada mais é do que a manifestação, ou melhor, a explicação nele de toda a doença familiar (disfuncional, psicotóxicas), amortecida até então. O fato de ser uma família moldada em esquemas comunicacionais doentios, interpretará a pressão exercida, através das tentativas

de libertação do adolescente, como algo assustador e terrível por revelar os segredos familiares. A liberdade para o adolescente vem carregada de um peso enorme: a fantasia de destruição de todo o grupo familiar.

Segundo Knobel (2000) um decálogo que leva os adolescentes às drogas é:

- *"Não escuta-lo , porque ele não sabe nada;*
- *Não conversar abertamente com ele, e francamente com elas;*
- *Pensar em princípio que todos são rebeldes sem causas e contestadores sem motivos;*
- *Negar toda possibilidade de falar ou discutir temas sexuais por considera- los sujos;*
- *Pensar que quando se queixam mentem ou querem nos irritar:*
- *Proibi-lhes de sair com seus amigos de forma arbitrária e fixando horário como para crianças;*
- *Castiga-los severamente;*
- *Menosprezar suas idéias, porque são subversivas ou estúpidas*;
- *Negar-lhes seu lugar na escola e /ou família com seu direito a opinar;*
- *Beber, fumar, tomar medicamentos para dormir, não obedecer às leis, subornar e contar com orgulho como se pode "tirar proveito" do outro*, *dizendo que isso se pode fazer quando já se é adulto, mas que é muito feio para um jovem fazê-lo".*

Quando refletimos sobre os inúmeros fatores de risco indicadores do consumo de drogas pelos adolescentes nos fica claro que além das relações precárias e insatisfatórias com seus pais e familiares é alguém que possui uma estrutura psicológica frágil desprovida de recursos internos adequados a lidar com a vida. O ato de drogar-se é a forma mais imediata, impulsiva, que o jovem encontra para saciar sua fome de segurança e alimento de amor que precisa para sobreviver.A droga representa segurança e alimento que ao mesmo tempo o transforma num super-herói, capaz de enfrentar a família e a sociedade com seu ódio mudo.

Observamos a imensa incapacidade do drogadicto de elaborar perdas, de sonhar, suportar frustrações e restrições por muito tempo, além da dificuldade de introspecção, de aprender algo com as experiências acumuladas, a grande ausência de criatividade em querer tomar decisões oportunas revelam que o adolescente ao consumir a droga regride a um estágio primitivo ainda bebê. A droga lhe proporciona viajar a um mundo dos sonhos e irrealidade, regressivo em sua fantasia de criança ela lhe traz bem estar, uma sensação mágica de retorno ao paraíso perdido " útero materno", que é atendido em suas demandas de amor e proteção. O jovem com sérias dificuldades de dessimbiotização, e em crise existencial, baixa auto-estima, intolerante a qualquer sentimento de frustração, exposto a um ambiente (familiar e social) facilitador as drogas "adicções legalizadas", pode apelar para a droga para satisfazer seu sonho de realizar todos os desejos, poder negar a realidade desprazerosa e dolorosa, afastar e controlar os perigos e as ameaças da vida real.

1.3.4 Fatores de proteção ao uso de drogas na adolescência

Consideramos importante também destacar alguns dos fatores de proteção que contribuem para protelar ou dificultam o uso e abuso de drogas na adolescência,listados a seguir:

- Manter um relacionamento integrado no núcleo familiar bom laços afetivos, ausência de atitudes ambivalentes, muito dialogo entre pais e filhos;
- Oferecer um vínculo familiar baseando-se no respeito às diferenças individuais de cada membro ,democrático por essência e não narcisista;
- Estabelecer um envolvimento e vínculo desfavorável à iniciação do uso de drogas;
- Vigilância e monitoramento dos pais na vida do adolescente, estabelecimen-to de limites;
- Pratica religiosa;
- Modelos adequados de identificação familiar, pais cuidadores, autoconfiáveis;
- Educação em valores e estilo de vida saudável;
- Criar oportunidades de expressar o potencial de imaginação e criatividade;
- Oportunizar práticas esportivas, jogos, música, outras atividades de socialização desencorajantes de condutas anti-sociais e uso de drogas;
- Promover maturação e personalidade, melhora da auto-estima, estimular a enfrentar os desafios da vida; tomar decisões, participar e assumir responsabilidade comunitária.

2 AUTO-ESTIMA E ADOLESCÊNCIA

2.1 Descrição e Dimensões de Auto-Estima

A auto-estima se traduz pela forma de expressão valorativa avaliativa da pessoa para consigo mesma quanto autopercepção de sentimentos e do seu estilo de vida. Para um desenvolvimento harmônico e saudável a pessoa deve ter consciência, ou seja, autopercepção de nossos direitos a felicidade, do sentimento de dignidade de merecer, de ter direito a assegurarmos nossas necessidades humanas básicas e de desfrutarmos prazerosamente nossos esforços e conquistas, de sermos pessoas hábeis ao negociarmos nossos desejos e necessidades diante de situações frustrantes. Ainda desenvolvermos dentro de nós a capacidade de tolerar a ambigüidade de que nem sempre o querer algo é imediatamente conquistado e prazerosamente gozado/desfrutado. Para obter uma personalidade bem estruturada e assegurar uma alta auto-estima à pessoa necessita vivenciar cada fase de seu desenvolvimento biopsicossocial, passar por momentos de sofrimento, de prazer, tornando-se um aprendiz constante do saber viver e atingir a maturidade.

Burns (1993) compreende a auto-estima como um sentimento de auto-eficiência e de mérito pessoal e autodignidade, de segurança no próprio valor, atitudes positivas da pessoa em seu viver, mesmo que encontre obstáculos no ambiente familiar, na sociedade, na sua história de vida.

A auto-estima significa a capacidade enquanto indivíduo de interagir no contexto social, político, econômico, cultural e religioso, e construir a própria história. A vida cotidiana é a vida do homem inteiro, a minha capacidade de pensar, refletir, de dirigir minha vida pessoal com lucidez, coragem e responsabilidade diante dos desafios de viver a vida.

Para Heller (1982) o homem participa na vida cotidiana com todos aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela colocam-se em funcionamento todos os seus sentidos, todas suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias e ideologias.

Para a autora ser adulto significa ser capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade, porque enquanto indivíduo adquire todas as habilidades imprescindíveis para o viver a vida cotidiana da sociedade. O processo de amadurecimento começa sempre por grupos na família, na escola, em pequenas comunidades. É o homem um ser genérico, ele é produto e expressão de suas relações sociais, herdeiro e preservador do desenvolvimento humano.

O viver em grupos se estabelece uma mediação entre o indivíduo e os costumes, as normas e a ética de outras integrações maiores, mas não quer dizer que se tornou adulto, que consiga expressar quem é e ter consciência de si mesmo, uma auto-estima positiva. É de imenso valor desenvolver uma auto-percepção, de ser individual e sujeito da construção de sua própria história e que interage no contexto maior da sociedade e contribui para seu próprio crescimento e do seu grupo.

2.2 Adolescência e Auto-Estima

O adolescente, nesta etapa de vida, sofre intensas transformações fisiológicas (corpo, sexualidade) e psicossocial (sentimentos, emoções, afetos, valores, atitudes, motivações e conhecimentos), tem como meta construir a sua própria identidade.

Aberastury e Knobel (1991) destacam que o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas, que configuram uma entidade "semi normal" ou "semi patológica", a qual é perturbada e perturbadora para o mundo adulto, denominada "síndrome da adolescência normal".

Os adolescentes ao vivenciarem esta fase de vida, percebem, assistem e sentem-se obrigados a sofrer passivamente as intensas transformações ocorridas no seu corpo e em sua mente. Estes poderão sentirem-se impotentes diante da realidade vivida e virem a internalizarem sentimentos de fracasso e afetando sua auto-estima.

Vulneráveis diante da pressão dos amigos e da oferta constante das drogas no seu contexto educativo e até familiar, passam a integrarem a população de risco. Os adolescentes buscam na droga a forma mágica de superação de seus problemas ou alívio da dor (sofrimento) psíquico ou físico.

Para enfrentar esta etapa o adolescente necessita da ajuda de outras pessoas, com auto-estima positiva e de uma intensa relação social para saber quem é. Necessita de vivências no seu cotidiano real para formação de um auto-conceito verdadeiro, estruturado, operativo, flexível e adequado para poder responder-se quem sou eu? O adolescente, ao acreditar-se, valorizar-se, ou vivenciar experiências positivas e negativas, está contribuindo para uma auto-estima positiva e um viver e sentir a vida com alegria, com saúde física, emocional, enfim, ser feliz. A auto-estima positiva irá oferecer alternativas para um crescimento sadio e fortalecimento para saber dizer não às drogas, mesmo sob a pressão dos grupos de iguais, dos amigos, etc.

Para García-Monge (1994):

> *"A evasão para a drogadição nos permite evitar o sofrimento, nos assegura o prazer, porém nos engana provocando, a médio e longo prazo,maior sofrimento/dor e menos prazer*"(Dossiê n.12, p.5).

Este autor analisa que quando nós estamos internamente menos preparados, temos maior dificuldade em enfrentarmos situações conflitivas na vida cotidiana. A somatória de fugas/evasões através de algum tipo de adição afeta nossa auto-estima , e este desamor próprio imobiliza a pessoa, a impede de perceber a realidade concreta de pensar, de refletir, de decidir e assumir responsabilidades do viver sua vida.

Uma das conseqüências da adição é o surgimento de uma vida paralela, que afugenta a auto-estima e, pelo caminho de erros cometidos, a pessoa se auto-despreza, gerando sentimentos de culpa embora os reprima.

A baixa auto-estima (desestima) instala-se na mais tenra idade, na infância, e dependendo do tipo de educação que a pessoa recebe, passa a acreditar que é uma pessoa má, incompetente, sendo a responsável pelos erros e equívocos de sua vida e também das pessoas mais próximas (família, amigos, colegas), prolongando-se na vida adulta.

A auto-estima diz respeito a aceitação incondicional do adolescente, do adulto, perante os demais, enquanto ser valioso, independente dos erros cometidos ao longo de sua vida.

A educação diante do grande perigo da droga inicia-se no seio da família, transmitindo valores, estabelecendo limites, dando amor e não quando é descoberto o uso da droga.

Para Panniker (1994) a visão ideológica da juventude é distinta da atual sociedade. A forma de expressão e comunicação da geração jovem reflete que a oferta de civilização da geração anterior lhes oferece não os convence e como conseqüência os jovens, mais sensíveis, auto-conscientes de sua frustração inconfessa e em sua maioria inconscientes, para sentir-se bem evadem para o paraíso artificial que lhes dá prazer e poder, como o uso de droga, álcool, sexo, ter um carro, uma moto potente, que lhes proporcionem o vôo para a liberdade.

A adicção a bens materiais, a drogas que contém substâncias psicoativas, a seitas, crenças, religião, a marcas e tipos de alimentos, bebidas, grifes de roupas, tênis, calçados, etc., são ritos de iniciação, inseridos no mundo só seu. A juventude atualmente utiliza-se de tais artifícios de compensação para burlar suas carências afetivas, compensar as frustrações, enfrentar seus conflitos existenciais. Tal fragilidade humana revela-se pela ausência ou débil auto-estima, ausência de valores e de limites, resultado da imensa permissividade e das duplas mensagens do mundo adulto, emitidas pelos pais, educadores, os meios de comunicação e a sociedade como um todo.

2.3 Auto-Conceito

Para Burns (1993) o autoconceito pode ser compreendido como um conjunto de atitudes da pessoa para consigo mesma, ou seja, a capacidade dela responder quem sou eu, ter consciência de si mesmo enquanto sujeito atuante e protagonista da vida, assumem, avalia, sente, pensa, decide e experimenta.

Apodaca (1993) analisa o autoconceito de Burns e destaca que este compreende quatro elementos: uma crença, o aspecto cognitivo; um componente afetivo,; uma avaliação e uma predisposição a responder. Portanto a auto-estima é igual aos êxitos divididos pelas

pretensões. Quando alguém estabelece metas ambiciosas como projetos de dimensão de vida e não conseguem atingir a perfeição idealizada, embora já tenham obtido importantes êxitos, sentem-se insatisfeitos, frustrados, fragilizados, não mantendo uma auto-estima positiva.

O indivíduo ao ter consciência que deve baixar suas pretensões e aceitar um já alcançado nível de sucesso pessoal e social, manifesta sentimentos para si de desamor, ser impotente, fracasso diante das pressões e expectativas familiares, comunitárias, culturais, religiosas, políticas, etc. O sentimento de uma profunda dor/sofrimento e autoconsciência de baixa auto-estima.

O complexo de inferioridade (autodesprezo, autocrítica, vergonha), diante de suas pretensões ou das expectativas da família, do círculo de amizades, no trabalho, reflete o estresse psicossocial que o indivíduo se encontra por viver em uma sociedade competitiva, onde só os vitoriosos são enaltecidos e podem ocupar, de fato, uma posição de prestigio social.

Para Willian James, o processo de construção de auto-estima passa por um autoconceito adequado e valorado de todos os EUS. O Eu material, de um Eu corporal, de um Eu social e de um Eu espiritual.

O referido autor discorre sobre os EUS, explicitando que a existência de um:

- *EU material* – significa o que possuo como expressão de nossa presença na sociedade;
- *EU corporal* – como impressão pessoal na história;
- *EU social* – reflete a imagem que de mim tem as demais pessoas;
- *EU espiritual* me refiro ao meu mundo pessoal de valores (inteligência, vontade, sentimentos, experiências espirituais) a verdadeira faceta da nossa humanidade pessoal.

Para o referido autor, quando a deterioração da auto-estima ocorre, estes EUS vão se deteriorando. Qualquer experiência evasiva de drogadicção destrói o EU material, adoece o Eu corporal e deteriora o EU social e desaparece o EU espiritual.

A falta de amor próprio (desamor) transforma a pessoa num crescente nível de insatisfação e amargura, incapaz de cultivar e nutrir todas as dimensões dos EUS e conseqüentemente, suas relações interpessoais são conflitivas e dolorosas para a própria pessoa, que não se ama e não se sente amada pelos outros.

Ao tomar consciência de sucessivos erros a pessoa sabe das conseqüências de seus atos, não lhe faltam informações sobre o processo de autodestruição, das conseqüências da drogadição, se foi esse o caminho escolhido.

Os adultos sabem da importância de passar para os jovens mensagens claras, impregnadas de valores construtivos de valorização da vida e não da morte. Que a ampliação da consciência, através da remoção da venda que nos mantém numa cegueira psicológica diante da atual realidade, deva ser priorizada para que os jovens construam um autoconceito claro, resistente, positivo, bom e valioso para suas vidas.

Para evitarmos os erros não devemos simplesmente informar racionalmente os jovens

a resistir ao assedio das drogas, mas sim, forma-los emocionalmente com uma afetividade que venha fortalecer o sistema cognitivo, adequado a sua realidade interna e externa.

As vivências em psicoterapia têm confirmado que os sentimentos de culpabilidade derivados da drogadicção podem ser um castigo auto agressivo, auto-punição que se retroalimenta, formando círculos viciosos e um crescente auto desprezo pela própria pessoa, e às vezes é projetado para fora, sem mínimas condições de convivência social, tornando-se um "drogadicto delinqüente".

Para García-Monge (1994) "*a auto-estima vem a ser um sistema imunitário a vida psíquica da pessoa. Assegura recursos e os potencializa para agir diante dos desafios da vida*" (p.9).

Portanto, uma pessoa possuidora de auto-estima positiva tem vantagens, porque sabe como impulsionar e utilizar seus próprios recursos psicocognitivos, expressando-se de forma mais adequada ao deparar-se diante das dificuldades do seu cotidiano, ao defrontar-se com seus conflitos, suas neuroses e/ou enfermidades. Sente-se fortalecida enfrentando os desafios nas inúmeras dimensões de seu viver a vida.

2.4 A Sociedade Moderna e os Reflexos na Auto-Estima

Segundo Panniker (1994):

> "*A mecanização do ser humano é um equívoco da sociedade atual, por pensar que o homem é uma máquina de fazer coisas, de pensar ou, de digerir. Os chamamos drogadictos, inconscientemente, como isto não lhes convence, salta e ao saltar perdem as fronteiras, os limites e cai. (...) A drogadicção é um fenômeno social que nos revela o mal-estar e a enfermidade da sociedade e não da vítima*"(p.6).

Quais são as prováveis causas da drogadicção? Como e porque acontecem na sociedade moderna brasileira e nos países mais desenvolvidos.

Na Sociedade Brasileira

Acreditamos que uma das inúmeras causas é a situação social, aumento da pobreza pela pior distribuição de renda do mundo. Hoje 30 a 40% da população brasileira está deteriorada, uma total ausência de auto-estima, conseqüência do grave problema econômico, político, com a globalização, o neoliberalismo, de um capitalismo selvagem, fica evidente a desigualdade econômica, uma injustiça social nas distintas regiões dos pais, gerando uma exclusão social violenta, desumana, onde os ricos vivem e enriquecem as custas dos trabalhadores pobres, que se empobrecem dia-a-dia.

O aumento do número de desempregados, fome, miséria, não acesso à educação, saúde, saneamento básico, habitação digna, etc., a população envereda para o uso e abuso de álcool e outras substâncias psicoativas. As drogas lícitas e ilícitas são o remédio utilizado pelas pessoas para ter prazer, mais euforia, fugir da realidade, esquecer as dificuldades do viver seu cotidiano e da falta de perspectiva futura.

Nos Estados Unidos e Comunidade Européia

No caso das sociedades mais desenvolvidas, os chamados países de civilização, dominantes pelo poderio econômico, político, educacional e cultural, também o consumidor de droga e a drogadicção está crescendo assustadoramente. O aumento de usuários de drogas vem ocorrendo na atual população mais jovem, com idade entre 12 e 35 anos, porque a geração presente não saber o que quer e o que estão buscando. A educação dentro da família, na escola, na sociedade os conduziu só para o consumo, o obter prazer, a felicidade ilusória. Dos adultos não lhes foi transmitido uma escala de valores, o excesso de permissividade deixou a juventude desorientada, sofredora de profunda depressão, descrente do passado, não só do presente.

Panniker (1994) afirma que:

> "*No sistema que nos foi designado para viver é profundamente injusto. Não basta a reforma deste sistema, terá que ocorrer a transformação, a metamorfose radical deste estado de coisas. Que o problema atual do mundo é metafísico, religioso, místico, transcendental. Não é um problema comercial, não é técnico, não é de tecnologia e de maior distribuição/repartição de riqueza, é outro*"(p.7).

No atual contexto sócio-econômico político e cultural do Brasil, observa-se, nesta última década, um crescente número de pessoas que expressam no seu cotidiano sentimentos e atitudes de ausência ou fraca auto-estima. A insatisfação do sujeito para consigo mesmo revela-se pela sua atitude comportamental. Os seus desprazeres, são manifestados através da expressão de infelicidade, tristeza, tédio, indecisão, ambivalência, confusão, angustia, depressão, incompreensão, irritabilidade, alienação, solitários, timidez, não fazer amizades, dificuldade nas relações interpessoais, isolamento, dificuldades para manifestar afeto para com as pessoas, submissão para receber afeto, fraca ou total ausência de boas perspectivas de sucesso profissional, social e afetivo.

A ausência ou débil auto-estima fragiliza a pessoa, deixando-a vulnerável a influências de fatores intrínsecos e extrínsecos. A personalidade reacional atual do indivíduo manifestada é o reflexo de uma ampla gama de transtornos psicológicos de origem neurótica, que dificultam o bom desenvolvimento psicossocial da vida da pessoa.

Atualmente ainda é pouco expressivo o número de pessoas que buscam algum tipo de ajuda, psicoterapia, para enfrentarem os conflitos afetivos, profissionais e existenciais, enfermidades relacionadas com estresse psicossocial,bem como os desafios da vida pela falta de condições econômicas, já que o Estado não cumpre com o seu dever.

Atitudes e comportamento auto-insuficientes, na realidade, são falsas demonstrações de auto-estima. A grande maioria das pessoas procura esconder/mascarar seus temores de fracassos, suas dúvidas e ambivalências, demonstrando intolerância para as frustrações diante de grandes metas e projetos de vida profissional e social, às vezes sonhados e não alcançados. Estas pessoas e/ou pacientes, por pressões da sociedade e impregnadas de uma cultura competitiva tornam-se ambiciosas em suas idealizações de vida social, profissional e afetiva. Ao sentirem-se frustradas podem evadir-se para um paraíso artificial, onde buscam, através do uso de algum tipo de drogas, encontrar a felicidade,

atingir o sucesso e esquecer a vida real. Tais condutas podem ser formas de defesa aparente de um intenso sofrimento e desamor próprio.

A adicção é um dos sintomas de profundas dificuldades pessoais. O sintoma droga nos conduz a uma reflexão que a drogadicção é um problema existencial. Ela revela que a pessoa apresenta dificuldades na interação e estabelecimento de relações interpessoais, reflexo de estruturas rígidas e também um sinal de alerta de um sistema familiar disfuncional, além do peso dos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais. Portanto, a drogadicção não deve ser vista como a única prova de um sofrimento psíquico individual.

Enquanto psicoterapeuta nos deparamos com pacientes adolescentes, adultos jovens e até idosos, que se utilizam de mecanismos de defesa tais como a arrogância, a auto-suficiência, críticos diante da realidade externa.Utilizam-se de mecanismos de negação, formações reativas, projeções intensas, reintrojeções de rejeição e violência. Pessoas que revelam sofrerem de grande insensibilidade afetiva demonstram-se agressivas, egoístas, provocando sofrimento nas pessoas com quem convivem, mas em sua maioria não demonstram sofrer e são incapazes de desfrutar a vida. Estas manifestações de conduta são formas aparentes de auto-engano, de desvelar-se para o mundo, revelando uma auto-estima agonizante, um desamor para consigo, um desprazer de viver.

2.5 A Auto-Estima do Adolescente Drogadicto

Bowlby (1994) ao abordar sobre apego seguro e desenvolvimento de autoconfiança apresenta algumas conclusões obtidas a partir de estudos feitos junto a adolescentes por pesquisadores, tais como: Rosenberg (1965), em um dos estudos de avaliação da auto-estima de adolescentes pesquisou se existia: a) uma correlação entre auto-estima de um dos sujeitos e outras informações prestadas por ele sobre si mesmo; b) uma correlação entre auto-estima de um dos sujeitos e a estrutura de sua família. O pesquisador quanto a primeira correlação constatou que baixa auto-estima se correlaciona com algumas medidas relativas a potencial deficiência psiquiátrica, tais como: sentimentos de solidão, sensibilidade à crítica, angústia, depressão e sintomas psicossomáticos. Por outro lado, a alta auto-estima se correlaciona com a confiança em outras pessoas, participação social ativa e possibilidade de se tornar líder. Para a correlação do segundo tipo, Rosenberg (1965) constatou sobre à auto-estima que os filhos de pais divorciados tendem a sentirem-se desfavorecidos em relação aos filhos de famílias de união estável. Adolescentes com baixos níveis de auto-estima são filhos de mães que se casaram jovens, logo tiveram filhos e se divorciaram jovens, menos de 24 anos. O mesmo ocorreu com os filhos de mulheres que enviuvaram jovens, uma forte tendência à baixa auto-estima. Em relação a filhos nascidos de mulheres mais velhas ou que perderam os maridos por morte ou separação/divórcio com idade mais avançada, não foram constatados reflexos negativos na auto-imagem desses filhos. Rosenberg explica que certamente tais acontecimentos, como o divórcio ou a viuvez precoces deixa estas jovens mães de filhos pequenos sobrecarregadas de responsabilidade e mais vulneráveis. Estas situações são conducentes a sentirem-se inseguras, angustiadas e irritadas e como conseqüência podem afetar o desenvolvimento da personalidade da criança. Outro aspecto observado, que, as crianças filhos pequenos de mães sós, pela situação que elas enfrentam, as crianças, geralmente, são cuidados por terceiros, pessoas instáveis, com dificuldade para estabelecer-se vínculos afetivos, contribuindo para sentimentos e estados de insegurança nas crianças/filhos.

Outro estudo de Megargee, Parker & Levine (1971) junto a universitários com idade média de 19 anos, apontam uma sistemática relação entre uma das medidas de socialização e o estado de casamento dos pais. A aplicação de Califórnia Personality Inventory Socialization Scale confirmou que os grupos de adolescentes afetados por alguma perturbação ou delinqüentes, registraram baixos resultados de sociabilização e auto-estima. Os jovens que registram alto nível de auto-estima provinham, segundo eles, de uma vida familiar funcional: convívio com ambos os pais naturais, o casamento dos pais definido como excelente e a infância do estudante por ele avaliada como feliz.

Bronfenbrenner (1961) estudou a base familiar de adolescentes estudantes pertencentes a quatro classes sócio-econômicas, considerando o grau de educação do pai, partiu de dois critérios: a) à medida que na escola demonstravam atitudes de líderes ou seguidores; b) à medida na qual se podia ou não confiar na execução de suas obrigações. Os resultados revelam que em sua auto-avaliação os rapazes manifestaram atitudes de liderança e as moças no que aponta à responsabilidade. Em ambos os critérios, os filhos de pais com mais alto grau de educação se auto-avaliaram melhor. Outras constatações foram aquelas que comprovam que adolescentes com inclinação para a liderança provem de lares nos quais os pais dedicam mais tempo e afeto e lhes dão grande apoio; os adolescentes que demonstram senso de responsabilidade provem de lares que normalmente os pais exercem forte autoridade, estabelecendo limites, via argumentação e recompensa ao invés de via punição. A investigação concluiu que liderança e responsabilidade nas crianças é resultado de bom nível de afeto e autoridade em casa. Entretanto, os adolescentes que receberam baixa pontuação na avaliação sobre liderança ou responsabilidade, via de regra, o quadro familiar era de indiferença ou rejeição dos pais. Os estudantes de ambos os sexos descreveram seus pais como pessoas difíceis de conviverem, pouco afetivas e que eles os ridicularizavam e/ou faziam comparações negativas com outros jovens. Ainda outros jovens queixaram-se que seus pais não lhe davam atenção, mostravam-se indisponíveis diariamente e evitavam a sua companhia. Os pais não estabeleciam normas de disciplina, ou quando eram aplicadas essas eram via punições arbitrárias e excessivas para com os filhos adolescentes.

Bronfenbrenner constatou que poucos adolescentes com baixa pontuação quanto à liderança, tinham pais presentes e demonstravam tendência a superprotegê-los.

Um estudo de Coopersmith (1967), para conhecer o como pré-adolescentes de 10 a 12 anos se auto-avaliaram sobre auto-estima e como os professores os percebiam: a) auto-avaliação através de teste para medir a auto-estima e b) avaliação do comportamento dos mesmos pelos professores. Os resultados obtidos foram semelhantes ao estudo de Rosenberg. A baixa auto-estima se correlaciona forte com uma angústia acentuada, com presença de problemas emocionais referidos pela mãe do sujeito estudado. O estudo referente a atitudes e hábitos de pais, os resultados dos dados foram obtidos através de resposta da aplicação de um questionário e entrevistas realizadas com as mães. Coopersmith constatou que meninos de elevado grau de auto-estima pertenciam a famílias onde existia alto nível de carinho materno. Em ambas as formas de coleta de dados havia coerência entre todos os dados informados. O estudo revelou que meninos com alto grau de auto-estima são filhos de mães mais amorosas e próximas de seus filhos do que as mães de meninos com baixo grau de auto-estima. Os resultados do pesquisador se aproximam dos outros estudos que procuraram critérios de avaliação de um desenvolvimento favorável da personalidade. Coopersmith, num estudo, constatou que os pais de meninos com elevado grau de auto-estima não só esperavam que os filhos atingissem padrões altos, de como exerciam certo

controle, embora com cautela, respeito e firmeza, recorrendo via recompensas do que via punições. Ele notou que os meninos com baixo grau de auto-estima poucos cuidados, afeto e orientação receberam de seus pais. Os filhos adolescentes com freqüência eram submetidos a castigos severos e injuriosos e, que seus pais demonstravam desamor para com eles.

Dentro do campo das drogadependências, inúmeras pesquisas têm insistido que existe uma relação causal entre uma baixa auto-estima e a adicção às drogas.

Pesquisadores até então têm mantido um posicionamento que existe uma ligação entre o autoconceito e a conduta, afirmando que o comportamento desviado e patológico é resultante de um desajuste entre os elementos que compõe o autoconceito.

Para Mosquera (1983):

> "*A importância da auto-imagem e da auto-estima está estreitamente ligada com as possibilidades qualitativas da experiência e da construção de mundos ideológicos que dão sentido à personalidade humana, nas diferentes etapas da vida"(p.53).*

O referido autor tem a dimensão de entendê-los AI e AE como processos bifocais da personalidade. A auto-imagem e a auto-estima são determinadas pelas inter-relações das estruturas sociais, ideológicas e necessidades pessoais.

Os estudos efetuados no campo da drogadependência têm mostrado que sujeitos adictos apresentam baixa auto-estima, mas quando comparados aos do grupo controle, com o avançar do tratamento terapêutico ocorre uma elevação da auto-estima.

Apodaca (1993), num estudo com 240 sujeitos adictos a heroína com antecedentes de uso de outras substâncias psicoativas utilizando a Escala de Auto-estima de Rosenberg, se propôs analisar a variação (melhora) da auto-estima ao longo do Programa Terapêutico Educativo "Proyecto Hombre", para reabilitação de toxicômanos. A Comunidade Terapêutica no caso, considerada ponto central do estudo, embora seja uma das partes integrantes dentre as três etapas de tratamento: 1) Centro de Acolhida, duração 10 meses; 2) Comunidade Terapêutica (duração internação 9 meses); 3) Reinserção Progressiva do drogadicto na sociedade, duração 1 ano. Os resultados indicam que o nível de auto-estima decresce entre a fase de Centro de Acolhida e da Comunidade Terapêutica, enquanto que na Reinserção apresenta nível mais elevado. Apodaca esclarece que não se pode confirmar o dado de que auto-estima alcança valores mais elevados segundo evolua o tempo de tratamento. Os resultados obtidos serviram para uma reflexão e possíveis mudanças de intervenção de dinâmica da Comunidade Terapêutica. Para o autor o processo terapêutico-educativo tem estreita relação com as possibilidades futuras para uma satisfatória reintegração social e não só com a mudança psicológica presente. A aproximação da Comunidade Terapêutica com a realidade externa não pode ser esquecida, ocorrerá ao efetivar uma completa formação profissional, titulação acadêmica de diversas classes, aprendizagem de diferentes ofícios condizentes a melhor capacitação do indivíduo para fortalecer-se e enfrentar a vida cotidiana durante o processo de reinserção social. Outro aspecto observado foi que deverá ser levado em consideração que o nível cultural contribui para melhor evolução da auto-estima de uma fase para outra.

2.6 Indicadores de Auto-Estima

Reflexões nos levam a acreditar que alta auto-estima é um recurso que dispomos para enfrentarmos os desafios da vida cotidiana e interpretada como um antídoto eficaz contra as dependências.

Gracía-Monge (1994), um dos inúmeros especialistas espanhóis no campo da psicoterapia contribui com sua experiência, dando elementos substanciais que nos auxiliam a identificar e avaliar estados de auto-estima através de sintomas e comportamento manifesto por indivíduos em diferentes etapas do seu desenvolvimento pessoal e social. Apresentamos a seguir os indicadores de uma baixa auto-estima e de alta auto-estima revelada pela vida cotidiana de um indivíduo, sendo:

2.7 Indicadores de uma Baixa Auto-estima (desestima)

A pessoa que tem autopercepção negativa, se sente indigno de estima, desamor por si próprio pode manifestar algum dos seguintes sintomas, como:

- auto-crítica rigorosa, excessiva, insatisfação constante;
- hipersensibilidade a crítica, não tolera e mantém ressentimento negativo para com seus críticos, culpa-se pelo fracasso e também aos outros;
- indecisão crônica, exagerada por medo de equivocar-se;
- desejo excessivo de alegrar-se, de agradar o outro para ser aceita;
- perfeccionismo obsessivos, se irrita quando não acontece o que previu/idealizou;
- culpabilidade neurótica, assume a culpa de sua imperfeição e incapacidade, não sabe perdoar-se;
- hostilidade agressiva a flor da pele, irritabilidade, super crítica, rebate quando contrariado, decepciona-se facilmente, demonstra insatisfação exacerbada;
- tendências depressivas, ser pessimista perante a vida, seu futuro, seu contexto, se sentir infeliz, manifestar desprazer em sentir e viver a vida.

2.8 Indicadores de uma Alta Auto-estima

A pessoa tem atitudes de reconhecimento positivo de si mesmo reveladora de uma identidade própria, tais como:

- crê veemente em certos valores e princípios, procura defendê-los com argumentos consistentes, mesmo diante de oposições, demonstra segurança e flexibilidade diante de equívocos e novas experiências;

- é capaz de construir, demonstra-se confiante diante de obstáculos e novas oportunidades, tem juízo próprio diante de desaprovações não manifesta sentimentos de culpa;

- não sente-se inferior perante qualquer pessoa, reconhece e aceita diferenças e outros talentos, prestígio profissional, posição econômica e social;

- demonstra dinamismo, emprega melhor o tempo, despreocupada sobre o que deixou de fazer no passado, o que irá transcorrer no futuro, sente-se responsável e seguro em saber conduzir sua vida;

- demonstra auto-confiança, é capaz de tomar decisões para resolução de seus problemas, não esmorece diante dos obstáculos e insucessos no seu cotidiano;

- considera-se uma pessoa valiosa, interessante e bem quista no convívio de seu círculo de amizades familiar e profissional;

- não permite ser manipulada, colabora, quando percebe ser apropriado, conveniente, adota posições firmes/seguras diante de pessoas líderes e ou autoritárias;

- reconhece e aceita-se como uma pessoa com infinita riqueza de sentimentos, emoções, paixões e atitudes, tanto perfeições e imperfeições que todo ser humano possui, avalia e permite desvelar-se diante de outra pessoa que considera digna para si;

- é capaz de viver e sentir prazer nas inúmeras atividades cultivadas, de acordo com seu estilo de vida. Renova-se constantemente através do trabalho, autoconhecimento, cultura, leitura, música, tocar instrumentos, escrever, pratica de lúdicos/jogos, praticar esportes, exercício físicos, artísticas (pintura, desenho, escultura, etc.) conversar com amigos, companheiro e família, cultivo de planta e animais, amar, meditar, desfrutar o ócio (não fazer nada);

- é sensível consigo mesmo e com outras pessoas, demonstra afeto, respeita seu contexto sócio-comunitário, respeita-se e aos demais, quer prosperar, tem consciência que não tem o direito de divertir-se e progredir as custas das pessoas nas suas relações interpessoais (trabalho, amigos e família).

Tais indicadores de uma alta ou baixa auto-estima nos motivam a uma reflexão sobre condutas terapêuticas mais apropriadas diante de nossas crianças, adolescentes, jovens adultos e das figuras parentais.

Segundo Bowlby (1994) ocorrerá um desenvolvimento harmônico e sadio da personalidade do indivíduo e um autoconceito positivo (auto-estima e auto-imagem) ao exercitar a capacidade de estabelecer trocas, confiar em si e nas pessoas são produtos de uma família que dá a seus filhos amor, forte apoio, respeita suas aspirações, auxilia a criança, o jovem a internalizar um senso de responsabilidade e de ser capaz de lidar com as frustrações, de tomar decisões diante dos obstáculos, sem esmorecer na sua vida cotidiana, e assim será capaz de sentir, viver e lidar com o mundo interno e externo.

2.9 O Sentido da Vida como Resgatar

A sociedade atual nitidamente tecnoeconomicista tem esquecido a pessoa holística tal é a desconsideração da parte humana que pode gerar sentimentos de vazio, angústia, tédio, resignação, frustração e desprezo de viver saudável. Este estilo de sociedade poderá exercer influência, impulsionando aquelas pessoas com ausente ou baixa auto-estima a utilizarem substâncias psicoativas para evitar ou suportar a dor. A evasão para a drogadicção promete o prazer, uma falsa sensação de felicidade mas gradativamente sua auto-estima se degenera. Atualmente, com acesso a bens materiais uma grande gama de pessoas que não tem ideais, objetivos e projetos que orientem sua vida cotidiana, se encontram numa constante frustração existencial, ou seja, um vazio existencial e procuram preencher vazios e carências de afeto com algum tipo de adicção.

Frankl (1987): "*Não é um vazio existencial e sim uma frustração existencial de sentido a própria existência*" (p.87), seu conceito vai ao encontro de minha interpretação. Para o

autor existem três razões da origem do vazio existencial, que o denomina de “neuroses noogena”. Esta neurose é provocada por conflitos de consciência, de valores e frustrações existenciais.

O adolescente em busca e construção de sua identidade pessoal se não tem uma pessoa ou família que ajude na elaboração de seus conflitos pode permanecer em estado de constante frustração existencial e evadir para a drogadicção.

2.10 Como Melhorar/Aumentar a Auto-estima

O desenvolvimento do EU, o conceito de si mesmo, a auto-estima e a imagem corporal constituem os indicadores mais relevantes do processo de identidade do adolescente.

A auto-estima positiva ou negativa vai depender em parte da forma de viver a vida do adolescente, dando um estilo próprio de vida, nos campos afetivo, intelectual, valorativo, comportamental, social e relacional.

Consideramos a auto-estima como o sistema imunitário da vida psíquica, se constatarmos que nossas defesas “o sistema imunológico psíquico” está baixo, temos como alterá-lo para aumentá-los através de reflexões e alterando formas de pensar e agir, tais como;

1) autoconscientizar-me de que a auto-estima depende de minha interpretação pessoal da realidade; de minha capacidade de aceitar amor, amar-me e amar com lucidez e autenticidade;

2) viver conscientemente, ou seja, lúcido, vivenciar para autoconhecimento de minhas possibilidades, limites e recursos que disponho;

3) observar o ambiente e ser capaz de absorver as expectativas sadias e que sejam construtivas; estabelecer limites para não ser manipulada como marionete, sem fomentar meus recursos e experiência pessoal (sadia, saudável);

4) não brincar na rivalidade, ou seja, saber me amar na realidade da minha vida, assumindo meus erros e minha culpa;

5) libertar-se de tudo que afete/baixe a auto-imagem, tais como: introjeção de imagem parental (pai,mãe) rígidas; sentimentos de não pertencer ao grupo (família, trabalho); de ligação/união equivocada; dependência de personalidades dominadoras e cerceadoras da liberdade; de condutas inadequadas; de sonhos irreais, vivendo fantasias, idealizações como fuga da vida real; medos e fobias impeditivas para o enfrentamento de grandes desafios; libertação de sentimentos de fracasso.

6) Fomentar/alimentar pensamentos positivos; se autovisualizar que esta tendo condutas adequadas e positivas; que esta exercendo uma práxis social, liberta para uma vida exitosa, enfrentando os obstáculos do cotidiano; utilizar-se de técnicas de relaxação, de concentração, visualização e meditação para fortalecer e concretizar os projetos de vida pessoal e profissional;

7) Auto perceber-se da utilização de condutas manipulativas (sentir-se vítima, falsa

passividade e fragilidade, atitudes fatalistas, fazer-se de infeliz e culpar o destino ou outra pessoa), para obter **benefícios secundários**, são indícios/indicadores de ausente ou baixa auto-estima;

8) Aprender a aceitar e trabalhar as frustrações, a aceitar e satisfazer-se com o que obteve e tem disponível na vida, nem sempre o almejado se obtém; viver a realidade presente; buscar satisfação, sentir e aceitar com prazer às pequenas coisas que a vida nos proporciona;

9) Escutar os "feedbacks", as mensagens positivas, sem filtrá-las, ou seja, trabalhar a comunicação nas relações interpessoais e fortalecer a auto-imagem positiva; não se atrelar/fixar-se nos traços negativos; acreditarem-se e sentirem-se valorizado pelas pessoas, fortalecer autoconceito que dispõe de recursos e tem potencial;

10) Arriscar-se a ser único/autêntico, Ter o direito de ser feliz, mesmo diante de adversidades embora tenha a sensação da felicidade assemelhar-se a um deserto de dor e solidão.

Rappoport (1986) entende por identidade:

> ***"O sentido que o adolescente tem de si mesmo como indivíduo singular e único, é uma força organizadora, que aparece progressivamente e que unifica diversas facetas sob si mesmo, dando-lhe condições para começar a resolver seus conflitos e confusões deste período próprio e característico do desenvolvimento da personalidade***"(p.57).

3 VALORES NA ADOLESCÊNCIA E ADICÇÃO AS DROGAS

A história é a substância da sociedade. O homem é a substância maior cabendo-lhes a responsabilidade de construção e transmissão de cada estrutura social. O homem é responsável e dele depende a continuidade de toda heterogeneidade da estrutura social e a continuidade dos valores. A historia é o processo de construção dos valores ou da degenerescência de determinados valores de acordo com o momento histórico cultural. Dependendo da estrutura social no seu conjunto, um valor que atingiu um certo estágio pode ser na mesma sociedade questionado pela geração mais jovem e, vir a sofrer gradativamente um processo de deformação, de perda de importância ou de sua essencialidade, mais ele nunca morre.

Para Heller (1972) os homens jamais escolhem valores, na realidade escolhem idéias, finalidade e alternativas concretas. A opção concreta por algo está diretamente relacionada com as crenças do indivíduo, ou dos grupos de sua comunidade, sendo essas manifestadas por atitudes valorativas e pelos seus juízos que estão ligados a sua percepção da imagem do mundo.

3. 1 Definição de valores

A mesma autora define "***o valor como uma categoria ontológica social, e a história é historia da colisão de valores das esferas heterogêneas"*** Heller (1972, p.5).

Para Rokeach (1973) um valor é ***"uma crença estável de que um determinado modo de conduta ou uma finalidade de existência, é pessoal ou socialmente preferível ao seu oposto ou à sua contrapartida"(p.5).***

Perron (1987) em sua obra "*Bases e aplicações dos valores em Psicologia e Educação*", aprofunda seus estudos e concorda com a maioria dos autores estudados que estão presentes três dimensões essenciais na definição operacional dos valores, sendo elas: uma de natureza cognitiva, outra de caráter afetivo e a terceira tem um caráter conativo ou comportamental.

Para o autor do ponto de vista **cognitivo** primeiramente os valores são **concepções** mas estas possuem um **caráter normativo**.Portanto, os valores envolvem um processo de abstração, de representação e de avaliação, tendo como resultado o estabelecimento de significações formais.Já o que determina o **caráter afetivo** dos valores tem a ver com o aspecto da "desejabilidade".É ele que determina a atração que a realidade concebida exerce sobre a pessoa e qual o nível de investimento afetivo.Em relação ao caráter **conativo** ou **comportamental** tem a ver com a opção de um modo de comportamento,entre outros, pela pessoa diante de uma determinada situação na vida (escolha da profissão, de companhia para vida, do estilo de educação, estilo de vida, da opção política,etc.). Embora suas escolhas envolvam esquemas abstratos, afetivamente carregados de "desejabilidade", a pessoa irá refletir, avaliar o processo de tomada de decisão e tentar se ajustar às exigências particulares da situação. É no aspecto conativo dos valores que se fundamenta a relação existente entre eles e o comportamento manifesto. Até podem os aspectos conativos e afetivos por diversos motivos não serem influenciados pela realidade comportamental, mas será a dimensão conativa que revelará o grau de engajamento na ação.

Perron (1987) analisando a definição dos valores de diversos autores (Allport,1937;Kluckholn,1951;Morris,1956; Smith,1963; Williams, 1968, Rokeach, 1973), conclui que os valores são: ***"cognições normativas (crenças) relativas a objetos apetecíveis/desejáveis, e que orientam para a ação, em situações que exigem uma opção/tomada de posição***" (p.64, 68).

3.2 Classificação de valores

Quanto à **classificação** existem os valores **terminais** e os **instrumentais**. Os valores **terminais** são de dois tipos: sociais e pessoais (intra e interpessoal). Já os valores **instrumentais** são de duas ordens: morais e de competência.

Cognições Normativas – os valores são frutos do pensamento formal,ou seja, são representações abstratas, mas que devido seu aspecto normativo dá-lhes a característica de se manifestarem através de expressões como, **é necessário, deve-se, é importante**. Trata-se, portanto, de padrões, de critérios de avaliação de informações oriundas de situações.

Objetos Apetecíveis/desejáveis – representados sob a forma de cognições normativas (valores) são de dos tipos: uns são fins de existência,ou seja, grandes objetivos na vida que podem ser de ordem **social** (a paz no mundo), **interpessoal** (o amor), ou **intrapessoal** (a harmonia interior), outros se manifestam como modalidades de ser ou de agir, quer apresentando uma conotação **moral** (honestidade), quer de **competência** (logicidade). No primeiro caso, se tratam de valores terminais e, no segundo, de **valores instrumentais** (Fig.4) (Perron,1987,p.65; Rokeach,1973).

VALORES

TERMINAIS	INTRUMENTAIS
Vida fácil	Ambicioso
Vida empolgante	Grande de espírito
Realização	Capaz
Paz mundial	Alegre
Beleza	Limpo
Igualdade	Corajoso
Estabilidade familiar	Indulgente
Liberdade	Serviçal
Felicidade	Honesto
Paz interior	Imaginativo
Amor	Independente
Segurança nacional	Intelectual
Prazer	Lógico
Saúde	Amoroso
Auto-estima	Obediente
Consideração	Polido
Amizade	Responsável
Sabedoria	Senhor de si

FIGURA 4 - Os dois tipos de valores, terminais e instrumentais, segundo Rokeach (1973)

Em que aspectos se diferem os valores morais dos de competência? Os ***valores morais*** se fundamentam em prescrições ou proibições, e quando desobedecidos geram no indivíduo, sentimento de culpa. Os ***valores de competência*** correspondem a projetos ou ideais pessoais, e quando não levados a êxito geram no indivíduo, sentimento de frustração (Schafer,1965).

Valores orientam a ação – o indivíduo diante duma opção que exige engajamento pessoal, recorre a seus valores como critério decisivo para a ação que vai empreender.

Segundo Heath (1976), os valores mais centrais da pessoa presidem à continuidade das decisões de uma para outra situação, ao passo que os mais periféricos asseguram a flexibilidade das decisões entre as situações.

3.3 Comportamento manifesto e o sistema de valores

Uma analise das relações entre valores e comportamento é importante devido a sua influência direta na educação moral. O comportamento manifesto da pessoa é sempre resultado dos seus valores? A resposta parece vir da motivação subjacente ao sistema de valores da pessoa. Os estudos da psicologia demonstram que o comportamento se apóia em três motivações de base, sendo que a pessoa age: 1) para defender-se das ameaças vindas tanto do exterior como do seu íntimo; 2) para ajustar-se às situações; ou, 3) para atualizar-se. No primeiro caso, a relação entre o comportamento e os valores pode ser nula (por exemplo, a pessoa renegar suas convicções por medo de torturas). No segundo caso , o

comportamento corresponde aos valores quando a pressão social estabelece exigências (p.ex.: conduzir o veículo em consonância com as leis de trânsito, ao perceber o carro da polícia com radar). No terceiro caso, valores e comportamento coincidem independentemente da pressão social. Tais reflexões são esclarecedoras que quanto maior for a motivação para a atualização, mais forte e maior correspondência haverá entre valores e o comportamento da pessoa (Perron, 1987).

Rokeach (1973) entende que as realidades concebidas sob a forma de valores são modalidades de ser ou de agir, e finalidades de existência que para um indivíduo estão numa ordem de preferência, uma em relação à outra.É a natureza do que é desejável que condiciona o gênero dos valores. Para este autor os valores não são imutáveis mas são suficientemente estáveis para atestar a continuidade no processo de evolução da personalidade, mas ao mesmo tempo, oscilam suficientemente para acompanhar as transformações marcantes que se operam na pessoa e na sociedade.

Para melhor compreensão do tema valores, se consideraram importante descrever aspectos que o caracterizam com seus elementos constitutivos e seus atributos para distingui-los de outros conceitos tais como: processo de valorização, necessidades, atitudes e interesse.

Perron (1987) ao discorrer sobre valores e processo de valorização esclarece que:

> ***"os valores são o fruto, o produto formalizado dum processo de valorização, que tem origem nos primeiros contatos da pessoa com o seu ambiente físico e humano, prosseguindo sem cessar, de modo dinâmico, através de vivências diárias.(...) os valores designam o que daquilo é importante, o processo de valorização indica o como algo é importante***"(p.19).

O referido autor ao discorrer sobre valores e necessidades destaca opiniões divergentes entre os seguintes autores: Maslow (1954), não distingue de forma sistemática os valores das necessidades; Rokeach (1973) argumenta que os valores são típicos dos humanos, por que representam de modo cognitivo suas necessidades, tornando-as socialmente aceitáveis; Quellet et Perron (1979) descobriram no âmbito do lazer que pessoas valorizando situações de risco e de audácia no mesmo nível, tinham atividades completamente distintas umas das outras.Para algumas pessoas o esporte está relacionado com o status e com a ambição, mas para outras como efeito à liberdade e à qualidade do relacionamento interpessoal (Perron, 1987).

Quanto á distinção entre os significados de **valores** e de **atitudes** destaca-se as concepções de Rokeach (1973, 1968[a], 1968[b]) que esclarece:

> ***"uma atitude distingue-se de um valor porque ela se relaciona com a organização de diversas crenças, relativas a um objeto ou a uma situação específica, ao passo que um valor diz respeito a uma só crença de gênero muito particular. Um valor designa um modo de conduta ou um estado final desejável possuindo uma qualidade transcendente que guia as ações, as atitudes, os julgamentos bem como as comparações entre os objetos e as situações específicas,dentro duma perspectiva especialmente centrada sobre finalidades últimas ou imediatas***" (p.18)

3.4 Valores e Personalidade

Ao discorrermos sobre os valores e personalidade entendemos que eles enquanto padrões, servem para orientar diversos aspectos da atividade humana, e portanto intervêm de forma motivacional, no funcionamento da personalidade. Sua organização em sistemas nos orienta para resolução de conflitos e tomada de decisões. Os valores impulsionam diretamente nossos posicionamentos ao defrontarmos com os problemas existentes na sociedade, sejam elas relativas as desigualdades sociais, a corrupção, à violência urbana, à criminalidade,o narcotráfico e a juventude, a pedofilia, à pena de morte, ao aborto, à educação de crianças, os conflitos de relacionamentos entre patrões e empregados, ao acesso e direito à saúde, à educação, a questões relativas ao meio ambiente,etc...Alguns autores (Perron,1987; Rokeach, 1973) estabelecem uma relação entre motivação e o funcionamento da personalidade, e destacam três fontes principais que impulsionam o agir humano: para adaptar-se ao meio ambiente, defender-se das ameaças à sua identidade a expressar-se ou atualizar-se. Cormier-Charette (1977) demonstrou quatro papéis dos valores (cognitivos, de adaptação, defensivo e atualizante) que são tratados segundo os quatro modelos explicativos (cognitivo, conflitivo, de realização e comportamental) da personalidade, definidos por Maddi (1972).

3.5 Desenvolvimento dos valores na adolescência

A adolescência é reconhecida como um período de grandes mudanças e de aquisições importantes no plano físico, sexual, cognitivo como no da identidade psicossocial e de auto-realização.Portanto essas mudanças são de natureza biofisiológica, cognitiva, afetiva e social. É na adolescência que se percebe mais claramente a luta contínua de busca de equilíbrio entre as forças de adaptação e as de expressão do indivíduo conducente à auto-realização.

As mudanças significativas na adolescência de natureza cognitiva, afetiva e social serão discutidas a seguir pela importância que desempenham na consolidação da identidade pessoal conducentes à vida adulta.

No **plano cognitivo**, ocorre uma verdadeira transformação nas estruturas do pensamento e da visão do universo físico e interpessoal, possibilitando compreender a realidade complexa. O adolescente desenvolve a capacidade de raciocínio abstrato, adquire a capacidade de centrar sua compreensão nas relações entre os acontecimentos e na maneira como eles repercutem em sua pessoa.O adolescente ao atingir as formas abstratas de representação e do conhecimento, configura sua aquisição cognitiva que viabiliza que os valores se instalem nesta etapa de vida.

No **plano afetivo**, a adolescência é um período do surgimento da identidade pessoal, e de renúncia às identificações da infância,ou seja, elaboração das perdas e luto. Os pontos referenciais de base para as reações de atração e de repulsa passam de um pólo externo (o azar, a situação, a aprovação dos outros, a autoridade) para outro interno (a habilidade, o esforço, a auto-satisfação, a responsabilidade).O que ocorre de certo modo e uma descentralização do EU que cede o lugar para a identidade pessoal e à autonomia. Tal passagem que é favorável à aquisição dos valores porque amplia o universo do apetecível/desejável com elementos afetivos.

No **plano social**, a adolescência é um período de inserção no mundo dos adultos, com os estímulos e as desilusões que a acompanham, e a luta se faz em muitas frentes simultâneas, dentro e fora de si.. É o choque entre a fantasia e a realidade, o contraste entre o possível e o realizável, entre a perfeição e a realização. É a adolescência o período de grandes pressões e tensões, o jovem tem que tomar decisões na vida, comprometedoras, e, às vezes, irreversíveis (estudos, opção da profissão,trabalho, escolha do cônjuge que vai compartilhar sua vida íntima e social).Observa-se o adolescente ensaiando seu sistema de valores, nessa transição social do mais restrito (a família) ao mais amplo (a sociedade).O adolescente construirá sua nova identidade com os suportes básicos (cognitivo, afetivo, social), graças à realização de tarefas promocionais que o conduzirão à vida adulta.

Perron (1987, p.67), analisou os estudos realizados sobre valores e a adolescência e constatou que são de duas ordens: os voltados para os valores gerais (Dukes, 1955; Feather, 1980), e os que estudaram os valores de trabalho (Zytowski, 1970; Descombes, 1980; Bujold, 1980).

Em ambos estudos sobre valores as conclusões mais consistentes e constantes são as seguintes : 1) eles se estabelecem durante a adolescência; 2) evoluem lentamente e principalmente, no período dos 12 aos 18 anos (mais ou menos); 3) diferem apreciavelmente segundo a população masculina e feminina; 4) diferem também em função da escolha profissional encarada ou seja feita pelos jovens; 5) constatam-se diferenças significativas entre os adolescentes e os adultos.

3.5.1 Julgamento moral e educação moral

Considerando os estreitos laços que os valores têm com a personalidade,eles desempenham um importante papel na formação da pessoa, encontramos as contribuições da psicanálise (Erikson, 1959), o behaviorismo (Hill, 1960), da fenomenologia (Rogers, 1964) e da psicologia social cognitiva (Feather, 1975; Rokeach, 1973) que discorrem sobre o modo como os valores são adquiridos e de sua evolução nas diversas etapas da vida.Outros autores (Hoffman, 1980, 1982; Kohlberg, 1976; Piaget, 1957) discutem os valores num enfoque moral.

Piaget (1932) desenvolveu estudos sobre o juízo moral da criança onde analisa as atitudes verbais das crianças em relação às regras do jogo, à distração, à mentira e ao roubo. Ele identificou dois grandes estágios de desenvolvimento moral no período que vai dos seis aos doze anos.Observou que as crianças entre dois e seis anos (2º estágio) sua prática de regras é egocêntrica. As crianças menores estão no estágio denominado *heteronomia*, isto é, suas regras são leis externas, sagradas, porque são impostas pelos adultos.O adolescente (entre 11 a 12 anos) desenvolve a capacidade de raciocínio abstrato, e é neste ponto (4º estágio) que a codificação de regras assume grande importância.O respeito pelas regras amadurece quando o adolescente chega no estágio da cooperação (desejo trabalhar ou pertencer ao grupo de iguais) e a heteronomia decresce, e com o aumento da *autonomia*, revela claramente o respeito pelas regras na própria obediência e conhecimento. Para Piaget a autonomia se refere à liberdade do constrangimento causado pela heteronomia, e entende que toda moral consiste num sistema de regras e a essência de toda moralidade é buscada no respeito que o indivíduo nutre por estas regras.

Piaget (1932) descreve o egocentrismo como um estado em que a organização interior não é influenciada pelo contato com a realidade. A criança egocêntrica por ausência

de autoconhecimento encontra a sua própria identidade no ato de submeter-se às regras dos adultos. Na moral, como no jogo, a intenção do adolescente egocêntrico é de submeter-se às regras estabelecidas, que, ao lado de muitas outras experiências, permanecem externas à sua consciência e não se tornam regras internalizadas orientadoras das suas ações.

Segundo as pesquisas empíricas de Kohlberg (1976) o jovem atinge a maturidade do juízo moral relativamente tarde, ou não a alcança, segundo as expectativas a que estamos habituados, ainda demonstrou a falta de fundamento da tese segundo a qual a moralidade é uma estrutura imposta pela sociedade.

Kohlberg (1976) definiu seis estágios que constituem três níveis de julgamento moral: "*pré-convencional*", "*convencional*" e "*pós-convencional*". Os estágios definidos pelo autor transcendem situações particulares e períodos temporais definidos e podem ser aplicados a pessoas provenientes de diferentes civilizações, culturas e instituições. Para ele o término *ad quem* do desenvolvimento moral esta no estágio 6 (último), sobre "*princípios éticos universais*", que são "*fundamentalmente os princípios universais da justiça, da reciprocidade, da igualdade dos direitos humanos e do respeito pela dignidade dos seres humanos enquanto pessoas individuais"*.Embora em seus últimos estudos (*Continuities in Chidhood and Adult Moral Development revisited; e Life-Span development psychology),*esse autor perpassa a idéia de incerteza de que o estágio seis seja a última etapa do desenvolvimento moral.

Piaget e Kohlberg demonstraram que o crescimento moral é um processo evolutivo; não é um processo de *impriting* das regras e das virtudes através da modelagem, do ensino, da punição e da recompensa, mas sim um processo de reestruturação cognitiva.

Para a teoria psicanalítica, os valores morais são o produto em grande parte inconsciente de motivos irracionais (como o medo da castração), e se baseiam na necessidade de manter fora da consciência os impulsos anti-sociais.

Para a teoria da aprendizagem a moralidade é um conjunto de atos e de omissões que têm como base os processos de recompensa e punição.

Duska, Whelan (1994) em sua obra "*O desenvolvimento moral na idade evolutiva: um guia a Piaget e Kohlberg*" concluem que

> ***"a verdadeira maturidade moral reside na correspondência entre juízo e ação moral e para que isto aconteça é necessário que a pessoa seja capaz de uma escolha livre e responsável, que não seja contida pelas dificuldades psicológicas provenientes de suas inconsistências***"(p.10).

3.6 Os valores e sua dimensão com a globalização mundial

Entendemos por valor tudo aquilo que faz parte do ser genérico do homem. O valor tem uma dimensão cognitiva e afetiva, ambos imprescindíveis para o processo de desenvolvimento da auto-estima que crescerá e irá regular a conduta da pessoa de acordo com seus valores. Portanto os valores como orientam a conduta das pessoas e os valores de seus grupos é através das atitudes concretas que podemos conhecê-los, pois revelam seu estilo de vida, seus conflitos cotidianos e aspectos de sua identidade pessoal.

Atualmente a discussão sobre valores em diferentes âmbitos tem sido tema freqüente,por ter relação direta com condutas antiéticas manifestas no cenário político, desrespeito aos direitos do cidadão, desintegração da família, condutas anti-sociais, violência urbana, drogadependência, narcotráfico, insegurança na sociedade.A sociedade reclama pela ausência de um comportamento moral.Os cidadãos mais conscientes propõem que somente através de uma educação em valores será possível ocorrerem mudanças no comportamento das gerações jovens e estas contribuírem para desfrutarmos de uma sociedademais sadia (Kalina,1997; Knobel,1997, 2000; Krowczuk,1997; Vasconcellos,1997; Moradillo, 1994; Vega, 1994; Elzo et al.1992; Mosquera,1979).

A sociedade atual se globaliza com tal velocidade sendo um fator adicional com os conflitos da identidade nacional. Vivemos numa sociedade consumista que emite mensagens e atos indutores de bens de consumo e adoção de um estilo de vida nada saudável. O consumo revelado como um valor central criando necessidades e invertendo os valores humanos.

A sociedade capitalista consumista define a pessoa em função do que ela gasta, passa a adquirir e demonstra possuir, portanto configura-se pela inversão de valores tornando a pessoa escrava do dinheiro, de bens materiais e de uma corrida desenfreada a conquista da fama e do poder.

Os jovens são vulneráveis e susceptíveis às influências oriundas do meio social buscam, fora do núcleo familiar, valores que desejam incorporar à sua realidade pessoal ou outros com os quais necessitam aprender a lidar e que se constituem uma parte do SEU EU, nem sempre integrado à personalidade.Temos consciência que é a partir da primeira relação do bebê com seus pais, na mais tenra infância, já se estruturam as bases da personalidade e assim são incorporados os primeiros valores psicossociais que compõem os parâmetros da cultura.

O adolescente é bombardeado para o consumismo através da publicidade que o conduz a uma identificação com os valores do mercado "ideologia dominante" sente-se fascinado e seduzido pelo modismo. O ato de consumir que lhe dá prazer alivia as angústias, sublima as frustrações e assim sendo o adolescente incorpora comportamentos adictos por sofrer um desprazer com a vida rotineira, busca dar sentido à sua vida com a prática de esportes, ginástica, musculação, em fim, o culto ao corpo físico, um narcisismo revelado e indo ao encontro do que a sociedade traça como um perfil físico ideal "saudável".

Observamos que a maioria dos jovens prefere uma vida cômoda, não desejam envolver-se com atividades que envolvam muita responsabilidade e compromisso de horários. Alguns desempenham tarefas domésticas com objetivos de receber algo em troca, dinheiro/moeda espécie e ou mais liberdade para colocar em prática seus projetos

individualistas, como ficar assistindo filmes, vídeos, televisão ou curtindo um som, ouvindo CD'S dos ídolos jovens.Seriam tais atitudes e comportamento manifesto valores morais e sociais de nossa juventude? Que valores têm sido transmitidos pela família, escola, outros âmbitos sócio-educativos da atual sociedade para nossas crianças e jovens?

3.7 Educação em valores conducentes a valorização da vida

Acreditamos que o sistema educacional deve estar voltado para ações psicopedagógicas reforçadoras de valores orientados para a autonomia e liberdade pessoal.Uma educação onde os jovens internalizem a solidariedade, a participação social, a autonomia, a valorização da vida como valores básicos ao desenvolvimento da própria personalidade. Mas na realidade observa-se que a escola transmite um sistema de valores velados que movem a sociedade atual,onde se consolidam o individualismo, o egocentrismo, a competitividade, a desonestidade, a falta de solidariedade, a igualdade formal de oportunidades e a desigualdade natural de resultados em função de capacidades e esforços individuais, a hipocrisia, a estigmatização de crianças e adolescentes oriundos de camadas sócio-econômica-culturais desfavorecidas.

A **educação moral** de jovens e adolescente deve ser algo que possa ajudá-los a "interiorizar" valores de amor à verdade, lealdade, respeito às diferenças, amizade e compartilhar responsabilidades, independência, perseverança, trabalho, respeito às normas de convivência familiar e social, honestidade,etc.,que estejam presentes na sociedade, na cultura, na religião e propõem como tarefa pessoal para a sua realização. A ação moral não é uma seqüência de atos desconexos, nem uma simples execução mecânica material de determinados comportamentos tomados dos adultos como modelos.

O **papel do educador** (pais, professor, terapeuta) consiste em ajudar o adolescente, o jovem a refletir sobre o raciocínio utilizado para resolução de seus conflitos morais, sociais, estético-intelectuais, transcendentes e psicobiológicos, e a ver os equívocos de seu raciocínio e ajudá-lo a utilizar estruturas mais adequadas. É imprescindível levar em consideração o processo através do qual o adolescente e o jovem desenvolvem sua própria capacidade de percepção do valor moral e outros, quais são esses valores, e conseqüentemente o modo de ajudá-los sem colocar obstáculos no processo evolutivo.

Perron (1987) descreve que além das dificuldades relativas à compreensão, explicação e predição da conduta moral, surgem as relativas ao modo eficaz e apropriado de atuar em educação moral. Aponta três componentes básicos que devem estar presentes no conjunto dos métodos para a educação moral que são: ***a consideração***, o ***julgamento*** e a ***ação.***

A **consideração** consiste em sensibilizar a criança, o adolescente para os aspectos afetivos de sua vida intra e interpessoal, ensinando-lhes formas de identificar adequadamente suas vivências e formas de manifestá-las, bem como para reconhecer as vivências de outras pessoas e reagir adequadamente.

O **julgamento** tem como meta colocar o adolescente estudante em confronto com as possíveis implicações decorrentes de suas convicções, ou seja, oportunizar que o sujeito reflita sobre a tomada de decisão e das conseqüências para si e para os outros, de possuir certas convicções ou de manifesta-las através de modos de ser ou de agir. A proposta ao adolescente para resolver situações problemáticas e conflitantes com alguns valores oportuniza ao educador informações sobre seu nível de funcionamento moral.

A **ação** é imprescindível para que a educação moral atinja seus objetivos. O envolvimento de educadores e estudantes tem por finalidade intervir concretamente no ambiente real (escola, família, comunidade) para efetuar mudanças significativas em termos de qualidade da vida moral. Confiar aos jovens responsabilidades no seu contexto social é uma prática com êxitos em termos de metas de educação moral.Por exemplo à participação em programas de prevenção ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, contribuindo para que aqueles jovens que são usuários sociais mudem para atitudes e condutas mais sadias a nível pessoal e grupal, já aqueles drogadictos ou abusadores de drogas sejam vistos como portadores de uma doença "dependência química",que necessitam de ajuda para resgatarem auto-estima e darem significado a vida e se libertarem da ideologia hedonista.

Segundo Moradillo (1994), a educação em valores por fazer parte de outras medidas de qualidade da educação na atualidade, constitui-se num importante suporte para a prevenção as drogodependências. Destaca que um dos objetivos da educação é preparar a pessoa para a vida, portanto deve ensiná-la a conviver com as drogas em uma sociedade de consumo. A educação não deve somente centrar-se nos aspectos negativos do abuso de drogas e nas estratégias repressivas, mas sim auxiliar as crianças e os adolescentes a internalizarem valores morais, de igualdade, respeito, espírito crítico, comportamento democrático, respeito ao meio ambiente,valorização da vida, conducentes a se tornarem e comportarem-se como pessoas com personalidade.

3.8 Valores dos Adolescentes e Adicção as Drogas

Alonso et al. (1995) analisam as pesquisas espanholas que relacionam valores dos adolescentes e consumo de drogas. Apontam as dificuldades existentes em definir conceito de valor ou atitude e a distinção destes tais como o de motivação, opinião, crença, hábito, estilo de vida, mentalidade, etc., utilizado pela maioria dos pesquisadores. Para os inúmeros autores "***o valor seria de algum modo á regulamentação da conduta que evita a que as pessoas tenham que improvisar a cada momento, orientando seu comportamento"***.

Vega Fuente (1994) ao analisar a relação entre valores e o problema das drogas e os programas de intervenção educativa, chama atenção que por detrás da denominadas "crises de valores" podem se ocultar ideologias contrapostas: a punitiva (castigo ao infrator), a terapêutica (tratamento ao enfermo), a disvirtualizada (conducente à autonomia e liberdade pessoal). Às vezes tais ideologias são expressas literalmente, mas normalmente são veladas ao utilizarem-se de valores antagônicos aos valores educativos que impulsionam o autodesenvolvimento.Tais contradições podem emergir tanto nos meios de comunicação social, como também nos serviços educacionais, terapêuticos e de reinserção social.

A sociedade, neste inicio de século XXI, continua enfrentando um grave problema que é um consumo diversificado de substâncias psicoativas e de formas de consumo, sendo adotado por adolescentes, adultos e até idosos um visível modelo de consumo de drogas nas diversas camadas sócio-econômicas da população brasileira. Outro problema que enfrenta a sociedade é a crise do sistema de valores tradicionais, que foram substituídos por outros valores, não muito claros ainda pelos estudiosos.Estas questões nos conduzem a uma reflexão mais abrangente que tem relação direta com aspectos estruturais da sociedade. Não podemos desconsiderar determinados valores ocultos que perpassam gerações comprometidas a grupos detentores de poderes representativos nas esferas político, econômico, social, jurídico e religioso.

Os governantes convocam toda sociedade para a "guerra contra as drogas", utilizam se de veículos (meios de comunicação social, educação, saúde, justiça, etc.) que reforçam valores predominantes de uma ideologia dominante, nem sempre assumindo posição de agentes de transformação social junto aos cidadãos, os estimulando a introjeção ou sedimentação de valores morais, sociais, transcendentes reforçadores de uma sociedade igualitária.

A analise da Política e legislação sobre drogas no país até 1993, nos chama atenção que a ordem social seria restabelecida somente através do intenso combate ao uso e abuso e a repressão ao narcotráfico. A repressão institucionalizada foi à política certa para combater a violência social e acabar com a marginalidade e proteger os cidadãos dos drogadictos e dos traficantes.Uma política de prevenção ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas foi proposta , mas desenvolvida timidamente e através de modelos "jurídico-moral" , "saúde pública" que se revelaram inoperantes no sistema educacional, pois aumentou violentamente o número de adolescentes que se tornaram usuários experimentadores e abusadores de drogas ilícitas. Quanto ao tráfico de drogas, ultrapassou os limites do contexto escolar, e aumentou a ocorrência de pequenos traficantes dentro do ambiente escolar. O rechaço ao drogadicto , ao exdrogadependente "toxicômano" é visível no sistema de saúde, educacional, jurídico, segurança pública, por serem todos indiscriminadamente rotulados como delinqüentes, criminosos, marginais e altamente perigosos a nossa sociedade.

Ao defrontarmos com inúmeros problemas que dizem respeito aos anseios dos cidadãos em poder ter assegurado seus direitos a uma vida digna (educação, saúde,trabalho, habitação,segurança pública,etc.) levantamos alguns questionamentos:

- Que valores nossa sociedade vem perpassando, para que nossas crianças e jovens tenham um desenvolvimento biopsicossocial sadio e demonstrem ser possuidores de um sistema de valores conducentes a condutas antidestrutivas?
- Que valores sustentam atualmente as condutas dos adolescentes e jovens?
- Que valores em nossa sociedade estimulam ou reforçam o consumo de diferentes drogas?
- É possível através de uma educação centrada na valorização da vida, vir a reforçar aqueles valores de pessoas não usuários de drogas, para que resistam e rejeitem a oferta e pressão dos amigos e grupos de iguais?

Rokeach (1986) levanta algumas questões básicas que podem ser conducentes a uma reflexão diante da complexidade axiológica denominada "problemática das drogas". Os valores dos abusadores de drogas são distintos daqueles sustentados pelos sujeitos que não abusam? É possível através de atitudes educativas mudar os valores dos abusadores de drogas, ou seja, reduzir ou conseguir abstenção do uso de drogas?É possível reforçar ou estabilizar os valores daquelas pessoas que não abusam de drogas, de maneira que não se tornem compulsivas no consumo?É possível reforçar ou estabilizar os valores dos não usuários, de forma que não se iniciem no consumo?

Destacamos que é na adolescência e pré-adolescência que a crise do sistema dos valores tradicionais ficam mais evidentes, porque nessa etapa evolutiva, caracterizada pela intensa problemática psicológica emocional é quando se configura o sistema de valores do indivíduo e a estreita relação com o elevado número de casos de consumo de drogas de uso legal "institucionalizadas" como o álcool, tabaco e medicamentos.

Observamos atualmente o sistema de valores, que orienta a conduta dos jovens, e dos grupos de iguais, ser revelador de uma ideologia hedonista, que estão voltados à satisfação plena de seus desejos, pulsões instintivas de gratificação oral, sexual.O consumismo é estimulado pela mídia continuamente a publicidade tendo conhecimento dos valores que movem a juventude atual respondem com criatividade, e são utilizados todos os tipos de recursos sedutores para que os jovens associem tais valores aos produtos predeterminados como bebidas alcoólicas, cigarros, roupas,CDS, material esportivo, produtos facilitadores de conquistas amorosas,estimulantes ao sexo livre e criativo, etc. O crescente consumo de álcool atualmente aceito e estimulado no contexto sócio-familiar, embora seja uma droga psicoativa (lícita) é internalizada e faz parte das socializações entre os jovens, porque esta associada com festa, diversão, alegria, conquista, viagens,amizade, namoro. Portanto, claramente aqui estão manifestados os valores de amizade, encontro amoroso, sentir-se bem, alegria, liberdade, comunicação,etc. Os valores que sustentam o consumo de determinadas drogas, como as substâncias estimulantes (álcool, tabaco,etc) estão sempre associadas a modas e valores da sociedade de ócio, lazer, êxito, modernidade, dinamismo, ação, diversão, competitividade, estética "beleza física" (Krowczuk, 1997; Elzo, 1992; Comas, 1991).

Observamos que a maioria dos adolescentes apresenta um funcionamento narcisista, se revelam mais onipotentes, cada vez mais tendo experiências precocemente, e tornam-se exigentes de soluções imediatas e extremamente intolerantes a qualquer sentimento de frustração.

O valor tem um componente cognitivo e afetivo e ambos se integram nos processos de desenvolvimento de auto-estima que se revela através de diferentes formas de comportamento do sujeito, de acordo com seus valores.

Os estudos internacionais sobre os valores e consumo de drogas pela população de adolescentes estudantes de Ensino Médio (2º grau), apresentam uma diversidade em relação à sua classificação. Os valores são listados de acordo com o tipo de estudo e objetivos do pesquisador. Constatamos na literatura, que predominam os estudos que têm como referencial aqueles valores listados pelo Grupo Europeu de Estudos de Sistemas de Valores (E.V.SS.G) de Rokeach e outros pesquisadores que apresentam proposta de sua classificação.

Moradillo (1995, p.14) apresenta uma proposta de classificação de valores vigentes na atualidade que outras pesquisas até então não identificaram.

Os valores de acordo com o citado autor estão classificados em cinco categorias sendo os grupos de valores:

- **Psicobiológicos**: saúde, higiene, amizade, alegria, autocontrole, auto-estima, harmonia anterior, ecologia;
- **Morais**: responsabilidade, obediência, dirigir sua vida, lealdade, independência, honestidade, perseverança, trabalho, economizar /poupar;
- **Sociais**: tolerância, igualdade, paz, generosidade, liderança, vida cômoda;
- **Estético** - intelectuais: sentido crítico, sabedoria, imaginação, boa educação, beleza, harmonizar-se;
- **Transcendentes**: religiosidade, sentido da vida.

O referido autor realizou uma pesquisa entre estudantes de ensino médio de Burgos capital e província espanhola, onde investiga a relação drogas e valores de adolescentes, sendo que uma das perguntas formuladas investigava sobre o sentido da vida. Os resultados da pesquisa indicam que 89,2% das mulheres se perguntam pelo significado e objetivo de sua vida, se comparados a 80,5% dos homens. A felicidade está intimamente relacionada com o sentido da vida e para 84,4% dos estudantes Burgales ser feliz significa estar bem consigo mesmo e com as demais pessoas, 67,8% dos jovens são otimistas em relação às expectativas diante da vida.(Moradillo,1995)

Kalina (1988) traça um diagnóstico da atual sociedade, define-a como consumista e que a vida não vale nada. Adverte que a sociedade está sendo regida por ***"uma ideologia tanática indutora a drogadição, perversões, suicídios, violência, etc***."(p. 36), o mesmo autor adverte que na atual sociedade existem mensagens e atos indutores da degradação da vida humana no contexto social. A vida não vale nada, os drogadependentes são "bodes expiatórios", ou seja, os "drogadictos mutantes", nesse processo cultural tão em moda com inúmeros significados socio-político-econômico, que refletem a problemática existencial do ser humano. A vida só tem o sentido e valor se está voltado para o consumismo, embora aparente um caráter *biófilo* (de vida) que incentiva o esporte a saúde é uma forma de manipulação do êxito do dinheiro mais que em profundidade refletem posturas claramente *necrófilas* (de morte).

3.9 Abordagem Terapêutica do Drogadicto Centrada na Reformulação de Valores

Ackerman (1986) ao abordar a questão dos valores na intervenção terapêutica, destaca o papel do terapeuta e sua interação com a família do dependente químico, o define como um educador e um modelo referencial. O terapeuta é alguém que ajuda as pessoas a sair do sistema familiar. Os valores são influenciados pelas relações humanas no tempo e no espaço , e de acordo com cada período de vida eles são diferentes.

Segundo Robaina (1996) no tratamento com famílias de dependentes químicos (álcool e /ou drogas) os valores polarizados em grupos de opostos aparecem nitidamente devido ao conflito familiar existente. O paciente dependente químico que faz parte dessa família, encontra-se em conflito permanente, e é através do tratamento que terá a oportunidade de optar por valores mais significativos de vida.Esse autor apresenta um quadro onde estão descritos os valores e seus opostos, a seguir :

> ***"Criatividade X Destrutividade; Liberdade X Compulsão; Força X Fraqueza; Independência X Dependência; Coragem X Cautela e recuo; Aventura X Segurança; Responsabilidade social X Comodismo; Disciplina X Indisciplina; Cooperação X Competição; Generosidade X Parcimônia; Realidade interior X Aparência; Respeito pelo ser humano X Pelo poder; Enriquecimento espiritual X Aquisição material; Igualdade e consideração mútua X Desigualdade e luta"*** (Robaina, 1996, p.64)

Para o referido autor os valores não nascem e não são mantidos em um estado de isolamento. A pessoa em conflito de valores, sempre procura aliados para defender seus valores e sentir-se fortalecida ao rebater os valores opostos. Esses valores têm estreita ligação com os valores do grupo familiar.A abordagem terapêutica com adictos centrada no resgate e reformulação de valores voltados para um estilo de vida pessoal e social mais saudável é possível e a recuperação gradual muito mais êxitos.

4 CRIATIVIDADE E ADOLESCÊNCIA

O interesse crescente da psicologia pela investigação do pensamento criador e do processo criativo tem gerado um grande número de publicações que tentam responder as diversas dimensões da criatividade.

Ao refletirmos sobre os avanços da humanidade temos consciência que são frutos da imaginação criadora de pessoas que tiveram a ousadia de manifestar pensamento divergente dos demais, mas embora diferentes são considerados gênios.Nos questionamos será que somos todos criativos? A imaginação criativa na criança e no adolescente é mais rica que na idade adulta? Quais os traços que caracterizam os indivíduos altamente criativos? É possível ativar o potencial criativo reprimido? Que fatores do ambiente familiar e escolar contribuem para o desenvolvimento do potencial criador ? Que fatores do ambiente familiar e escolar constituem obstáculos à criatividade? Que técnicas facilitam a emergência do processo criador?

4.1 Criatividade: Abordagens Teóricas

As Ciências Cognitivas junto com as Neurociências, a Inteligência Artificial, a Lingüística, a Filosofia da Ciência, a Antropologia unem esforços e vem buscando através da interdisciplinaridade maior viabilidade e agilidade em estudos voltados para uma ampliação na compreensão das formas de manifestações da mente. As Ciências Cognitivas estão atualmente consolidadas em centros de pesquisa em universidades de diferentes países investindo em estudos que melhor possam elucidar e se comprovar o potencial de criatividade presente em determinados tipos de personalidade.

A Psicologia tem estudado a criatividade e a personalidade sob diferentes abordagens como a Humanista (Maslow, 1954; Rogers, 1959, 1962; May, 1976), a Psicanalítica (Kris, 1952; Kubie, 1958); a Cognitiva (Wallas, 1926); e a Gestaltica (Wertheimer, 1959; Koffka, Köhler, 1969),in Torre, 1993.

Beck, Alford (2000), destacam que os teóricos cognitivos acreditam que somente através de estudos interdisciplinares, envolvendo a Biologia, a Genética, a Sociologia e a Psicologia, será possível a ciência atingir a compreensão do funcionamento psíquico.

Torre (1993) em *Creatividad Plural* apresenta um panorama dos distintos enfoques teóricos que foram estudados e divulgados a partir de 1900 até fins do século XX, por relevantes cientistas (Ribot, 1900; Dewey, 1910; Poincaré, 1913; Wallas, 1926; Rossman, 1931) que assim contribuíram para uma melhor compreensão do funcionamento psíquico de mentes criativas estudando desde suas dimensões e da diversidade da ocorrência do processo criativo, utilizando instrumentos de medida a avaliação, traçando perfis de personalidade criadora, descrevendo o desenvolvimento e apresentando resultados a respeito da Imaginação criadora. O estudo da criatividade como processo foi entre os demais enfoques a mais destacada, sendo também muito estudada a avaliação da criatividade no âmbito educativo e no artístico.

Ribot (1900, in Torre, 1993) foi o pioneiro em estudar a criatividade e procurou explicar que a atividade criadora resulta da interação desses três fatores: o intelectual, o emocional e o fator inconsciente. Este autor sugeriu-nos dois processos criativos: um que seria o que manifestam as pessoas de pensamento analítico e lógico, e o outro se refere às

pessoas mais intuitivas. Ainda descreve sete tipos distintos de imaginação criativa sendo as seguintes variações: 1) a imaginação plástica; 2) a difluente; 3) a mística; 4) a científica; 5) a prática e mecânica; 6) a comercial; e 7) a imaginação utópica.

Torre (1993) aprofunda seus estudos em criatividade, apresenta uma vasta revisão de literatura, destacando os estudos realizados na década de 1950 a 1980. Apresenta autores que se dedicaram e direcionaram seus estudos em: reconhecer a criatividade principalmente em suas formas de manifestações, a criatividade como processo, a criativometria (medidas e elaboração de testes),o desenvolvimento da criatividade e o meio ambiente (familiar,escolar) com suas variáveis determinantes, e sobre a personalidade criativa.Este autor também descreve as teorias que interpretam a atividade criadora, destacando seus pontos essenciais.

As *teorias filosóficas* ou pré-científicas interpretam e concebem a criatividade como uma inspiração divina, uma demência, ser um gênio intuitivo, detentor de uma força vital, força cósmica; e as *teorias psicológicas* sobre a criatividade se situam em uma óptica associacionista ou Conexionista, Gestáltica, Psicanálises e Neopsicanálise, da Personalidade, Bissociação, Factorial (Bifactorial, Multifactorial).

Torre (1993, p.243) descreve sua teoria de *Pluralidade Fatorial Divergente* e explica graficamente através de seu Mentograma Divergente o modelo de pensamento divergente que se operam na mente da pessoa criativa.

Wechsler (1998) ao estudar a criatividade faz uma ampla revisão das abordagens filosóficas, biológicas, psicológicas, psicoeducacionais, psicofisiológicas, sociológicas e psicodélicas, destacando as diferentes contribuições das mesmas na compreensão da criatividade.

Para Boden (1999), a criatividade tem dois sentidos; um psicológico(P) e o outro histórico (H).

Csikszentmihalyi (1992) destaca que a criatividade deve ser compreendida como um processo em que participam três elementos a seguir: 1) o talento individual ou a pessoa; 2) o domínio ou disciplina em que o indivíduo está trabalhando; e 3) o campo circundante que faz julgamentos sobre a qualidade dos produtos. Para esse autor, o fenômeno da criatividade só deve ser compreendido como o resultado de interações entre os três aspectos citados. Ainda destaca que toda idéia muito inovadora que foge das normas preconizadas por determinado grupo social e tipo de cultura poderão sofrer uma rejeição inicial.

Gardner (1996) descreve que o estudo da criatividade pela sua complexidade e poder ser explicada na sua pluralidade necessita a participação conjunta das diversas áreas da Psicologia, a Biologia, a Filosofia, Ciências da Computação, Artes, Literatura, etc. Esse autor sugere que a criatividade seja explorada nos seguintes níveis:

- *Subpessoal*, para investigar sobre a genética e a neurobiologia das pessoas criativas;
- *Pessoal*, para investigar duas linhas principais sendo uma sobre os processos cognitivos e outra sobre os aspectos de personalidade, motivacional, social e afetivo dos criadores;
- *Interpessoal*, para investigar os domínios ou disciplinas específicas;
- *Multipessoal*, para avaliar a adequação e qualidade da contribuição do produto.

Sternberg (1996) reforça que os estudos sobre criatividade devem ter um enfoque multidisciplinar por se tratar de um fenômeno multifacetado e que a utilização de recursos de vários aspectos da Psicologia permitem uma abordagem inovadora e mais elucidativa desse fenômeno.

Para o referido autor a criatividade ao ser estudada por distintas abordagens psicológicas como a psicométrica, a cognitiva, da personalidade e motivacional ,e somadas as abordagens sócio-históricas e as integrativas podem atualmente elucidar e nos permitir descrever o perfil criador de uma pessoa adulta ou de uma criança (Sternberg, 2000).

4.1.1 Abordagem Cognitiva

Um dos primeiros estudos sob o enfoque cognitivo em criatividade realizados no século XX foi o de Wallas (1926,in Torre, 1993), que sugeriu quatro estágios do processo do pensamento criativo e que são citados na atualidade, sendo:

- *Preparação*- é o estágio de preparação de resolução de problemas em que o solucionador reconhece que existe um problema e dá início a uma tentativa preliminar para compreende-lo e resolvê-lo;
- *Incubação* - é o estágio de atividade latente ainda inacessível à consciência.Se na tentativa preliminar falha, o solucionador deve relaxar e fazer uma pausa temporária, despreocupando-se num nível consciente do problema, embora num nível pré-consciente, o trabalho de elaboração continue.
- *Inspiração* - a iluminação refere-se ao famoso flash do " insight" que termina o trabalho em nível pré-consciente e traz a resposta " a solução" inesperada para o nível consciente.
- *Verificação* – é o estágio onde se da a confirmação do "insight".A elaboração em termos de compreensão ocorre é verificada e a comunicação manifesta-se num nível consciente.

Outros autores no enfoque cognitivo se destacaram ao estudar a criatividade sob a abordagem do Processamento da Informação, Amabile (1983) diz que a criatividade acontece em seqüência e em estágios. Boden (1999) destaca a noção de espaço conceitual para uma compreensão ampla do que se entende por criatividade a define e explica "*como mapeamento, exploração, e transformação de espaços conceituais. Espaço conceitual é um estilo de pensar; em música, escultura, coreografia, química*, etc" (p.16).

A Psicologia Cognitiva tem desenvolvido pesquisas conducentes a compreender como as funções mentais, atenção, memória, pensamento, representações estão processadas na criatividade.

4.1.2 Abordagens Integrativas

Gardner (1996) procurou integrar as diferentes abordagens consideradas relevantes que destacam uma mente criadora, relacionando os aspectos pessoais da pessoa criativa (desenvolvimento da personalidade, ambiente familiar e social) com o domínio ou campo criativo e o momento histórico.A partir de sua teoria das múltiplas inteligências, estudou pessoas que se projetaram e apresentaram novos paradigmas em seus campos profissionais como: Einstein e Freud, representantes do campo científico, exemplificando a inteligência lógico-matemática (Einstein) e a inteligência interpessoal e intrapessoal (Freud); no campo artístico a inteligência visual-espacial (Picasso), na área musical (Stravinsky), a lingüística

(Eliot) e a inteligência cinestésica-corporal (Graham).Para o autor os estímulos e apoio (adultos e ambiente) as explorações de curiosidades e investigações criativas na infância dessas pessoas foi fundamental,pois foi lhes permitido manifestar seu potencial imaginativo criativo, sua genialidade em criar algo inovador em seus campos profissionais.

Portanto como sabemos o pensamento criativo é uma atividade cognitiva muito complexa, que para tentar esboçar uma definição de criatividade se deve incluir atividades cognitivas relacionadas com a tomada de decisão, o pensamento crítico e a metacognição. A criatividade além de ser um atributo individual é também resultado de uma interação da pessoa com o ambiente sócio-familiar, ou seja, os fatores individuais com os ambientais (família, escola,social) é que promovem a criatividade.

4.1.3 Abordagens Sociais e Históricas

A criatividade para vir a se desenvolver necessita de condições adequadas como um clima psicológico e social favorável dentro de um determinado contexto,a sociedade no qual o indivíduo está inserido. As condições favoráveis ou não estariam relacionadas aos valores predominantes na família, aos traços de personalidade e algumas características reforçadas e cultivadas no contexto familiar,educacional e social.Portanto os fatores intrapessoais como interpessoais,bem como os individuais e sociais, têm um impacto significativo na produção criativa do indivíduo e da sociedade.

Prado Díez (1995) em seu livro a *Imaginação Criadora* representa a criatividade como um gigantesco projétil, símbolo da nossa sociedade, do progresso tecnológico e da era espacial. Apresenta os fatores e condições para o desenvolvimento do potencial criativo.Os fatores **ambientais** (1- atitudes sociais democráticas; 2- clima familiar, escolar e social de abertura, tolerância, compreensão, aceitação e amor; 3- ambiente cultural rico em estímulos divergentes criativos); os **pessoais** (1- cultura pessoal rica em conhecimentos e informações; 2- motivação e interesses individuais; 3-auto- estimulação e interrogação divergentes); os **mentais- criativos** (propulsores de fluência e produtividade com flexibilidade mental) resultando em **originalidade** pessoal (intuição e inspiração) (p.12). Este autor (Prado,1993) recorda que a dimensão pessoal de originalidade da criança deve ser valorizada pelo adulto. A originalidade é o ápice da criatividade e esta originalidade pessoal incipiente é à base da originalidade cultural, social e tecnológica.

Csikszentmihalyi (1992) destaca que a criatividade é resultado de condições sociais e culturais favoráveis em interação com as potencialidades do indivíduo que permitem emergir objetos e comportamentos denominados criativos.

Alencar (1995) destaca alguns dos fatores sociais que propiciam a criatividade dos indivíduos ou favorecem a aceitação da pessoa criativa, sendo os seguintes aspectos:

- Uma sociedade favorece a criatividade: na medida em que oportuniza ao indivíduo de ter experiências em diversas áreas;ao encorajar uma abertura a experiências internas e externas; encorajando-a ao valorizar a mudança e a originalidade; encorajando-a pois os indivíduos criativos têm status e são reconhecidos socialmente (são modelos referencias a novas gerações);
- Uma sociedade encoraja o emergir da criatividade: a partir de que as interações sociais, as oportunidades e os privilégios não são pré-determinados pelo status social, família, raça, cor, credo ou partido político, mas sim pelas qualidades e atributos pessoais de cada um de seus membros; revelando que seus cidadãos têm liberdade e

oportunidade para: estudar e preparar-se profissionalmente, explorar e questionar, expressar-se, ser autentico (eles mesmos).

Um ambiente propício à manifestação de comportamento criativo deverá oferecer as seguintes condições:

- redução de fatores produtores de frustração;
- redução de experiências e situações competitivas que envolvam ganhos ou perdas;
- encorajamento do pensamento divergente;
- eliminação de ameaças ambientais;
- aceitação da fantasia;
- minimização de coerções;
- ajuda à pessoa a uma autocompreensão e autodivergência em relação às normas (Taylor, 1975).

A criatividade tem mais probabilidade de se manifestar em pessoas que apresentam um conjunto de atitudes, valores, interesses, motivações e traços de personalidade que predispõem o indivíduo a pensar com independência e flexibilidade alem de utilizar sua imaginação.

4.1.4 Abordagem Neurológica

Gardner (1999) tem aprofundado seus estudos em relação ao desenvolvimento da criatividade e os processos criativos em crianças, jovens, adultos e artistas de diversos campos,bem como artistas e aquelas pessoas que sofreram algum tipo de dano cerebral,as consideradas excepcionais, autistas, os prodígios,com vistas a entender as formas artísticas de pensamento manifesto.Pessoas em idade infantil ou adulta, que revelaram um funcionamento cognitivo normal embora lesionada, ou outros com características incomuns como é o caso do prodígio e do "savant".O prodígio entendido como um superdotado que se destaca pelo forte e inusual talento (única área) na música ou na matemática, já o "savant" embora apresente uma deficiência mental, aparentemente sem esforço faz rapidamente cálculos matemáticos muito complexos, ou é capaz de tocar uma música ao reverso,ou então consegue memorizar vastíssimo material verbal, e dados históricos com grande desenvoltura.

Para Gardner (1999) o que chama atenção são as diferenças de funções dos dois hemisférios cerebrais.Ao investigar pintores que se tornaram afásicos e perderam a linguagem por dano sofrido no hemisfério cerebral esquerdo,observou que conseguiam continuar criando suas obras até bem superiores as anteriores ao trauma, mas outros pintores que sofreram o dano no hemisfério direito, não tiveram a mesma sorte e suas obras revelavam padrão estranho, como algo inacabadas e de formas distorcidas.Esse autor conclui que embora a pessoa sofra de uma afasia grave,podem se manter preservadas sua capacidade de raciocínio, de resolução de problemas espaciais e sensibilidade a pequenas diferenças em padrões e aos detalhes emocionais de uma determinada situação.Ainda destaca que a pessoa nas artes por estar singular e integralmente envolvidas com sistemas de símbolos,conjuntamente manipulando e procurando entender vários sons,linhas, cores,formas, objetos, padrões, revelam-se detentores de um potencial de referir, exemplificar ou até de expressar algum aspecto do mundo interno.

Ao analisar o papel dos hemisférios cerebrais Wechsler (1998) descreve que após ter sido a criatividade estudada sob o ponto de vista psicofisiológico, foi possível conhecer o funcionamento dos hemisférios direito e esquerdo do cérebro e comparar suas diferenças no

processamento específico de cada um.O hemisfério cerebral direito teria um processamento mais global,imagético,analógico e emocional, enquanto o hemisfério cerebral esquerdo teria um processamento mais linear,lógico e seqüencial.Portanto o hemisfério direito seria mais eficiente no processo de perceber problemas familiares sob um novo ângulo e reordenar as idéias,usando a intuição,analogias e imagens.O hemisfério cerebral esquerdo ,por usar a linguagem,a matemática,computação e detalhamento,participaria bem mais da fase de análise,testes e avaliação de resolução de problemas. Outros estudos observaram pessoas que habitualmente usam o hemisfério cerebral direito são mais suscetíveis a serem hipnotizadas do que os habituais usuários do hemisfério esquerdo.O sujeito sob efeito da maconha revela uma deterioração em tarefas verbais e de seqüência temporal (...) e uma melhoria nas tarefas não-verbais,que se processam no hemisfério cerebral direito.A atividade do hemisfério cerebral direito teria um relevante desempenho para a criatividade musical e artística, facilitando o uso de metáforas, intuições e outros processos geralmente associados à criatividade (Alencar, 1995,p.57-8).

Treffinger, Sorotore e Cross (1993) questionam se a criatividade é um tipo de pensamento, uma forma para solucionar problemas ou uma maneira de sentir e comportar-se; ou se pode ser uma forma de expressar um alto grau de consciência ou de auto-realização pessoal.

4.2 Personalidade Criativa

Em psicologia diversas teorias foram criadas para explicar às diferenças individuais das pessoas, buscando responder o *que* somos,*como* somos e *porque* somos. Os grandes teóricos da psicologia em seus estudos sobre a personalidade da pessoa criativa apontam que estas apresentam características muito peculiares em relação à forma de processos de pensamento,a variedade e riqueza de percepção, a sensibilidade, as emoções, a flexibilidade diante dos problemas,a coragem,o comportamento manifesto anticonvencional, a inovação,a originalidade.

Torre (1987) analisa quatro enfoques de estudos da personalidade criadora abordando os diferentes ângulos, mas que convergem na determinação de traços característicos importantes: o domínio do inconsciente e do consciente da personalidade e cada um deles por sua vez com um procedimento dedutivo e indutivo.Disposição à originalidade (Barron,1952), o talento criador (MacKinnon,1962), o pré-consciente e processo criativo (Kubie,1958), e a psicodinâmica do pesquisador criativo no caso dos físicos, apoiado na teoria psicanalítica (McClelland,1962).

4.2.1 Características cognitivas e afetivo-emocionais na personalidade da pessoa criativa

Sternberg (2000) descreve que a pessoa criativa apresenta as seguintes características: maior abertura para novas experiências, a preferência pela complexidade, a intuição, a disposição para enfrentar riscos, a tolerância com aspectos incoerentes ou conexões estranhas, demonstra informalidade do pensamento, a percepção e atenção aguçada para aspectos que geralmente passam desapercebidos ou são irrelevantes para outras pessoas.

MacKinnon (1965) em seus estudos observou que as pessoas criativas revelam-se dispostas e mais atentas aos aspectos caóticos do mundo e abertas a novas experiências,tanto no mundo social quanto ao seu mundo interno.As pessoas criativas demonstram-se mais

permissivas em vivenciar as experiências internas e as fantasias, e ao vivenciá-las na realidade externa reduzem as inibições,revelam aspectos altamente emocionais e ilógicos que são sintetizados com processos de pensamentos lógicos e adaptativos em experiências subjetivas.Elas revelam tolerar a ansiedade diante das experiências que podem ser indutoras, maior liberdade dentro de um espaço transicional e mantêm a consciência de seus limites, enquanto vivenciam simultaneamente a realidade externa e a interna.As pessoas criativas têm alto nível de motivação,preferem a complexidade e a assimetria, são autenticamente independentes, se orientam nos valores teóricos e estéticos, porque procuram a verdade e a beleza, são corajosos é que *sabem quem são*, *aonde querem ir* e *o que querem realizar*.Esse autor tem estudado as características das personalidades criativas em diversas áreas envolvendo a criatividade artística (poetas, novelistas), científica (físicos e engenheiros), e ambas (arquitetos).

Barron (1975) estudando as características da personalidade criativa na área artística e científica constatou que a criatividade adulta madura esta determinada por estilos perceptuais e formas de utilização da mente, e não pelo QI, e assim destaca que a pessoa criativa tem : 1) uma atitude perceptível aberta e flexível ao invés de crítica; 2) uma percepção intuitiva, mais sensoperceptual fundamentada na realidade; 3) uma preferência pelo complexo, caótico e desordenado em contraste com a tendência menos criativa para o equilíbrio, a simplicidade e a previsibilidade.Esse autor entende que subjacente à originalidade do adulto, está uma genuína e penetrante inocência, ou ingenuidade de percepção, e na maturidade o processo criativo se fundamenta numa progressão, desde o sentimento de temor, assombro e a espontaneidade natural da infância, até um funcionamento adulto integrado, com bom manejo de formas e de meios adquiridos graças à disciplina e à técnica.A pessoa criativa demonstra uma postura filosófica de vida muito rica resultado de uma maior abertura a outras culturas, raças, religiões, que enriquecem e aumentam sua criatividade manifesta.

Torre (1987,p.279) apresenta um ideograma do estudo de Barron (1952) sobre a personalidade da pessoa criativa a sua permanente originalidade, ou seja, a capacidade em produzir respostas adaptadas e inusitadas, e destaca os traços característicos da personalidade criadora como: a preferência pela complexidade, dominação, autoafirmação,independência de juízo, rechaço as imposições,livre expressão de seus sentimentos. Já no ideograma resultado do estudo de MacKinnon revela como traços marcantes da pessoa com talento criador são:Independentes, autônomo, inconformista, persuasivo, egocêntrico,inteligente,êxito social,dominador, valores estéticos, preferência pela complexidade, preferência pela desordem, maior abertura a vida, elevado sentimento e sensibilidade próprio da“feminilidade”,saúde mental uma proximidade entre o gênio e a loucura.

Vervalin (1975) descreve que as características da pessoa criativa se manifestam por um alto nível de inteligência, abertura para a experiência, ausência de inibição e de pensamento estereotipado, sensibilidade estética, flexibilidade na ação, amor à criação pela própria criação, e busca interminável de novos desafios e soluções. Para o autor todas as pessoas criativas apresentam certas similaridades tais como:

- grande curiosidade intelectual, como os escritores que revelam uma capacidade extraordinária de perceber e construir relações verbais e expor idéias, ou os cientistas dotados de maior inteligência espacial (geometria) e matemática;
- observação diferenciada diante de acontecimentos;
- vasta informação, que a utiliza para resolução de problemas distintos;
- resposta emocional com empatia diante de pessoas e idéias divergentes;

- tolerância à ambigüidade;
- independência no pensar e no agir,livre de restrições e inibições convencionais;
- autonomia quanto às suas idéias, inconformismo;
- flexibilidade diante diferentes exigências;
- desinteresse em controlar seus impulsos.

4.2.2 Características do adolescente criativo e inteligente

Torre (1995) descreve que os estudos sobre inteligência e criatividade de Wallach, Kogan (1975), comparados ao comportamento específico atribuído à inteligência e a criatividade, e os de Getzels, Jackson (1963) referido ao adolescente criativo e ao inteligente, coincidem ao demonstrar-nos que existem diferenças significativas entre ambos tipos estudados.Observa que a discriminação manifesta de adoção de posturas distintas no tratamento diante um e outro tipo ocorre não somente da parte dos professores como também dos indivíduos.Os traços reveladores dos distintos tipos de comportamentos manifestos de estudantes criativos e inteligentes estão apresentados na fig.5

COMPORTAMENTO DE ESTUDANTES CRIATIVOS E INTELIGENTES

I. ALTA CRIATIVIDADE-BAIXA INTELIGÊNCIA	**II.BAIXA CRIATIVIDADE-ALTA INTELIGÊNCIA**
• Condutas desaprovadas em classe; • Pouca concentração e atenção; Amiúde agitados; • Baixa auto-estima, por sentimento de rechaço; • Isolados socialmente. Freqüentemente afastados do grupo.Pouco escolhidos. • Boa aptidão para estabelecer relações entre os assuntos; • Os exames os afetam e se constrangem pelo baixo desempenho.	• Orientam sua atividade diante o êxito escolar; • Se sentem socialmente superiores; • Demonstram alta concentração e atenção em classe; • Vacilam em expressar suas opiniões; • Mesmo procurados tendem a se manter afastados, Se demonstram reservados e indiferentes; • Tendem ao convencional em suas realizações; • Medo de se equivocar. Assume uma conduta dentro das normas para evitar receber críticas que os destrone de seu *status* escolar.
III. ALTA CRIATIVIDADE-ALTA INTELIGÊNCIA	**IV. BAIXA CRIATIVIDADE-BAIXA INTELIGÊNCIA**
• Autoconfiantes, poucas duvidas, coerentes; • Alto grau de concentração e atenção em trabalhos acadêmicos; • Tem facilidades em estabelecer amizades; • Tendência a manifestar diferentes formas de conduta; • Tem facilidade em relacionar e associar fatos; • Sensibilidade estética; • Desprovidos de sentido de risco; • Facilidades nas relações afetivas.	• Extrovertidos socialmente; • Mais autoconfiantes e seguros que o grupo I; • Menos duvidosos que o grupo I; • Pouca sensibilidade estética; • Tem um *modus vivendi* que torna a situação escolar socialmente mais suportável que os criativos não inteligentes.Seu fracasso escolar é compensado através de sua vida social.

FIGURA 5- Os tipos de comportamento manifesto de estudantes criativos e inteligentes segundo S.de la Torre (1995,p.92).

O referido autor descreve as características do adolescente criativo a partir dos estudos de Elizabeth Drew (1963) que conseguiu identificar o adolescente criativo após integrar o seu rendimento escolar, à avaliação dos professores, os resultados de testes de criatividade e o grau acadêmico, assim possibilitando nos mostrar quatro faces em que pode manifestar-se a criatividade do adolescente sendo: 1) o talentoso ou sobressalente nos estudos; 2) o líder social; 3) o intelectual criativo; e 4) o rebelde.

As características de cada uma das quatro faces de manifestação do adolescente criativo são as seguintes:

- Os estudantes **talentosos** revelam-se como sujeitos disciplinados,metódicos, constantes, trabalhadores e extremamente produtivos, não necessariamente originais. Estudam mais para ser aprovado e não por satisfação, são organizados e se conduzem mais pela lógica e racionalização do que intuição.Estes não se destacam como líderes e as relações interpessoais são pouco afetivas com o grupo de colegas. São estudantes preferidos e elogiados pelos professores.

- Os **lideres de grupos** são estudantes hábeis demonstram muita popularidade, são comunicativos respondem mais as expectativas do grupo de iguais do que dos professores. Ele é falante, sociável, agradável manifesta um comportamento que visa o reconhecimento diante dos pares,seus valores giram em torno do hedonismo. Mobilizador de grupos,luta por causas muitas vezes utópicas, não demonstram estarem realmente preocupados com os problemas que afetam uma população. Portanto o adolescente talentoso estuda para os exames, o intelectual lê sobre o existencialismo, o líder busca o reconhecimento de seus seguidores.

- O **intelectual** criativo se revela como sujeito inconformado, discordante dos colegas e professores, se sente atraído por valores intelectuais em diversas áreas (literatura,filosofia,psicologia,arte,ciências ocultas), é hiperreativo, perturbador, tornando-se desagradável, inconveniente diante dos demais com seus questionamentos,imaginação fluente às vezes original, desprovido de humor.As adolescentes ,desse tipo se revelam autosuficientes, não se integram nem com colegas e professores devido às perdas sociais e manutenção de tradições.O adolescente intelectual criativo é um leitor compulsivo reclama liberdade na aprendizagem, materiais e métodos, desintegrado e difícil assimilação de idéias,demonstra-se ascético e idealista, fala muito e pouca ação,tem mais consciência do que inclinação social.

- O adolescente **rebelde** é uma mescla do intelectual com o líder, eterno inconformado, infiltra-se entre colegas para liderar pequenos grupos,despreocupado com a intelectualidade e ascensão sociais se reduz em *outsider*.São oriundos de extratos sociais com baixa responsabilidade social, podem caminhar para a delinqüência.Embora não manifestem fluidez e praticidade, demonstram habilidades técnicas podem até sobressair-se em seu campo de interesse. Ainda que rompido com as estruturas sociais, descriminados e rechaçados pelos seus grupos pares, podem diante dos problemas que tem algum significado para si reagir diante de novas idéias e desafiar contra-argumentando. Estes sujeitos através de uma orientação terapêutica adequada se tornam mais adaptados socialmente (Torre,1995).

4.3 Barreiras no contexto familiar e social ao desenvolvimento e manifestação da criatividade

Para Alencar (1995,p.65-7) em nossa sociedade existem barreiras ao desenvolvimento e a manifestação da criatividade, alguns dos fatores que se inter-relacionam entre si sendo os seguintes:

" *As pressões sociais com relação ao indivíduo que diverge da norma;*
Uma atitude negativa com relação ao arriscar-se;
Aceitação pelo grupo como um dos valores mais cultivados;
As expectativas com relação ao papel sexual;
As de natureza perceptual, emocional, intelectual ou expressiva"

Um ambiente familiar onde predomina a hostilidade, a rejeição,a crítica e o autoritarismo, irá impedir as manifestações de idéias,sentimentos,indagações, fantasias e imaginação da criança,afetando certos traços da personalidade como auto-estima,autoconfiança, autoconceito positivo, fundamentais ao desenvolvimento da inteligência e uso pleno da capacidade de imaginação e manifestação da criatividade da criança.

As primeiras experiências da criança no contexto familiar são marcantes para a formação do autoconceito positivo. Sendo ela vulnerável às respostas e informações obtidas de seus pais poderá se perceber aceita ou rejeitadas, e precocemente ter experiências de sucesso e/ou de fracasso manifestando sentimentos de alta auto-estima ou desestima quando reforçados continuamente. Conseqüentemente a criança poderá fazer uso de seu mundo mágico,suas fantasias, sua imaginação e se sentir livre para manifestar sua criatividade, ou então, poderá bloquear seu desenvolvimento (desestima),sua imaginação e se perceber como incompetente,incapaz, fracassada, destituída de inteligência e potencial criador passando a viver exclusivamente no mundo real frustrante.

4.4 O desenvolvimento da Criatividade na Escola

O inicio da vida escolar nas primeiras séries (ensino fundamental),as experiências vividas pela criança,o clima social e emocional da sala de aula, atitudes do professor e suas contribuições poderão contribuir para a formação de uma auto-imagem e auto-estima positiva do estudante, ou então reforçar suas crenças, sentimentos de fracasso, incompetência ,inferioridade, nada criativo e vir a apresentar um desempenho inferior aos demais alunos e ser rotulado de incapaz, ou até ser separado de seus companheiros pelo baixo desempenho acadêmico manifesto. Se a criança e o adolescente não encontram no ambiente familiar quem o incentive a usar todo seu potencial criador,a escola através dos educadores deverá contribuir para formar no aluno o pensamento crítico e criador ,capaz de produzir conhecimentos, e não exclusivamente preocupar-se com sua capacidade de reproduzir informações transmitidas ao longo de seu desenvolvimento intelectual. A escola, bem como as literaturas infantis devem estimular a curiosidade, a espontaneidade, o pensamento crítico e outros traços associados à criatividade.

Alencar (1995, p.93) reforça o que outros autores (Torrance, 1975; Rogers, 1954) frisaram que condições psicológicas de segurança e de liberdade favorecem a manifestação de criatividade. Para essa autora "*a liberdade psicológica ocorre quando o professor, o pai, o terapeuta ou qualquer outra pessoa permite ao indivíduo uma completa liberdade de expressão simbólica, quando, então, é capaz de pensar, sentir, ser tudo o que é no seu*

mundo íntimo".Esta liberdade também possibilita ampliar às próprias experiências, o jogo espontâneo de percepções, conceitos e significados,que estão intimamente relacionados à criatividade.

A ausência de um esforço sistemático para o treino de habilidades criativas e do pensamento crítico de parte da família e do sistema educacional (ensino fundamental a universidade) tem demonstrado que nossos estudantes reproduzem conhecimentos, a grande maioria tem dificuldade em definir problemas, refletir, argumentar com clareza e fazer uso de suas habilidades críticas e criativas diante dos desafios no atual mundo tão complexo e competitivo.

Na Antigüidade, as pessoas que expressavam idéias muito distintas dos valores vigentes na sociedade eram interpretadas e apontadas como anormais, e sua criatividade era atribuída a forças provenientes de inspiração divina ou explicada como loucura, dando origem a interpretação equivocada e confusa entre a doença mental e a manifestação de criatividade (Wechsler, 1999). Atualmente, persiste essa associação equivocada entre saúde mental e revelação de potencial criativo como uma manifestação de pessoas portadoras de uma psicopatologia, sendo que alguns autores (Dudek e Hall, 1984; Franklin e Cornell, 1997; Eysenck, 1999) visando desfazer essa confusão passaram a intensificar seus estudos na tentativa de esclarecer que uma personalidade criativa não é uma manifestação de enfermidade mental.

Portanto como podemos analisar a manifestação da criatividade depende de inúmeros fatores: os traços de personalidade da pessoa criativa, sua motivação, o autoconceito, auto-estima,processamento cognitivo, valores predominantes na família, na sociedade, aspectos institucionais, culturais e históricos reforçados e cultivados.

4.5 Treinamento e estimulação da criatividade: algumas técnicas

Uma reflexão sobre o potencial criativo que muitos indivíduos tem, mas que se encontra bloqueado, reprimido ou adormecido por falta de estímulos e conhecimento que existem meios,uma grande variedade de técnicas e procedimentos para ativar ou desenvolver a criatividade.

Torre (1995) utiliza o termo criática quando se refere aquele conjunto de métodos,técnicas,estratégias e/ou exercícios que desenvolvem as aptidões e estimulam as atitudes criativas das pessoas em nível individual e grupal. Para o autor as técnicas exercem uma ação desintoxicante e lubrificante que impulsionam o comportamento criativo, mas é imprescindível que se estimule e através delas se rompa os laços inibidores, os obstáculos, os freios intelectuais, culturais e sociais, os princípios inalteráveis.Destaca que a criatividade pode ser desenvolvida,mas tem que ser praticada adequadamente através de técnicas que nos habituam a pensar, a imaginar e apresentar soluções originais e úteis para resolução de problemas.

Aqui apresentamos algumas técnicas e programas que foram desenvolvidos por destacados pesquisadores com intuito de estimular o indivíduo para treinar tanto atitudes como habilidades específicas, relacionadas à criatividade.Algumas destas técnicas resultam de uma análise dos processos envolvidos no pensamento de indivíduos altamente criativos, mas todas contribuem para uma combinação de novas idéias e visam incentivar o uso consciente de procedimentos normalmente utilizados por indivíduos mais criativos. Algumas

das técnicas conhecidas, entre outras, são as seguintes: 1) a *Tempestade Cerebral*, ou *Tempestade de Idéias*, ou *Turbilhão de Idéias* (TI), ou "*Brainstorming*" (Osborn, 1963; Prado, 1993); 2) o "*Chek-list*" (Osborn, 1963), *Metamorfose Total do Objeto*, ou *Árvore de Transformação Total* (ATTO) (Prado, 1995); 3) a *Sinética* (Gordon, 1971); 4) o *Relax Imaginativo* (RI) (Prado, 1991), ou *Indução ao Sonhar Acordado* (Desoille; Jaoui, 1975); 5) a *Listagem de Atributos* (Crawford, 1945); 6) *Perguntas Criativas* (Torrance, 1963); 7) *Biônica* (Steele, in Torre, 1995); 8)*Heuridrama* (Moreno, 1948); 9) *Ideogramação* (Torre, 1987, 1995), etc.

Além destas técnicas há ainda os programas que visam principalmente desenvolver as habilidades criativas do indivíduo sendo: 1) o *Programa Parnes* (1967,1977) *de desenvolvimento do comportamento criativo*; 2) o *Programa de Pensamento Produtivo* de Covington, Crutchfield e Davies (1966); 3) o *Programa de Pensamento Criativo de Purdue* (Gifted Education Resource Institute in the University of Purdue).

Apresentamos uma síntese de algumas das técnicas citadas anteriormente, aquelas consideradas básicas para estimular o desenvolvimento da imaginação criadora sendo: a) a fluidez e produtividade verbal e ideacional, com o Turbilhão de Idéias (TI), ou Tempestade Cerebral ou "*Brainstorming*"; b) a flexibilidade mental, com a Metamorfose Total do Objeto, ou Árvore de Transformação Total de Objetos (ATTO); c) a originalidade, com a Sinética e o Relax Imaginativo (RI).

Prado Díez (1987) em seu *Manual de ativação criativa* destaca da importância de estimular o potencial imaginativo criativo da criança através da utilização de técnicas adequadas ,mas para isso são necessário mudanças das atitudes do professor e do seu papel como educador em promover condições favoráveis ao desenvolvimento da criatividade na escola, especialmente junto ao aluno nas primeiras séries do ensino fundamental. Apresenta uma lista de dezoito ativadores criativos os descrevendo detalhadamente e orientando como emprega-los.Este autor apresenta uma síntese dos ativadores criativos ordenando-os nos seguintes tipos:

I- ***Procedimentos criativos de análise*** são:1) turbilhão de idéias (*brainstorming)*; 2) jogo lingüístico com palavras; 3) desestruturação de frases; 4) análises recreativas de textos; 5) leitura recreativa de imagem;

II- ***Ativadores criativos de busca e sínteses categorial*** são: 6) busca interrogativa livre; 7)interrogação divergente categorial; 8) flexibilidade/agilização mental total do objeto;

III- ***Procedimentos lógicos de solução, projetos e aplicação inovadores*** são:9) prós/contras previsão de conseqüências; 10) projetos vitais de ação; 11) biônica; 12) solução criativa de problemas;

IV- ***Técnicas criativas de transformação fantástica*** são: 13) metaforização analógica; 14) analogia inusual; 15) maquinas transformativa;16) metamorfose total do objeto; 17) relax imaginativo; 18) imitação transformativa de objetos, quadros, publicidade, etc.

Acreditamos ser a criatividade a promoção de identificações estruturantes das dimensões para a estruturação inconsciente, ou seja, para a formação da "personalidade" a uma socialização que supere os aspectos negativos do contexto e escape `a banalização ou a robotização. O bom desenvolvimento psicoemocional da criança e do adolescente depende de suas vivências e formas de canalização destas dimensões. As experiências clínicas como

psicoterapeuta junto a jovens drogadictos comprovam que estes sofrem de profundas carências imaginativas e criativas, identificatórias e psicoafetivas.

4.6 Criatividade e tecnologia desafio diante da globalização mundial

Estudos sobre a personalidade de adultos criativos nas ultimas décadas tem proliferado pelo fato da sociedade atual vem exigindo pessoas cada vez mais criativas, como forma de sobrevivência diante da competitividade desenfreada desde o final do século passado. Com a globalização e o avanço tecnológico, sobressai um modelo de sociedade tecno-competitiva-consumista, disto emergem inúmeros problemas sociais, econômicos, psicológicos, crise de valores. A instabilidade econômica desencadeia um desemprego assustador, baixa a auto-estima, psicopatologias e mudanças na personalidade da pessoa. Diariamente se avolumam as dificuldades de sobrevivência do ser humano para ajustar-se ao seu contexto. A pessoa para vencer os obstáculos do seu cotidiano, tem que estimular o seu potencial criativo adormecido para encontrar soluções criativas e não vir a ser esmagado nesta imensidão coletiva da sociedade moderna, onde só serão vencedores os altamente dotados de uma estrutura de personalidade sadia, excelente formação profissionais e privilegiados economicamente em relação a grande maioria da população.

Uma nação soberana e livre é aquela que além de possuir bens materiais, riquezas econômicas pelas suas reservas minerais, possui uma imensa riqueza, um exercito de cérebros dotados de capacidades inventivas e originalidade criadora. A atual sociedade necessita de pessoas criativas que saibam canalizar seu potencial energético para um rendimento coletivo, e desenvolvimento de maior conscientização para os problemas sociais e a busca de formas criativas para solucionar seus problemas e da comunidade qual é participe, poder contribuir para construção de um futuro melhor.

Todos somos criativos, mas nem todos têm a liberdade de expressar seu potencial de criatividade, se inibem por inúmeros fatores descritos anteriormente, que ocorrem desde a mais tenra idade e, sofrem restrições internas no âmbito familiar, na escola, no meio social.

A criança tem um imenso potencial imaginativo, criativo que freqüentemente é reprimido pelo tipo de educação adotada pelos pais no ambiente familiar e depois na escola.

Na família a criança deveria conviver num ambiente onde é destacada a dimensão da criatividade na sua educação. Onde os pais promovam atitudes criadoras, estimulem as potencialidades individuais, favoreça a originalidade, a apreciação do novo, a inventiva, a expressão individual, a curiosidade, a sensibilidade a respeito dos problemas do cotidiano, a receptividade e respeito de novas idéias entre irmãos e familiares, a percepção de autodirecionamento, o fortalecimento de auto-estima (Krowczuk, 1997; Vasconcellos,1997).

A escola e a família devem cooperar e viabilizar ambientes facilitadores para um desenvolvimento saudável e aumentar o potencial da 1) **criatividade** da **criança**, do **jovem**, estimulando as atividades imaginárias criativas (afetiva, plástica, musical, lingüística, lúdica, ideativa, cinemática, cinetífica-mecânica, institucional organizativa), e a compartilhar socialmente, promovendo uma maior integração psicoafetiva; 2) promoção de **identificações estruturantes** através dos "modelos referenciais" de figuras parentais (pai e mãe) e professores.

A descoberta do potencial criativo, imaginário do jovem é um fator importante para implementação da proposta de Prevenção ao abuso de drogas na escola.

5 EXCLUSÃO SOCIAL E ESCOLAR

O tema exclusão social e escolar vem, nos últimos anos, estimulando inúmeras pesquisas com a finalidade de não só identificar as diversas formas utilizadas pela sociedade em excluir e estigmatizar todos aqueles que não se enquadram nos padrões e normas vigentes.

Tal fato tende também encontrar soluções para o problema do tratamento brutal que crianças e jovens, filhos de famílias de camadas mais pobres e, de classe trabalhadora, residentes nas periferias das grandes cidades (faveleiros, etc.) são excluídos da escola.

A grandes metrópoles como São Paulo, Curitiba, Porto Alegre e outras cidades centros industriais atraem indivíduos e suas famílias em busca de trabalho e melhores condições de vida "ilusória". O processo de desenvolvimento econômico e o crescimento urbano dessas cidades retratam o processo de acumulação capitalista, mas associado à alta produtividade e concentração de renda a níveis extremos de exploração da força do trabalho e pauperização das classes trabalhadoras. As desigualdades sociais são marcantes e, como reflexo disso percebe-se um acentuado contingente, formando imensos cinturões de miséria nas periferias e grandes vias de acesso as zonas industriais como a marginal do rio Tietê / São Paulo e zona leste; Tabaí-Canoas, imediações do aeroporto de Porto Alegre - RS.

Segundo Figueira de Mello (1991) o deslocamento e fixação das classes trabalhadoras para regiões distantes do centro comercial e industrial ocorrem pelo baixo poder aquisitivo, o qual na busca de uma solução para sobrevivência são expulsos para áreas periféricas longínquas. Mas tanto a população como os poderes públicos sofrem um ônus muito alto. Tanto para as populações expulsas pela periferia, que passam a viver em condições de vida sub-humanas, como para o poder público, o custo é elevadíssimo porque tem que expandir as redes de transporte, sistemas viários e saneamento básico, para a implantação dos equipamentos sociais mais importantes, como saúde, educação, etc., nas áreas longínquas do centro comercial, econômico e industrial.

O empobrecimento das áreas centrais, aliado a diminuição gradativa da participação de baixa renda nas extremas periferias, revela o rebaixamento generalizado das condições de vida da população. O que se constata é que nos últimos dez anos, pela situação de empobrecimento em que vive a população brasileira, os extratos sócio-econômicos mais baixos estão sendo compelidos a deslocar-se para áreas mais centrais, provocando o aumento dos cinturões de miséria, cortiços, favelas, etc., nessas regiões. Outro aspecto de comprovação é que não mais predominam regiões residenciais, exclusivas de classe média ou pobre, porque com os níveis de desemprego, do achatamento de remuneração, ambos estratos da sociedade estão praticamente em posição de desigualdade.

A realidade é dura e cruel porque o estado não supre as necessidades das camadas de baixo poder econômico-social, tais como serviços públicos de educação, saúde, lazer, o provimento da infra-estrutura urbana básica (saneamento, transporte) que influem para péssima qualidade de vida e na própria sobrevivência da população brasileira.

As desigualdades e contradições sociais denotam o caráter cumulativo da pobreza comprovada por cinturões de miséria e pelo enriquecimento e processo de concentração de renda de uma fração, 20% aproximadamente, de brasileiros que vivem nas grandes cidades.

Os excluídos e marginalizados do atendimento através das políticas sociais básicas (educação, saúde, habilitação, saneamento, energia elétrica, meio ambiente, esporte, lazer) são nossas crianças e jovens "de rua ou estão na rua". Estes são os sujeitos, que pelo processo de empobrecimento de suas famílias são os grandes penalizados pela nossa sociedade e excluídos da escolarização; conseqüentemente os jovens que não tem acesso ou são excluídos das instituições de ensino, por fracasso e/ou por evasão escolar (trabalhar para ajudar na sobrevivência dos familiares) inevitavelmente são candidatos à marginalização ou a delinqüência.

Os resultados de um estudo realizado pela UNICEF (2002) revelam que são mais de dois (2) milhões de adolescentes brasileiros, em idades de 12 a 18 anos que estão fora da escola, por que estão na rua realizando algum tipo de trabalho formal e informal, como "flanelinhas", junto automóveis, ou então vendendo doces nos cruzamentos "farol de transito" em avenidas e locais públicos. Os resultados apontam, que 12% dos adolescentes trabalhadores que exercem algum tipo de atividade fora de casa, o fazem pois se sentem obrigados a ajudar no sustento da família e chegam a trabalhar uma jornada diária de até nove horas, impossibilitando freqüentar escola. Destes adolescentes, 63% trabalham sem carteira assinada (sem contrato) e 50% dos trabalhadores entraram no mercado de trabalho antes dos 14 anos de idade. Os adolescentes que estão fora da escola, 33% trabalham para ajudar no sustento da família, embora saibam que o trabalho precoce e insalubre prejudique seu desenvolvimento e escolarização. Dos adolescentes excluídos da escolarização, 17% informaram que abandonaram a escola pelo menos uma vez, justificando que foi por fracasso, desmotivado pelo ensino nada criativo, e/ou evadiu para trabalhar e poder sobreviver só ou com a família.

Os educadores em sua maioria, por sofrerem nos últimos 20 anos um processo de empobrecimento, uma marginalização velada, pela baixa remuneração, desencanto, precárias condições sócio-econômica, cultural e educacional, tornam-se insensíveis às dificuldades emocionais, físicas e sociais das crianças e jovens. Os professores muito pouco ou nada se interessam pelas vivências das crianças e adolescentes, seus sistemas de pensamento, seus conflitos, afetos, expectativas, idéias e ideais, enganos, erros e acertos e, sim se voltam somente para o desempenho e produtividade escolar. Observa-se total insensibilidade e incoerência dos mesmos e, acrescentamos que os fatores de risco que predispõe ao processo escolar são semelhantes àqueles que levam ao consumo de drogas. Em tese não há uma "inadaptação escolar" preexistente, tampouco uma predisposição para a drogadicção, mas apenas desenvolvimentos desfavoráveis da personalidade no seu intercâmbio com os fatores ambientais microssocial (família, escola, grupo de iguais/ amigos) e macrossocio-cultural.

A criança que apresenta fracasso escolar e acaba evadindo da escola, em muitos casos por inadaptação ao sistema escolar, por causa de falta de estímulos ao potencial criativo, encontra-se adormecido por problemas sócio-afetivo, nutricional, cultural, contribuindo para baixa auto-estima, internalizando fracasso e conseqüentemente a exclusão escolar.

A criança ou o jovem excluído socialmente sofre exclusão escolar e observa-se na experiência prática cotidiana que tanto o "fracassado" ou "inadaptado escolar" como o drogadicto apresenta um subfuncionamento do imaginário, empobrecimento criativo, mutilação mental, carentes de sonhos, cheio de vícios em conseqüência da pobreza de estimulação social, tanto por parte da família como da escola.

É importante recordarmos que a criança não se reduz a um conjunto de neurônios a serem "programados ou formatados" ou um disquete de computador, sua criatividade inicial tem que ser incentivada, suas identificações cultivadas e consolidadas por contribuições pedagógicas pertinentes.

O desempenho escolar está associado a fatores sócio-econômico-culturais e psicológicos. Uma criança não é uma máquina, ela deve ser vista como um ser vivo, com afetos, imaginação, franqueza, acidentes, tropeços, conseqüentes de freqüentes crises de depressão, de regressão, de fracasso na integridade social, as fobias, medos, delinqüência ou droga. O adolescente oscila nas emoções, sentimento comportamentos, pela etapa evolutiva que se encontra em profundas transformações bio-físico-psicoemocionais e, se encontra insensibilidade, abordagens inadequadas, um clima escolar pouco estimulador de seu potencial criativo, imaginário, o seu caminho é para a marginalização, uso e abuso de drogas , delinqüência e fracasso escolar, evasão, culminado com a exclusão escolar.

Para Sposito (1992), no Brasil a população jovem pobre é a mais penalizada pela recessão e ausência de desenvolvimento social. Acrescenta que está ocorrendo um certo "envelhecimento populacional". Pois a faixa de 0 a 19 anos tende a diminuir, embora discreto, mas no conjunto geral da população está ocorrendo. A crescente juvenilização da população economicamente ativa (PEA), observada a partir da década de 70 e os índices de falta de empregos elevados e superiores entre adolescentes e jovens diante do contingente mais amplo dos desempregados. O quadro de exclusão que os jovens estão submetidos é imenso, diante dos novos padrões de consumo e corroborados pela impossibilidade afetiva da realização pessoal ou familiar de trabalho.

As perspectivas futuras dos jovens estão cada dia mais distante de ter acesso ao sistema educacional, de trabalho como forma de subsistência e realização de um projeto de vida digna de um ser humano.

Atualmente cresce violentamente o contingente populacional de "excluídos socialmente", embora faça parte dessa sociedade, produto histórico da lógica perversa pela qual a sociedade produz e distribui riquezas. A exclusão é a forma perversa de condenar a sobreviver extensas parcelas da população brasileira, sem atendimento de necessidades básicas de existência que um ser humano merece enquanto cidadão, afastando-o de acesso aos bens culturais, e impedindo-o do exercício de sua cidadania.

A lei brasileira conforme reza na Constituição de 1988, apregoa o direito de igualdade a todos os cidadãos. A carta magna no âmbito do discurso esta bem regida e sustentada pelos políticos, mas ao mesmo tempo é desmentida, porque a realidade é reveladora da intensa discriminação e da opressão vivida pelos que ela própria Constituição denomina de "desamparados".

A exclusão social e escolar constata-se nas ruas e esquinas "semáforos" da cidade com isso a violência urbana multiplicando-se de forma assustadora porque a incompetência e ausência de desejo político de reverter tão triste quadro no nosso cotidiano nas grandes e também nas pequenas cidades brasileiras.

A presença de "galeras" ou "tribos urbanas", ou "gangues" aparecem com um potencial altamente conflitivo inter grupos. A ausência ou descontinuidade de políticas culturais e educacionais tem demonstrado a inoperância das instituições públicas em

responde aos desejos e aspirações criadas pela vida de nossos jovens neste início de século 21.

No Brasil é evidente que o caráter do "assistencialismo social" é opressor, por estar muito distante da intenção verdadeira de se fazer justiça e muito próximo do desejo de alienar. Na realidade se da pouco "migalhas", por sua vez de má qualidade, que até podem satisfazer ou saciar a fome real e do imaginário, nutrir o corpo temporariamente, mas sempre humilha, golpeando enexoravelmente o narcisismo das pessoas.

Enquanto psicanalista tenho consciência desta cruel realidade que nossas crianças e adolescentes tentam sobreviver conjuntamente com sua família. Estes diariamente humilhados, que além de ser rejeitados socialmente são levados pelos instrumentos ideológicos operantes a autodepreciação, afetando profundamente sua auto-imagem e auto-estima, seu EUS (material, corporal, social e espiritual).

Os jovens expulsos da escola, em sua maioria, são visto pela sociedade como delinqüente. É todo um conjunto de pressupostos da desorganização social que oferece a opinião pública, ora como agressores criminais ora como vítimas da sociedade. "*Carentes sociais, esses agressores encontrariam na criminalidade a única alternativa para a sobrevivência*". (Adorno, 1991, p.77).

Os jovens marginalizados, sobretudo quando sofrem processos de exclusão passiva em função da violência social contínua que os cerca, e da falta de perspectivas de ascensão social a uma vida digna proporcionada pelo trabalho e melhor nível educacional, observa-se que sofrem de profundas carências imaginárias e identificatórias e acabam indo para o mundo das drogas, como usuários e exercendo o tráfico. Portanto, da mesma forma que o consumo de drogas, o fracasso escolar, inevitavelmente conduz à marginalização ou a delinqüência, porque ambos podem resultar de um sofrimento social e/ ou afetivo vinculados a causas internas e externas do adolescente (Krowczuk, 1997; Violante, 1997).

A escola brasileira expulsa os jovens através de sutis, mas conducentes mecanismos, tais como práticas incoerentes com sua cultura e condição social econômica. As crianças e jovens com histórias de evasão escolar em seus relatos comprovam a inoperância e insensibilidade dos dirigentes de instituições educacionais. A imposição de um aprendizado estranho ao seu universo cultural, o seqüestro das horas disponíveis ao lazer, lúdico é demonstrado por exacerbados sentimentos de rebeldia, contravenções, desobediência às normas vigentes.

A exclusão escolar deve ser refletida através do repensar de posturas, normas intransigentes de professores, administradores, etc., que em sua maioria estão contribuindo para aumentar o contingente de delinqüentes drogadictos e a configuração da marginalização de crianças e jovens brasileiros.

CONSIDERAÇÕES

A adolescência é uma etapa de vida de uma riqueza imensa. O seu conhecimento em profundidade/ abrangente é imprescindível para melhor compreensão e nos posicionar frente a ela como ego auxiliar, contribuindo assim para o desenrolar do processo de desenvolvimento biopsicosocial harmonioso e saudável, reduzindo a interferência dos fatores determinantes de risco de consumo de drogas.

Tudo o que se pode imaginar acontece nesta etapa de vida, pois ela é como um renascimento a uma nova vida, que exige um grande salto com imenso esforço para conquista de sua própria identidade. O desenvolvimento sócio afetivo de cada indivíduo se fundamenta em sua própria identidade. A ausência ou pobreza de uma identidade pessoal influe na maneira/modo de como o sujeito se confronta e enfrenta a vida.

O comportamento manifesto do sujeito é resultante de inúmeras influências do ambiente sócio-cultural. Ao longo do desenvolvimento evolutivo, desde o nascimento até atingir idade adulta, cada pessoa vai internalizando e configurando seu próprio sistema de valores, suas atitudes, seus hábitos e padrões de comportamento, em permanente interação com seu contexto microsocial e macrosocial.

Sabemos que a adolescência é uma etapa da vida suscetível ao início do consumo de drogas, por estar marcada por conflitos intrapessoais, interpessoais e sociais, que emergem da dinâmica familiar, escolar e social onde estão inseridos os adolescentes.

Os fatores de risco de consumo de drogas são aquelas características sociais, culturais e individuais que em conjunto, num momento determinado reforçam as condições de vulnerabilidade dos adolescentes diante o consumo de drogas.

Entre as carências que contribuem favoralvelmente para o consumo de drogas na adolescência, destacam-se as seguintes:

- ausência de autonomia para tomar decisões;
- incapacidade para resolução de conflitos;
- deficiente autocontrole;
- baixo autoconceito que repercute em uma ausência de auto-estima;
- sistema de valores sem clareza, como conseqüência de uma ausência de responsabilidade ao tomar decisões;
- ausência de percepção do potencial criativo para resolução de conflitos;
- sentimento de excluído socialmente pela estigmatização- a pobreza, a negritude, a homossexualidade, incapacidade física ou mental.

A ausência desses recursos pessoais revela ao indivíduo a sua fragilidade perante seu grupo de iguais/pares, fazendo-o sentir-se rechaçado por impossibilidade de alcançar uma ou vârias de suas metas almejadas de acordo com o seu desenvolvimento.

O sentimento de não pertencer ao grupo gera por si uma exclusão social impulsionando o adolescente a buscar formas alternativas de inclusão em grupos de consumidores de drogas, delinqüentes e outros que vivem a margem da sociedade.

A sociedade brasileira “democrática” organiza-se teoricamente em condições de igualdade para todos exercerem a sua cidadania. Mas, a realidade é notória pela incoerência do discurso e a vida cotidiana, gerando aumento de tensão, desorganização e desrespeito, humilhando, gerando no cidadão intensas frustrações e descargas agressivas, que vão acumulando e configuram-se em ingredientes para a violência moral e física. As conseqüências resultantes da ausência simbólica de pais “falo social” efetivos e continentes das angústias de seus cidadãos, se expressam sob formas de violência (assaltos, seqüestros, assasinatos,tráfico, drogadependentes).

QUARTA PARTE
ESTUDO DE CAMPO

CAPÍTULO VIII
METODOLOGIA UTILIZADA NO ESTUDO DE CAMPO

INTRODUÇÃO

O estudo objetivou descobrir, através do Estilo de Vida manifestado pelos estudantes, os fatores de risco determinantes que configuram o quadro revelador da "Drogadicção na Adolescência". Para alcançar este objetivo a metodologia utilizada é apresentada como segue:

1 CARACTERIZAÇÃO

Numa visão holística o Estilo de Vida se constitui na força reveladora dos valores significantes do viver. E para descobrir e compreender tais valores utilizou-se a análise de conteúdos e a psicanálise. Estas propostas metodológicas se mostraram pertinentes ao estudo da relação entre adolescência, criatividade, educação em valores conducentes a prevenção ao uso e abuso de drogas, e a drogadicção.

O presente estudo adotou uma análise de caráter quantitativo e qualitativo descritivo e interpretativo, assentado na análise de conteúdo das respostas obtidas, através de um Questionário sobre **Estilo de Vida**, onde os adolescentes estudantes do Ensino Médio de Escolas da Rede Pública e Privada de Porto Alegre-RS-Brasil prestaram informações sobre seus pais,sobre eles mesmos, sobre o uso de drogas e sobre seu relacionamento com a escola (professores e direção).

Os dados obtidos através das questões fechadas foram organizados e apresentados em tabelas com os respectivos percentuais, interpretados e descritos qualitativamente. Já as questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo conforme Bardin (1977), adaptada por Krowczuk (1988). A análise de conteúdo pode ser entendida como:

> ***"um conjunto de técnicas e instrumentos empregados na fase de análise e interpretação de dados de uma pesquisa, utilizados em especial na analise de documentos escritos, discursos, dados de comunicação e semelhantes,visando por procedimentos sistemáticos e objetivos proceder a uma leitura reflexiva e a uma descrição e interpretação do conteúdo das mensagens destes materiais, e obter indicadores quantitativos e qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos a condições de produção e recepção de variáveis inferidas das mensagens"(p.169).***

Este procedimento geralmente é utilizado "para estudo das motivações, opiniões, valores, crenças tendências, etc" (Bardin, 1979).

Para Bardin (1979), Krippendorf (1990) e Berelson (1952), a análise de conteúdos é uma técnica de investigação que se utiliza de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplica à descrição objetiva, sistemática, quantitativa e qualitativa do conteúdo manifesto de comunicações e discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

As Categorias

A partir da análise do conteúdo das grandes categorias (categorias pré-definidas) constantes do Instrumento, emergiu o sistema de categorias, conforme mostra o **Quadro VI**.

2 POPULAÇÃO CONVIDADA

Constitui a população da presente pesquisa os adolescentes estudantes do Ensino Médio (2º Grau), matriculados da 1ª a 3ª séries em Escolas da Rede Pública e Privada de Porto Alegre-RS-Brasil, com idade de 14 a 21anos, residentes em vários bairros da capital, que pertencem a oito (8) escolas objetos do estudo (selecionadas intencionalmente), localizadas nas zonas: Central, Norte, Sul, Leste e Sudeste da capital.

Das escolas estaduais envolvidas, uma é federal e três estaduais, que totalizam quatro escolas públicas. Na rede de ensino privado são quatro escolas.

3 AMOSTRA

Participaram deste estudo um mil e quatro (1004) adolescentes, com idade de 14 a 21 anos, sendo que 462 do sexo masculino e 542 do sexo feminino, ambos cursando a 1ª ,2ª, e 3ª séries do Ensino Médio (2º Grau) em escolas da rede estadual pública e privada da cidade de Porto Alegre-RS-Brasil.

A amostra foi subdividida em dois grupos:

Grupo A . *Escolas da Rede Pública,*sendo quatro (4): total de 524 estudantes, sendo 216 estudantes do sexo masculino e 308 do sexo feminino.
Neste grupo participaram adolescentes estudantes cursando a 1ª , 2ª , e 3ª séries do Ensino Médio (2º Grau), curso diurno de um total de quatro escolas da rede pública, sendo três escolas da rede pública estadual e uma escola pública federal.

Grupo B. *Escolas da Rede Privada* (4): total de 480 estudantes, sendo 246 estudantes do sexo masculino e 234 do sexo feminino. Neste grupo participaram adolescentes estudantes cursando a 1ª, 2ª, e 3ª séries do Ensino Médio (2ºGrau), curso diurno de um total de quatro escolas da rede privada estadual.Escolas de orientação religiosa católica e protestante.

Por ser uma pesquisa de cunho qualitativo e quantitativo, anônima e sigilosa, requereu um grande envolvimento do pesquisador.

3.1 Procedimentos para Definição da Amostra Participante

Tendo presente os objetivos e os problemas levantados, procedeu-se à escolha da amostra de estudantes através das etapas.

1ª *Fase*- seleção e preparação das escolas para proceder à pesquisa.

Inicialmente foi selecionada uma amostra intencional de oito (8) escolas,sendo quatro (4) escolas da rede pública (federal e estadual) e quatro escolas da rede privada de orientação religiosa (católica e, protestante) que estavam localizadas na zona central e periferia da capital, que atendiam determinadas características consideradas importantes na investigação.

Primeiro momento os contatos iniciais foram feitos por telefone marcando uma entrevista com os diretores e professores coordenadores do SOE de cada uma das escolas de Ensino Médio da rede pública e privada da capital.Nesta entrevista inicial, foi uma reunião com diretores, professores e coordenadores do SOE apresentamos uma síntese do projeto de pesquisa, os objetivos do estudo e o questionário a ser respondido pelos estudantes "anônimo", e da importância de obtenção da autorização/consentimento para realizar a pesquisa.

Segundo momento após o aceite e permissão da direção da escola e coordenação do SOE para realização da pesquisa, entregamos o ofício e questionário anexo formalizando a participação. Realizamos uma reunião previamente marcada com professores e pais representantes da Comissão de Pais e Mestres (CPM),quando foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, conheceram o instrumento "0 questionário" sua estrutura e tipo de questões de investigação (seu conteúdo),que seriam respondidas pelo adolescente; esclarecidos sobre o anonimato do estudante e ser aplicado unicamente pelo pesquisador sendo rigorosamente observados os aspectos éticos.Informados do sigilo dos dados e obtenção da autorização do termo de consentimento de participação dos filhos estudantes na pesquisa.Nesta ocasião, já combinamos com professor coordenador do SOE o dia e horário que o pesquisador iria entrar em contato com os estudantes na escola,para apresentação e expor dos objetivos do estudo e forma de investigação e da participação voluntária dos adolescentes.

2ª *Fase*- apresentação do pesquisador em todas as turmas do ensino médio da escola e seleção aleatória dos adolescentes estudantes voluntários a participar do estudo.

Estabelecido o contato inicial com estudantes através do auxilio de um professor do SOE, foram percorridas todas as salas de aula abrangendo as 1as , 2as e 3as séries de cada escola, quando me apresentei, expliquei-lhes os objetivos da pesquisa e tipo de instrumento que seria respondido pelo estudante,foram informados do anonimato e sigilo dos dados; a seguir convidados os adolescentes, que por livre e espontânea vontade, desejavam participar da pesquisa deveriam se inscrever ao sorteio aleatório. Informados que deveriam participar estudantes de ambos os sexos de forma equilibrada por série.

3ª *Fase*- seleção aleatória dos adolescentes estudantes, através de sorteio entre aqueles que por livre e espontânea vontade, quiseram participar do estudo.Cada estudante recebeu um número, a seguir foi convidado um estudante que não estava participando do estudo para sortear e assim foi sorteando e divulgando o número do sorteado,sendo fechado por série o número de participantes previstos por cada escola.

4ª *Fase*- reunião com professor do SOE para marcação da data e local da aplicação do instrumento num único dia, com todos estudantes participantes da pesquisa por escola.

4 INSTRUMENTO

Para realização do presente estudo, foi elaborado um instrumento (Anexo 1) constituído de um questionário contendo questões abertas, e fechadas estruturado de acordo com o método de análise quantitativa e qualitativa das respostas.O instrumento denominado "***Questionário sobre Estilo de Vida: valores, atitudes, relacionamento, conhecimento, opiniões, motivações, hábitos e uso e abuso de drogas por adolescentes estudantes de Ensino Médio (2º grau)- Porto Alegre-RS-Brasil***".

A escolha deste instrumento deve-se às características da clientela em estudo que são adolescentes estudantes que prestam informações e depoimentos sobre "***Estilo de Vida***" de seus pais, sobre eles mesmos e sobre os hábitos de uso e abuso de drogas e, sobre seu relacionamento com a família, com colegas e grupo de iguais, e com a escola (professores e direção).

O questionário foi delineado com objetivo de obtenção de informações e depoimentos por parte de adolescentes para :

- Identificar e traçar um perfil sócio-econômico-psico-educacional, estrutura e composição familiar, estilo de vida de sua família (pais);
- Diagnosticar e traçar o perfil sócio-econômico-cultural-educacional - psicológico e estilo de vida, valores, crenças, motivações do adolescente e sua relação com o uso e abuso de drogas;
- Diagnosticar e revelar o grau de conhecimentos e informações que possui sobre o tema drogas;
- Diagnosticar e apresentar o autoconceito de imaginação criadora, perfil criador e potencial de criatividade;
- Obter opiniões/ sugestões de adolescentes de como abordar, tratar e trabalhar o tema prevenção ao uso e abuso de drogas junto à comunidade escolar do ensino médio da rede pública e privada;
- Identificar e traçar o perfil psicosocio-cultural-educacional do professor;
- Identificar e analisar atitudes educativas conducentes à exclusão social e escolar dos adolescentes usuários de drogas;
- Identificar atitudes manifestadas e modelos de prevenção que orientem a adoção de abordagens de intervenção educativa, direcionadas para intervenção ao uso e abuso de drogas junto aos adolescentes e suas famílias, integradas no contexto escolar.

O instrumento tem como folha de rosto uma carta explicativa ao estudante quanto aos objetivos da pesquisa, a sua colaboração e contribuição valiosa em responder todas as questões fechadas e abertas, a forma de preenchimento e seu anonimato.Este instrumento está organizado em duas partes: 1) apresentação das questões fechadas; 2) questões abertas.

Parte I *-Questões fechadas representam grandes categorias a maior parte do instrumento que se subdivide em sub-categorias incluindo variáveis representativas* que tem como objetivos coletar dados indicativos das características da família (pais, irmãos),

das características do adolescente de ambos os sexos. Esta primeira parte do instrumento é composta por nove partes:

I- ***Informações Gerais da Escola***: tipo , localização;

II- ***Características do Estudante/aluno***: identificação, escolaridade, profissão, naturalidade, local de habitação;

III- ***Perfil Sócio-econômico-educacional e Composição Familiar***: identificação pessoal dos pais, escolaridade, características da habitação, meios de transporte e serviços de saúde e segurança pública do bairro, patrimônio/bens da família, renda familiar, estrutura e composição familiar;

IV- ***Estilo de Vida da Família***: valores, atitudes e hábitos dos pais, hábitos de uso e abuso de drogas pelos pais, drogas lícitas (tabaco, álcool,medicamentos, psicofármacos) e ilícitas (cannabis, cocaína, heroína,LSD), atitudes dos pais , nível de informações, interesse e diálogo, comportamento diante do tema drogas;

V- ***Relacionamento Interpessoal do Adolescente***: relações afetivas e de amizade com a família (pais, irmãos), com amigos e colegas da escola, com professores e direção da escola;

VI- ***Estilo de Vida do Adolescente Estudante***: valores, atitudes e hábitos prática esporte, lazer, tempo livre/ócio, etc.; hábitos de uso e abuso de drogas lícitas (tabaco, álcool, medicamentos/ psicofarmacos),drogas ilícitas (cannabis, cocaína, opiáceos, alucinógenos, inalantes, solventes, aerossóis);

VII- ***Motivações ao Uso e Abuso de Drogas pelo Adolescente***: sociais, experimentais, sintomatológicas, psicocognitivas.

VIII- ***Grau de Conhecimentos sobre Drogas que possui o Adolescente***;

IX- ***Autoconceito e expressão de Qualidades Criativas do Adolescente***.

Parte II -*Questões abertas versam* ***sobre o tema Drogas de uso lícito e ilícito***,as questões, elaboradas sob forma de colocações e solicitações de emissão de respostas prevalecendo à liberdade de expressão através da técnica de Turbilhão de Idéias (TI) ou "*Brainstorming*" tem como objetivos diagnosticar o grau de conhecimento/informações que os adolescentes possuem sobre as drogas; e obter opiniões/ sugestões do adolescente como trabalhar o tema prevenção ao uso e abuso de drogas junto à comunidade escolar do ensino médio da rede pública e privada.

Esta parte do questionário está estruturada sob forma de dez questões abertas que se subdividem em duas partes de categorias. **A primeira** parte constituída por cinco questões que para respondê-las o adolescente se permitiu fluidez de pensamentos, imaginação, visualização de cenas, expressar sentimentos, mitos, crenças e curiosidades para descrever sobre o uso de drogas, os seus aspectos positivos e negativos, o que necessitam saber sobre o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas. **A segunda** parte constituída por cinco questões onde o adolescente emite opiniões e apresenta sugestões sobre o que os pais devem fazer como prevenção às drogas junto aos filhos, o que deveria ser feito pela escola (professores e direção), o que deveria ser feito pelos jovens (entre eles) junto aos grupos de iguais, e opinam sobre os motivos que alguns jovens rejeitam a oferta de drogas apesar da pressão exercida pelos amigos e grupos de iguais.

4.1 Validação do Instrumento Através de Juízes

O "***Questionário sobre Estilo de vida***" foi submetido, em Porto Alegre a apreciação (avaliação) de dois juízes convidados, Professores de Cursos de Doutorados da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ambos pesquisadores especialistas e doutores nas áreas de Educação e Psicologia, sendo a Profa. Dra. Maria Estela Dal Pai Franco-FACED/UFRGS e CNPq e o Prof. Dr. Juan José Mouriño Mosquera – FACED/UFRGS e da Pós-Graduação PUC/RS, ligados à área de estudo com objetivo de avaliação, funcionalidade e inteligibilidade das questões formuladas.Após as adequações sugeridas como necessárias, ambos juízes aprovaram quanto à confiabilidade e validez e assim foi autorizado a sua aplicação.

4.2 Aplicação do Instrumento para Verificação e Adaptação

Foram convidados seis sujeitos,todos adolescentes de ambos os sexos e de características iguais às dos sujeitos da pesquisa,foi aplicado como uma amostra para avaliação da compreensão e tempo de resposta.Nesta fase, foi solicitado a cada um que respondesse o instrumento e indicasse se havia enfrentado dificuldades para o entendimento das questões propostas,como também foi avaliado o tempo necessário para responder ao instrumento.Os adolescentes informaram que não encontraram dificuldades para responder o questionário. Quanto ao tempo uma estudante da 1ª série levou cinqüenta minutos, os demais adolescentes levaram, em média vinte minutos para responder todo questionário.

4.3 Reaplicação do Instrumento na Sua Forma Definitiva

O ***Questionário Estilo de Vida,*** foi novamente validado (pré- testado) e, em 2ª amostra de quarenta adolescentes de ambos os sexos, estudantes das 1ª , 2ª, 3ª séries do Ensino Médio de Escolas Públicas e Privadas de Porto Alegre- RS, como um teste do processo de coleta. Os adolescentes levaram, em média, trinta minutos para responder todas as questões abertas e fechadas do questionário. Não encontraram dificuldades em responder, mas referiram que exigiu muita concentração.Os adolescentes opinaram que testaram seu conhecimento e, também era um estimulo para buscarem mais informações.

5 PROCEDIMENTOS NA COLETA DE DADOS

Aplicação do instrumento de pesquisa "***Questionário sobre Estilo de Vida***" pelo próprio pesquisador junto aos adolescentes estudantes das 1ª, 2ª e 3ª séries nas escolas selecionadas.

Por questões éticas foi o próprio pesquisador que aplicou o instrumento. Os professores (SOE) da escola objeto da pesquisa foram responsáveis somente pela organização e deslocamento dos adolescentes para o local "anfiteatro" de aplicação do questionário. Já que os estudantes estavam no período de aula e tinham que serem liberados pelos professores que estavam em classe por um período de uma hora, tempo máximo previsto para responder todas as questões do questionário.Os professores do SOE após deixarem os estudantes no anfiteatro sob responsabilidade do pesquisador, se retiraram do

recinto não tendo qualquer acesso aos questionários preenchidos pelos estudantes participantes do estudo.

Procedimento prévio ao início do preenchimento do questionário pelo estudante:

O pesquisador após estar a sós com todos os estudantes no recinto e com portas fechadas entregou o questionário, fez uma leitura e deu as instruções necessárias ao seu preenchimento, esclarecendo que as respostas são individuais, anônimas, não devem colocar seu nome. O tempo (hora de início e término) foi definido no máximo uma hora, e orientados que registrassem na parte superior da folha de rosto a hora de início e de término do preenchimento do questionário. Esclarecidos que o adolescente, ao termino do preenchimento do questionário deveria colocá-lo na caixa coletora, que estava perto da porta do recinto (lado interno) e deveria retirar-se sem qualquer comentário.

O pesquisador manteve uma postura imparcial durante todo tempo que esteve em contato com estudantes e professores.

Após o término de todos os estudantes respondentes o pesquisador fechou a caixa coletora/urna, não prestando qualquer informação a respeito das respostas obtidas e sobre a identidade dos estudantes, retirando-se do recinto e comunicando a professora coordenadora do SOE que havia concluído a realização da coleta dos dados.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo atende a Legislação vigente, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (III.3.g), pois inclui obtenção de informação sobre estilo de vida e uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas por adolescentes, bem como informações prestadas por eles sobre seus familiares. Os aspectos éticos da pesquisa foram rigorosamente observados, os estudantes foram informados do sigilo dos dados e concordaram com o termo de consentimento para a realização da pesquisa. Obtivemos ***primeiro*** a autorização dos diretores e coordenadores do SOE de todas as escolas de Ensino Médio (2º grau) públicas e privadas antes de entrarmos em contato com os estudantes e professores . Obtivemos no ***segundo*** momento o consentimento dos pais dos estudantes objeto da pesquisa, e dos professores das respectivas turmas (1^a, 2^a, e 3^a séries) através dos Conselhos de Classe e Circulo de Pais e Mestres/ CPM de cada escola participante**.**

CAPÍTULO IX
ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO DE CAMPO

INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem como objetivos:

- Apresentar a análise e interpretação das informações e depoimentos de adolescentes estudantes que participaram do estudo de modo a:

a) Revelar o perfil sócio-econômico, psico-educacional, estrutura e composição familiar, e estilo de vida dos pais dos adolescentes - conhecendo seus: valores, atitudes, hábitos, lazer, crenças, estilo de relacionameto, grau de conhecimentos, opiniões, motivações e hábitos de uso e abuso de drogas;

b) Revelar o perfil sócio-econômico-cultural-educacional-psicológico e estilo de vida ,valores, crenças, as motivações e hábitos de uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas de adolescentes;

c) Revelar o grau de conhecimento e informações que possuem sobre o tema drogas;

d) Apresentar o autoconceito de imaginação criadora, perfil criador e o potencial de criatividade de adolescentes;

e) Apresentar as opiniões e sugestões expressadas por adolescentes como trabalhar o tema prevenção ao uso e abuso de drogas junto a sua comunidade escolar e grupos de iguais na comunidade (bairro) residencial;

f) Revelar o perfil psicosocio-cultural-educacional do professor obtido através das informações manifestadas pelos adolecentes;

g) Revelar as contradições existentes no sistema educacional, atitudes educativas estigmatizantes, posturas manifestas que caracterizam formas de exclusão social e escolar para com os adolescentes estudantes usuários sociais e ou dependentes de drogas identificadas na análise sobre a qualidade das relações interpessoais entre adolescentes com corpo docente (professores e direção) da escola;

h) Revelar tipo de atitudes manifestas (professores e direção) e modelos de prevenção que orientam adoção das abordagens de intervenção educativa direcionadas para a prevenção ao uso e abuso de drogas junto aos adolescentes e suas famílias integradas no contexto escolar.

DESCRIÇÃO DA APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados obtidos nesse estudo serão apresentados em duas partes descritas a seguir para melhor compreensão.

A **Parte I** do estudo visa apresentar os resultados dos dados obtidos através das análises das respostas emitidas pelos adolescentes nas questões fechadas do questionário.Tais resultados, apresentados em dois momentos, se encontram organizados e expressados em 52 tabelas, com as respectivas análises descritivas quantitativas e interpretações qualitativas relativas as:

Primeiro Momento - Características da família (**1**) dos adolescentes de ambos os sexos estudantes do Ensino Médio da Rede Pública (Grupo A) e Privada (Grupo B) participantes do estudo, conforme mostram as informações contidas e apresentadas seqüencialmente nas tabelas 1 a 13 ,possibilitando mostrar:

- ♥ Perfil sócio-econômico,psico-educacional, estrutura e composição familiar, e estilo de vida dos pais dos adolescentes - conhecendo seus: valores, atitudes, hábitos, lazer, crenças, estilo de relacionamento, conhecimentos e hábitos de uso e abuso de drogas.

Segundo Momento - Características dos adolescentes (**2**) de ambos os sexos estudantes do Ensino Médio da Rede Pública (Grupo A) e Privada (Grupo B) participantes do estudo, conforme mostram as informações contidas e apresentadas seqüencialmente nas Tabelas 14 a 30, possibilitando mostrar:

- ♥ Perfil sócio-econômico-cultural-educacional-psicológico e estilo de vida, valores, crenças, motivações e sua relação com o uso e abuso de drogas, grau de conhecimento, autoconceito de imaginação criadora, perfil criativo e potencial de criatividade de adolescentes.

A **Parte II** do estudo visa apresentar os resultados obtidos através das análises de conteúdo das respostas emitidas "*brainstorming*" pelos adolescentes nas proposições (questões) abertas do questionário. Tais resultados qualitativos sob forma de enunciados se encontram organizados e apresentados em oito (8) quadros descritivos, onde aparecem oito (8) categorias previamente definidas e cinqüenta e quatro (54) categorias emergentes resultantes de análises de conteúdo das informações e depoimentos expressos em cada uma das categorias previamente definidas.(Ver Quadros VII a XIV, p. 499- 536).

Essa parte mostra os resultados obtidos e construídos sob forma de enunciados e rigorosamente ajustados as respectivas categorias:

- ♥ Turbilhão de Idéias (**3**) ou "***Brainstorming"***, Fluidez de Pensamentos, Imaginação, Visualização de Cenas, Sentimentos, Mitos e Crenças, Curiosidades sobre o Tema "Drogas de Uso Lícito e Ilícito" opiniões expressadas por Adolescentes de ambos os sexos Estudantes do Ensino Médio da Rede Pública e Privada de Porto Alegre-RS-Brasil

O **Quadro VI – Síntese "*Brainstorming*" das indicações dos adolescentes sobre o Tema Drogas**, apresenta de forma compacta as cinqüenta e quatro categorias que emergiram a partir da análise de conteúdo das oito categorias previamente definidas. (Ver Quadro VI)

As Categorias Emergentes são apresentadas nos Quadros VII a XIV descritivos contendo os conteúdos expressados pelos adolescentes, após serem construídos, ajustados e

divulgados sob forma de enunciados pertencentes a cada uma das categorias pertinentes a cada categoria previamente definida (questões abertas). Os quadros descritivos possibilitam uma visão conjunta das indicações dos adolescentes sobre o que pensam, imaginam,visualizam cenas, expressam sentimentos, mitos e crenças, curiosidades, bem como as sugestões apontadas de como trabalhar o tema "Prevenção ao uso e abuso de drogas junto aos amigos e colegas da comunidade escolar e grupos de iguais no bairro residencial e comunidade". (ver **Quadros VII a XIV, p.499-536**)

QUADRO VI – SÍNTESE "BRAINSTORMING" DAS INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES SOBRE O TEMA DROGAS:
Categorias Emergentes a partir das Pré-definidas

Autor: ***Dra Elizabeth Remor Krowczuk***

Técnica	Categorias Pré-definidas	Categorias Emergentes
"Brainstorming".	. O que pensa, visualiza, idéias, mitos e sentimentos sobre o uso de drogas	1. Danos biofisicopsicosociais ao adolescente usuário de drogas 2. Características do usuário de drogas 3. Características do usuário dependente de drogas 4. Visualiza cenas do uso de drogas com características positivas 5. Visualiza cenas do uso de drogas com características destrutivas e violências 6. Motivos e causas do uso de drogas pelos adolescentes 7. Mitos e crenças sobre o uso de drogas 8. Posicionamento de adolescentes ao uso de drogas 9. Sentimentos revelados pelos adolescentes em relação ao uso de drogas 10. Desejos do adolescente em usar drogas
	. Aspectos Positivos e Negativos do uso de drogas	**Aspectos Positivos das Drogas** 1. Aspecto terapêutico das drogas 2. Aspectos prazerosos das drogas 3. Aspectos sociais das drogas 4. Posicionamento em relação ao uso de drogas **Aspectos Negativos das Drogas** 1. Danos orgânicos e psicológicos 2. Danos psicológicos 3. Danos morais e sociais 4. Danos econômicos
	. O que necessitam saber sobre o uso e abuso de drogas (lícitas e ilícitas)	**Programação de conteúdos** 1. Aspectos históricos, antropológicos e sociológicos das drogas 2. As substâncias químicas (natural e sintética) que compõem a droga 3. Classificação das drogas 4. As conseqüências do uso das drogas 5. Conceitos 6. Drogas de uso lícito e/ou oficiais: álcool, tabaco e medicamentos 7. Drogas de uso ilícito "tóxicos": cannabis, cocaína, opiáceos, alucinógenos, inalantes
	. O que os pais devem fazer junto aos filhos como prevenção ao uso e abuso de drogas	1. Comportamento dos pais 2. Formação dos pais 3. Fontes de informação e orientação 4. Ações dos pais 5. Educação
	. O que deveria ser feito na escola (sala de aula) pelos professores para prevenção ao uso e abuso de drogas	1. Formação do professor 2. Atitudes do professor 3. Qualidades do professor 4. Conteúdo sobre drogas 5. Método de trabalho 6. Escola – estrutura e organização
	. O que deveria ser feito entre colegas e amigos na escola (entre eles) para prevenção ao uso e abuso de drogas	1. Preparo do jovem 2. Qualidades do jovem 3. Atitudes e comportamentos dos jovens não usuários 4. Ações dos jovens entre colegas e amigos 5. Educação 6. Atitudes dos jovens usuários.
	. O que deveria ser feito por eles jovens para prevenção ao uso e abuso de drogas entre os amigos e grupos de iguais no bairro residencial e na comunidade	1. Vida afetiva do adolescente 2. Atitudes dos adolescentes no grupo de iguais 3. Ações dos adolescentes juntos aos grupos de iguais no seu bairro residencial e na comunidade 4. Educação
	. Por que motivos alguns jovens rejeitam a oferta de drogas apesar da pressão dos amigos e grupos de iguais	1. Traços e dimensões da personalidade do jovem 2. Atitudes e valores do jovem 3. Educação em valores 4. Formação educacional do jovem 5. Estrutura familiar do jovem 6. Atitudes do meio familiar 7. Motivos de ordem pessoal, físico, social e econômico 8. Traços negativos da personalidade do jovem

PARTE I

1 ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA DOS ADOLESCENTES DE AMBOS OS SEXOS ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA (GRUPO A) E PRIVADA (GRUPO B) PARTICIPANTES DO ESTUDO

PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO, PSICO-EDUCACIONAL, ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO FAMILIAR, ESTILO DE VIDA DOS PAIS DOS ADOLESCENTES – CONHECENDO SEUS: VALORES, ATITUDES, HÁBITOS, LAZER, CRENÇAS, ESTILO DE RELACIONAMENTO, CONHECIMENTOS E HÁBITOS DE USO E ABUSO DE DROGAS.

Participaram deste estudo um mil e quatro (1004) adolescentes estudantes do Ensino Médio (2º grau) de Escolas da Rede Pública e Privada da cidade de Porto Alegre – RS – Brasil.

Estes estudantes responderam um instrumento: o questionário sobre Estilo de Vida (ver em anexo), prestando informações sobre seus pais, sobre eles mesmos, sobre o uso de drogas e sobre seu relacionamento familiar e com a escola (colegas/amigos, professores e direção).

1.1 Aspectos Sócio-Demográficos dos Pais dos Adolescentes de Ambos os Sexos

No que se refere aos dados **sócio-demográficos dos pais** dos adolescentes, como demonstra a **Tabela 1 (p. 339)** , obtivemos as seguintes variáveis/informações:

- A **idade parental** (pai e mãe) do total da amostra oscila entre 32 a mais de 72 anos. Das novecentas e noventa e três (993) mães do estudo, 88,31% estão na faixa etária entre 36 a 51 anos e, dos novecentos e sessenta e sete (967) pais, 84,26% estão na faixa etária dos 40 a 55 anos de idade.

- Quanto à **escolaridade**, do total da amostra, chama a atenção que 53,36% dos pais e 46,51% das mães têm o 3º grau completo (curso superior). Analisando a população de pais da escola do Grupo A (rede pública), quando comparada com as do Grupo "B" (escola privada), observa-se que o percentual de pais com o 3º grau completo é de 30,53% no Grupo A, e de 78,36% no Grupo B e de mães é de 27,48% no Grupo A e 67,36% de mães no Grupo B.

Quanto à **situação funcional**, do total dos pais e mães se nota **(Tabela 1)** que 54,08% de pais e 42,39% de mães têm um vinculo empregatício (empregado). Já 34,44% dos pais e 24,67% das mães são trabalhadores autônomos. Se analisarmos esta situação entre as escolas do Grupo A e as do Grupo B, o padrão se mantém. Convém destacar que 25,19% das mães das escolas do Grupo A e 17,61% das mães das escolas do Grupo B desempenham apenas atividades do lar.

A **renda familiar** de 44,24% dos pais e 42,44% das mães dos adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) ficam acima de $ 1.200 dólares. No Grupo B (rede privada) observa-se que o percentual é de 88,35% de pais e 88,47% de mães que têm uma renda superior a esse valor.

1.2 Contexto da habitação e situação sócio-econômica da família dos adolescentes de ambos os sexos

A **Tabela 2 (p. 400**) mostra as seguintes informações:

No que diz respeito ao **tipo de imóvel/residência** da população estudada de 462 estudantes do sexo masculino e 542 estudantes do sexo feminino, 50,43% dos rapazes e 43,36% das moças residem em apartamento; 49,14% dos rapazes e 56,09% das moças residem em casas e 0,43% dos rapazes e 0,55% das moças habitam cômodos ou peças de uma residência.

Em relação à **situação do imóvel – habitação da família** 90,69% dos rapazes e 89,48% das moças são proprietários/donos do imóvel.

Quanto às **condições de habitação saneamento básico e energia elétrica,** 99,57% das residências dos rapazes e 100,00% das moças têm luz elétrica, em 98,27% dos rapazes e 97,97% das moças a residência é abastecida por água encanada de rede de administração municipal.

Referente ao **tipo de via** – avenida/rua – de acesso ao imóvel residencial da população estudada **(Tabela 2)**, 49,17% dos rapazes e 48,83% das moças tem avenida/rua asfaltada; 46,88% dos rapazes e 42,34% das moças têm ruas/avenidas calçadas.

Quanto ao tipo de **Patrimônio/Bens da Família** reveladora da **Condição Sócio-econômica (Tabela 2),** em 90,69% dos rapazes e 89,48% das moças a família possui casa própria, como também possuem casa de veraneio (praia, serra) 48,27% dos rapazes e 43,54% das moças, possuem propriedade rural, fazendas, sítio, chácara e terrenos 21,87% dos rapazes e 19,38% das moças. Ainda informam possuírem equipamento de informática e computador em sua habitação 59,31% dos rapazes e 48,89% das moças estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada).

1.3 Contexto do bairro e ambiente residencial e os recursos utilizados pelas famílias dos adolescentes de ambos os sexos

Conforme a **Tabela 3 (p. 401)**, a residência das famílias dos 462 rapazes e 542 moças adolescentes escolares encontram-se localizadas em vários bairros nas zonas Norte, Sul, Leste, Sudeste e Central do município de Porto Alegre.

Em relação aos **meios de transporte disponíveis**, acessíveis e mais utilizados pela família da população estudada informam 98,48% dos rapazes e 98,52% das moças ser o ônibus.

Quanto aos **serviços de saúde,** 57,79% dos rapazes e 60,52% das moças, dispõem de um Posto de Saúde; 48,92% dos rapazes e 47,05% das moças contam com Hospital e 31,60% dos rapazes e 27,49% das moças têm um serviço de Pronto Socorro de Urgência em seu bairro, caso necessitem algum tipo de assistência à saúde da família **(Tabela 3)**.

Dos **tipos de serviços de saúde,** 78,79% rapazes e 61,81% das moças utilizam o

setor privado, possuem planos de saúde, seguro saúde.

Quanto aos **serviços de segurança pública,** 71,21% dos rapazes e 59,59% das moças dispõem de uma Delegacia de Polícia e, 23,59% dos rapazes e 24,54% das moças contam com um Batalhão do Corpo de Bombeiros para atendimento a sinistros, etc.

Em relação a **áreas de lazer** localizadas no bairro disponíveis e utilizadas pela família **(Tabela 3)**, informam que dispõem quadras de esportes 66,23% dos rapazes; parques/áreas verdes/praças 56,49% dos rapazes e 30,74% deles utilizam clubes culturais. Das moças 65,68% dispõem de parques, 43,17% contam com quadras de esportes e 42,62% das moças utilizam clubes culturais do contexto de seu bairro residencial para o lazer.

Uma estrutura e fácil acesso de serviços de transporte urbano, de serviços de saúde e segurança pública e áreas de lazer no contexto ambiental e residencial são fatores positivos para adoção de estilo de vida saudável e obtenção de melhor qualidade de vida.

1.4 Estrutura e Composição Familiar dos Adolescentes de Ambos os Sexos

As **Tabelas 4 (p. 402)** e **4^{A} (p. 403)** mostram as seguintes informações:

- No que diz respeito ao **estado civil** dos pais dos adolescentes de ambos os sexos, nota-se que 75,32% dos rapazes e 72,88% das moças vivem numa família nuclear estável, mas 22,51% dos rapazes e 22,88% das moças vivem em famílias nas quais seus pais estão separados/ divorciados. Analisando a população de adolescentes separadamente, nota-se que 27,78% dos rapazes e 23,38% das moças das escolas do Grupo A vivem em lares de pais separados/ divorciados e 17,89 dos rapazes e 23,22% das moças das escolas do Grupo B, vivem a mesma situação.

- Em relação à **idade que o adolescente tinha quando do rompimento da estrutura familiar** por separação/divórcio, fica evidente que a maior concentração de pais separados ocorreu quando os adolescentes encontravam-se na faixa etária de 8 a 11 anos. Numa etapa do desenvolvimento humano denominada de período de latência (7 aos 11 anos).

Observa-se, na **Tabela 4**, que da população de adolescentes que ocorreu uma cisão ou rompimento de estrutura familiar, nota-se uma distribuição semelhante em ambas escolas (Grupo A e Grupo B), foram as mães que assumiram a total responsabilidade sobre a guarda dos filhos. Informam que foram criados só pela mãe 74,78% dos rapazes e 76,35% das moças e pelo pai foram 6,31% rapazes e 6,08% moças; criados pelos avós 7,21% rapazes e 4,73% moças. Fica evidente que é a mãe quem assume maior responsabilidade, não só pela guarda e sustento econômico, mas pela educação, cuidados gerais, formação de hábitos, atitudes, valores, contribuindo para o desenvolvimento biopsicossocial da criança, do adolescente.

Em relação **com quem reside atualmente a população de adolescentes** de ambos os sexos das escolas (Grupo A e Grupo B), (**Tabela 4^{A})** 71,65% dos rapazes e 71,3% das moças informam residirem com os pais e irmãos

Em relação à **posição que o adolescente ocupa na estrutura familiar**, observa-se (**Tabela 4^{A})** que da população estudada, 40,70% dos rapazes e 33,95% das moças são o primeiro filho (a) primogênito do casal.

Quanto ao **número de irmãos** da população estudada, nota-se **(Tabela 4^{A})** que 45,67% dos rapazes e 38,75% das moças têm um irmão e 39,18% dos rapazes e 46,87% das moças têm de dois a três irmãos e, 6,28% dos rapazes e 5,89% das moças têm de quatro a oito irmãos.

No contexto geral os adolescentes vivem em famílias de pais jovens, com média de dois a três filhos, de união estável, não sendo famílias numerosas. Pertencem a famílias com média de cinco a seis pessoas em sua estrutura e composição familiar, tendo afeto e cuidados maternos e paternos diluído/distribuído entre dois a quatro filhos.

Observa-se que são os adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) que pertencem a famílias mais numerosas e têm seu afeto e cuidados maternos e paternos mais dividido com seus irmãos, em média de quatro a oito irmãos.

As famílias das escolas do Grupo B (rede privada) são menores, com maior nível educacional dos pais e melhor situação econômica, planejam o número de filhos que devem ter e que podem dar um nível de vida com melhor qualidade e mais conforto. Mas os adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública), embora 9,26% dos rapazes e 8,77% das moças tenham de quatro a oito irmãos, observa-se que também está ocorrendo um planejamento familiar por parte dos pais de 79,17% dos rapazes e 82,13% das moças das escolas do Grupo A que tem entre um a três irmãos. Estes pais também buscam algum método de controle de natalidade, para dar aos filhos, além de alimentação e cuidados afetivos, um nível educacional e melhor qualidade de vida, com conforto, que provavelmente não receberam na sua infância e adolescência por pertencerem a famílias mais numerosas e seus pais encontrarem-se num nível sócio-econômico-educacional com poucos recursos **(Tabela 4^{A})**.

1.5 Estilo de Vida, Valores, Atitudes e Hábitos da População Parental (Pai e Mãe) Fornecidos pelos Adolescentes de Ambos os Sexos

Observa-se na **Tabela 5 (p. 404)** que as figuras parentais **ocupam seu tempo livre** e buscam através dos meios de comunicação manterem-se atualizados, sendo que o hábito de assistir TV, Vídeo ocorre em 88,31% dos pais e 90,44% das mães; o gosto pela leitura/livros/jornais/revistas por 82,11% dos pais e 84,29% das mães; gostam de ouvir música 72,60% dos pais e 74,02% das mães; têm hábito de ir ao cinema 38,57% dos pais e 48,24% das mães e, ir ao teatro 19,86% dos pais e 26,79% das mães. Observa-se que as mães freqüentam mais casas de espetáculos (cinema, teatro) do que os pais dos adolescentes.

Observa-se que as mães de adolescentes praticam menos esportes e vão menos ao clube social se comparadas aos pais. Mas, são as mães que se dedicam mais ao cultivo de plantas, lidar com a terra, valorizam a natureza, freqüentam mais cinemas, teatros, shopping e igreja/templo para orar, do que os pais. Os demais hábitos apresentam igual percentual, de modo semelhante suas práticas/valorativas por ambas as figuras parentais (pai e mãe).

Analisando a população de figuras parentais separadamente, nota-se que pais e mães dos adolescentes das escolas do Grupo B (rede privada) apresentam maiores percentuais nos hábitos de praticar exercícios, esportes, viajar/passear, leitura, ir ao cinema, ao teatro, ao shopping, reunir-se com amigos/vizinhos, freqüentar clube social, se comparados aos pais dos

adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública). Tais hábitos têm relação direta com o nível sócio-econômico-educacional e cultural destas famílias (Grupo B), que tem estilo de vida mais diferenciado pelas próprias condições em que vivem, o que não ocorre com os pais dos adolescentes do Grupo A.

Certos hábitos são cultivados em igual percentual por pais das escolas do Grupo A e do Grupo B porque não envolve questões financeiras.

A **Tabela 5 (p.404)** possibilita conhecer quais são os hábitos, atitudes e valores das figuras parentais (pai e mãe) da população de adolescentes das escolas do Grupo A e as do Grupo B.

Segundo a população parental manifestado pelos adolescentes, os **motivos atribuídos para não praticarem** alguns dos hábitos de vida descritos anteriormente, **(Tabela 5)** são 44,98% dos pais e 44,41% das mães que dizem não terem tempo; 40,85% dos pais e 38,17% das mães alegam não gostarem e 13,49% das mães e 12,00% dos pais alegam não terem dinheiro e só 2,17% dos pais e 4,23% das mães não tem saúde para praticá-los.

1.6 Crenças, religião e práticas de doutrinas,/seitas/filosofia pelas figuras parentais (pais e mães) fornecidos pelos adolescentes de ambos os sexos

Da população estudada de figuras parentais (967 pais e 993 mães), destes que **acreditam e praticam e/ou seguem algum tipo de religião/crença** são (810) 83,76% pais e (834) 83,98% mães .

Entre os que crêem na religião mas **não praticam** são (93) 9,62% pais e (89) 8,96% mães. Aparecem na condição de **ateu** 6,62% pais e 7,06% mães que não tem crença em religião/doutrina, das inúmeras informadas pelos adolescentes pertencentes às escolas do Grupo A e as do Grupo B.

Os dados da **Tabela 6 (p. 405)** revelam, que a maioria das figuras parentais crêem e praticam algum tipo de religião, tem fé e acreditam numa força superior denominada Deus, Buda, Maomé. Observa-se **(Tabela 6)** que a religião católica apostólica romana é a predominante entre os que praticam e não praticam, são (721) 74,56% pais e (719) 72,42% mães da população estudada. Tal percentual esta relacionado com origens e colonização da população imigrantes italianos, alemães, espanhóis, portugueses, que têm a religião como um valor referencial à vida pessoal e estrutura familiar. Os cristãos protestantes são de origem ou emigrantes alemães, sendo seguidores das diversas ramificações Lutero, Calvin, etc.

1.7 Hábitos de consumo de tabaco pelas figuras parentais (pais e mães) fornecidos pelos adolescentes de ambos os sexos

Da amostra estudada de 967 pais e 993 mães, 57,08% pais e 45,52% mães **já fumaram** alguma vez na vida. **(Tabela 7 p. 406)**.

Fumam atualmente (359) 37,13% pais e (300) 30,21% mães. Quanto à **freqüência** de consumo de tabaco **todos os dias**, informam ser 30,92% pais e 23,06% mães; fumam

ocasionalmente 6,20% pais e 7,15% mães. Informam serem **ex-fumantes** 19,96% pais e 15,31% mães **(Tabela 7)**.

Quanto à **quantidade**, afirmam ser o consumo menos de 5 cigarros 23,96% pais e 34,00% mães; fumam de 5 a 9 cigarros 23,11% pais e 22,67% mães; e entre 10 a 20 cigarros 31,20% pais e 32,33% mães; fumam mais de 21 cigarros 21,73% pais e 11,00% mães **(Tabela 7)**.

Os resultados da **Tabela 7 (p. 406)** apontam que da amostra de figuras parentais de adolescentes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) e os das escolas do Grupo B (rede privada) que tem comportamento dependente à nicotina são 47,07% pais e 56,67% mães são os fumantes leves/baixa dependência, fumam de 1 a 5 cigarros/dia; os 31,20% pais e 32,33% de mães fumantes regulares e/ou moderados média dependência fumam de 10 a 20 cigarros/dia e os demais 21,73% pais e 11,00% mães são fumantes forte ou altamente dependentes de nicotina.

O comportamento parental dos adolescentes das escolas do Grupo B (rede privada) difere dos das escolas do Grupo A (rede pública), provavelmente os do primeiro grupo pela condição sócio-econômica-educacional tem os pais e mães maior acesso à informação e formação educacional e fortalecimentos de valores que contribuem para maior nível de conscientização de adoção a um estilo de vida mais saudável, por conhecerem que o uso de tabaco constitui um importante risco à saúde.

Observa-se o decréscimo de consumo de produtos de tabaco pelas figuras parentais na faixa de idade a partir dos 51 aos 71 anos de idade, ou seja, entrada da terceira idade, surgimento de complicações no aparelho cardiopulmonar, aumento da incidência de câncer de pulmão, de cirurgias (ponte de safena) safenectomia, alterações na pressão arterial, circulação cerebral, astenia generalizada, cefaléia e problemas do sono, alterações gastrointestinais e influência no desempenho sexual, especialmente em homens.

A crença que os fumantes têm sobre os efeitos nocivos do tabaco é num percentual maior entre os altamente dependentes se comparados com os fumantes leves e moderados. Os índices mais elevados/altos de morbidade e mortalidade são observados com os fumantes de mais de 20 cigarros/dia, associados a problemas cerebrovasculares e cardiovasculares. As pesquisas comprovam que as substâncias do tabaco através do fumo estão associadas à elevada taxa de câncer especialmente dos pulmões, da cavidade oral, faringe, laringe e esôfago. O risco maior de câncer oral, cânceres de bexiga, pâncreas e possibilidades mais elevadas de cânceres de rim e/ou de cérvice útero (Froján Parga, 1995; Becoña Iglesias,1995).

1.8 Hábitos de Consumo de Álcool pelas Figuras Parentais (Pais e Mães) Fornecidos pelos Adolescentes de Ambos os Sexos

A **Tabela 8 (p. 407)** mostra **hábitos de uso e abuso de bebida alcoólica**, tipo, freqüência e quantidade atual de consumo das figuras parentais (pai e mãe) de adolescentes de ambos os sexos, estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e das escolas do Grupo B (rede privada).

Da amostra estudada 967 pais e 993 mães, destes (892) 92,24% pais e (807) 81,27% mães **consomem bebida alcoólica**. Os que não ingerem álcool são **abstêmios** (75) 7,76% pais e (186) 18,73% mães.

Os resultados identificam que a **quantidade** de consumo de 2 a 3 copos (150 a 450 ml) é consumido por 38,23% de pais e 35,68% mães. O consumo de 50 ml a 100 ml – 1 copo/taça – por 28,03% pais e 43,90% mães. Da amostra 24,44% pais e 15,99% mães que consomem de ½ garrafa a uma garrafa/L – 350 a 1000 ml – de bebida alcoólica, e 9,30% pais e 4,34% mães ingerem a quantidade de mais de duas garrafas/litros – 1500 a 2000 ml por semana **(Tabela 8)**.

Quanto à **freqüência de consumo na vida** são 12,22% pais e 3,97% mães que têm hábito de beber diariamente, a seguir são 16,93% pais e 9,17% mães consomem bebida alcoólica 2 a 3 vezes na semana, e bebedores só fins-de-semana são 39,01% pais e 38,29% mães.

A **Tabela 8 (p.407)** mostra a **prevalência de consumo** de álcool (tipo de bebida) em festas, só fins-de-semana, na semana e diário pelas figuras parentais. Os resultados indicam que entre as bebidas fermentadas – a cerveja – ocupa o 1º lugar entre o total de consumidores, 87,67% pais e ocupa 2º lugar 65,18% mães consumidoras, em 2º lugar o vinho, 69,17% pais e em 1º lugar com 66,17% mães, em 3º lugar o champanhe consumido por 42,15% pais e 48,57% mães.

Das bebidas destiladas, **(Tabela 8)** as mais consumidas, seguidas das fermentadas, a **preferência** dos pais ocupa a 4ª posição o whisky com 43,05% pais, em 5ª posição os licores, com 23,54%, em 6ª posição vodka/rum/gim, com 18,05%; em 7ª posição combinado/coquetel com 17,04%; em 8º o vermute/aperitivos, com 16,48% e em 9ª posição a cachaça/pinga, com 13,96% dos pais que fazem uso de bebida alcoólica. Quanto à freqüência com menor consumo pelas mães, em 4ª posição os licores com 27,76%, em 5º o coquetel com 21,69%, em 6º o vermute, aperitivo com 18,84%, em 7º o whisky com 15,99%, em 8º lugar a vodka, rum, gim, com 12,02% e 9º lugar a cachaça, pinga por 5,08% de mães que consomem bebidas alcoólicas.

Segundo a diferença de sexo se observa que as mães (mulheres) preferem as bebidas mais suaves, doces e aromatizadas, especialmente às bebidas de graduação média (26-29º GL), já as destiladas, bebidas mais secas, fortes com maior teor de álcool (40-60º GL) são preferidas e consumidas pelos pais (homens).

Os dados confirmam que o consumo de bebida alcoólica pelos pais é maior do que pelas mães. Nos pais ocorre o maior consumo nos fins-de-semana 39,01%, depois só em festas 31,84%, e consumo na freqüência diária, e dois a três dias na semana 29,15% de pais são bebedores de diferentes tipos de bebidas alcoólicas (**Tabela 8)**.

Já as mães o maior consumo de bebida alcoólica ocorre só em festas 48,57%, nos fins de semana 38,29%, e na freqüência de uso diário e a média de 2 a 3 dias na semana 13,14% de mães.

Analisando a população de figuras parentais separadamente, **(Tabela 8)** nota-se que os pais e as mães dos escolares do Grupo A (rede pública) e os das escolas do Grupo B (rede privada) têm comportamento semelhante enquanto consumidores de bebida alcoólica.

Observa-se que existem diferenças em percentuais quanto preferência por tipo de bebida, a freqüência e quantidade de consumo. Fica evidente que os pais dos estudantes das escolas do Grupo B são maiores consumidores de vinho 77,47%, de whisky 54,25%, de champagne 47,59%, de licores 32,64%, de coquetel 21,84%, de vodka, rum, gim 19,31%, de vermute 17,24% pais e consumo de cachaça 10,11% de pais.

Os pais dos estudantes das escolas do Grupo A têm preferência pelos mesmos tipos de bebida, mas são menores consumidores de vinho 61,27%, de champanhe 36,98%, de whisky 32,39%, de cachaça/pinga 17,51%, de vodka, rum, gim 16,85%, de vermute 15,75%, de licores 14,88%, e consumidores de coquetel 12,47% de pais.

Ao analisar as preferências das mães por tipo de bebida, **(Tabela 8, p. 407)** fica evidente que as dos estudantes das escolas do Grupo B têm comportamento semelhante aos seus esposos, elas são maiores consumidoras de vinho 73,95%, de champanhe 52,85%, de licores 36,97%, de coquetel 26,05%, de whisky 21,09%, de vermute 19,60%, de vodka, rum, gim 14,14% e consomem cachaça – caipirinha – 5,71% de mães.

As mães dos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) têm preferência pelos mesmos tipos de bebidas, mas são menores consumidoras de vinho 58,42%, de champanhe 44,55%, de licores 18,56%, de vermute 18,07%, de coquetel 17,33%, de whisky 10,89%, de vodka, rum, gim 9,90% e consomem cachaça 4,46% de mães. A cerveja é a bebida alcoólica, por excelência, de maior consumo, por 70,79% de mães dos estudantes das escolas do Grupo A se comparadas com o consumo de 59,55% das mães dos estudantes das escolas do Grupo B (rede privada), do total da amostra de consumidores de álcool **(Tabela 8)**.

Ao comparar quanto à **quantidade** de consumo de bebida alcoólica semanal de 1 copo a 3 copos, são consumidos por 73,33% de pais e 83,62% das mães de estudantes das Escolas do Grupo B, e consumidos por 59,52% dos pais e 75,74% das mães de estudantes das escolas do Grupo A, e um consumo de 1 garrafa a mais de duas garrafas de bebida alcoólica, por 28,23% dos pais e 16,09% das mães dos estudantes das escolas do Grupo A, e um consumo de 19,54% dos pais e 9,43% das mães dos estudantes das escolas do Grupo B (**Tabela 8**).

Fica evidente que as figuras parentais dos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) consomem em maior percentual de quantidade de bebida alcoólica, são bebedores compulsivos, já os pais e mães dos estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) são bebedores leves e moderados, consomem menor quantidade de bebida, embora o comportamento da freqüência do hábito seja semelhante em termos de percentuais de pais e mães bebedores de ambos os grupos de escolas A e B.

Outra evidência é a preferência dos tipos de bebidas, os pais e mães dos estudantes das escolas do Grupo B (rede privada), pelo poder econômico e situação social, são mais sofisticados do que os pais dos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública).

Considerando a **idade parental** (pais e mães) do total da amostra, que oscila entre 32 a mais de 72 anos, e destes 88,31% de mães estão na faixa etária entre 36 a 51 anos, e 84,36% de pais estão na faixa dos 40 a 55 anos de idade, que tem o hábito de consumo de bebida alcoólica, sobretudo na juventude, por influência de fatores culturais, considerando que estes pais e mães são predominantemente de origem/etnia italiana, alemã, européia, onde o vinho, e a cerveja fazem parte das refeições. Ainda o que não ultrapassa a duas doses

(cálices) diária são os aperitivos destilados como o whisky, a vodka, o rum, o gim, a cachaça e o coquetel consumidos antes das refeições e os licores e vermutes ingeridos após as refeições. O álcool se constitui na droga mais tolerada e a que se lhe atribui mais qualidades positivas no meio sócio-cultural. A cultura do álcool se transmite através de crenças sociais, onde o adolescente, em sua maioria, reproduz o comportamento das figuras parentais, que internalizam desde a mais tenra idade, antes do 7 anos **(Tabela 8)**. O estudo Antropologia del Alcoholismo en Galicia de Rodríguez López, Salazar Bernard (1995) confirmam estes resultados.

1.9 Hábitos de Consumo de Medicamento e Psicotrópicos pelas Figuras Parentais fornecidos pelos Adolescentes de Ambos os Sexos

A **Tabela 9 (p. 408)** mostra os resultados de **hábitos de consumo de medicamentos e psicotrópicos**, uso com receita médica e uso sem receita "automedicação" pelas figuras parentais (pais e mães) de adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo "A" e os das escolas do Grupo "B".

Da amostra estudada, 967 pais e 993 mães, observou-se que são as mães que consomem mais medicamentos de diferentes grupos, com e sem prescrição médica, quando comparadas com os pais dos adolescentes.

Dos medicamentos psicotrópicos são os neurolépticos, antidepressivos, benzodiazepínicos e ansiolíticos não benzodiazepínicos (21,29% pais; 30.21% mães); os opiáceos e analgésicos opióides/xaropes (25,96%pais; 28,86%mães); as anfetaminas e afins (23,27% pais; 34,74%mães), os mais consumidos. Dos medicamentos não psicofármacos são os analgésicos (30,92%pais; 37,06%mães); xaropes (23,47%pais; 28%mães) os laxantes (13,65%pais; 22,36%mães); os minerais e vitaminas (18,15%pais; 25,33%), os mais consumidos.

O uso com receita médica por ambas as figuras parentais retrata as finalidades específicas.Ao estabelecermos uma comparação de consumo/medicação com prescrição médica e do hábito de automedicação das figuras parentais dos adolescentes estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) estão utilizando em maior percentual do que os pais e mães dos adolescentes pertencentes às escolas do Grupo A (rede pública).

Os resultados comprovam que o consumo de medicamentos em geral e seu enraizamento nos hábitos brasileiros está presente em todas as camadas sociais, bem como do consumo de substâncias psicoativas (ou psicotrópicas), de forma abusiva pela população adulta. Os adolescentes internalizam tal comportamento adicto, sendo os medicamentos uma droga oficial/lícita consumida pelas figuras parentais e, prescrita pelo médico. Tal conduta profissional, inicialmente, para aliviar angústias, estresse, queixas físicas e psíquicas, etc. do paciente e da população. Posteriormente ocorre a automedicação crescente, reforçada pelos balconistas das farmácias/drogarias e estimulada pela propaganda enganosa dos meios de comunicação de massa que reforçam a hipocondria do brasileiro. Este comportamento serve como denúncia e indicador da precariedade do atual sistema de saúde do país.

A ideologia consumista que hoje predomina define as relações sociais e revela as estratégias indutoras que pressionam a população ao consumo exagerado de medicamentos e lhes conferem o poder curativo mágico para qualquer mal. O uso indiscriminado de medicamentos reflete inúmeros fatores, tais como: ausência ou omissão no combate da produção e comercialização de drogas por parte do Estado; a persuasão dos fabricantes

farmacêuticos sobre os atos médicos; alto custo dos serviços médicos para população de baixa renda; baixo nível educacional da população brasileira; alto grau de sugestionabilidade e credulidade da maioria da população, reforçada historicamente a crença que existem soluções e poções mágicas para esquecer as doenças causadas pela fome, pela miséria, pelas frustrações do cotidiano, pela falta de higiene e saneamento básico do sistema de saúde.

Para Bucher (1992)

> *"a atitude do médico ao prescrever drogas reflete, na verdade, uma postura determinada pelas condições mais variadas: econômicas, culturais, educacionais, sociais, políticas, ideológicas (...) outros fatores exercem papel importante no fenômeno, tais como: condições de trabalho, a imagem que o paciente tem do remédio, o tempo de consulta e o padrão da relação médico-paciente, a variedade e qualidade dos medicamentos disponíveis, a influência de outros profissionais ou colegas, o acesso às informações sobre drogas, a formação acadêmica e clínica do médico"* (p. 49).

Nas pesquisas epidemiológicas do Brasil e países desenvolvidos, os medicamentos psicotrópicos representam o grupo terapêutico mais consumido no final de século passado e início deste milênio.

Os benzodiazepínicos, são os mais consumidos. Já outros tranqüilizantes e hipnóticos são em menor escala, como os barbitúricos. As drogas ansiolíticas (calmantes, tranqüilizantes ou sedativos) são consumidas para diminuir a ansiedade, angústia, dormir melhor e escapar ou conseguir enfrentar a pressão social e/ou familiar, o trabalho mecanizado/robotizado das sociedades tecnoeconomicistas com políticas de globalização, grande indutoras de depressão coletiva.

A facilidade de obtenção dos benzodiazepínicos e de sua associação com outras substâncias (álcool), para abrandar os efeitos indesejáveis de estresses, levam os usuários habituais ao uso abusivo, conseqüentemente, desenvolvem uma tolerância, que com o uso prolongado, além da dependência psicológica, instala-se uma dependência física, ou seja, desencadeia-se uma síndrome de abstinência nítida.

Os dados reforçam o que outros pesquisadores, como Soibelman (1986); Wortmann (1994) e Garcia-Mas (1994) encontraram, que são as pessoas idosas e as mulheres os maiores consumidores de medicamentos psicoativos. Na década de oitenta os antidistônicos (diazepan) eram comercializados livremente, o uso abusivo fez com que o Ministério da Saúde o eliminasse, dando lugar aos ansiolíticos com venda sob controle. O uso indiscriminado pelas figuras parentais tanto dos ansiolíticos quanto das anfetaminas vem crescendo atualmente. Os hábitos parentais são referenciais que os filhos assimilam tal comportamento adicto.

As mulheres são as maiores consumidoras das drogas anorexígenas (ou anorexigênicas, ou anoréticas), as popularmente conhecidas como moderadores de apetite, usadas para emagrecer. O problema é que as substâncias anfetamínicas atuam sobre as funções cerebrais que regulam o sono e vigília, fome e saciedade, todas elas dependentes dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos. Elas causam insônia, inapetência e hiperexcitabilidade. A pessoa fica hiperativa, agitada, loquaz e extrovertida, com sensação que elimina a fadiga. O cansaço aparece quando ocorre a metabolização da droga no

organismo, para manter-se hiperreativa a pessoa consome outra dose, embora o organismo esteja exausto (ele) reage além da capacidade normal. Mas com o passar do tempo os usuários dependentes, e/ou toxicômanos, passam associar ansiolíticos com outros sedativos, ou até mesmo neurolépticos para cortar os efeitos colaterais dos moderadores de apetite e vencer a insônia prolongada, provocada pelas drogas. Ainda misturam a estas drogas os laxantes e/ou diuréticos, provocando reações violentas no organismo, alterando o metabolismo do sistema nervoso central, etc.

Os abusos de xaropes (codeinícos) antitussígenos que contém codeína, são usados tanto pelos pais, bem como pelas mães, com prescrição médica e sem indicação, em altíssimo percentual, o mesmo ocorrendo com os analgésicos para dor física e psíquica.

Observa-se que o hábito de consumo de medicamentos em geral e de psicotrópicos inicia dentro da constelação familiar, sendo a droga mais consumida após o álcool e tabaco. No ranking das drogas oficiais ocupa a terceira posição, mas ao somarmos os ansiolíticos, tranqüilizantes, anfetaminas, barbitúricos, anticolinérgicos, anorexígenos e xaropes codeínicos e analgésicos, estes superam o tabaco e os solventes/inalantes mesmo com alto percentual de usuários adolescentes e crianças estudantes da rede de ensino fundamental e médio do setor público e privado do Brasil (Krowczuk,1997; Ramos, 1997).

1.10 Hábitos de uso e abuso de drogas "tóxicos" na vida das figuras parentais fornecidos pelos adolescentes de ambos os sexos

A **Tabela 10 (p. 409)** mostra os **hábitos de uso e abuso de drogas/tóxicos na vida**, o tipo, a freqüência e vias de consumo das figuras parentais (pais e mães) de adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo "A" e os das escolas do Grupo "B".

Da amostra estudada de 967 pais e 993 mães, observa-se que os filhos adolescentes informaram terem conhecimento que foram usuários de drogas na vida (47) 4,86% pais e (28) 2,82% mães. Entre as substâncias de uso ilícito, os tipos mais consumidos pelas figuras parentais, que foram usuários na sua juventude, estão em primeiro lugar a cannabis (maconha) em segundo a cocaína, em terceiro o lança perfume, em quarto lugar, a heroína, LSD e a morfina .

Ao estabelecermos uma comparação entre os grupos, no que diz respeito ao uso de drogas, observa-se que os pais e mães dos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) apresentam maior percentual, mas embora a diferença seja pequena, nota-se que 5,25% de pais e 3,49% de mães dos estudantes pertencentes às escolas do Grupo A e, 4,45% de pais e 2,10% das mães dos adolescentes das escolas do Grupo B (rede privada) que fizeram uso de drogas/tóxicos alguma vez na sua juventude **(Tabela 10)**.

1.11 Atitudes, Reações, Comportamentos, Nível de Informações, Interesse pelo Tema Drogas, demonstrado pelas Figuras Parentais, fornecidos pelos Filhos Adolescentes de Ambos os Sexos

Na análise dos resultados obtidos na **Tabela 11 (p. 410),** do total da amostra estudada 967 pais e 993 mães os dados possibilitam a realização de um diagnóstico psicoeducacional através de leitura das reações e comportamento das figuras parentais diante do tema drogas na

família, manifestado pelos adolescentes escolares das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada).

Os dados **(Tabela 11)** revelam que 88,32% dos pais e 86,71% das mães demonstram para os filhos adolescentes que possuem informações suficientes, e bom nível de conhecimento sobre drogas para estabelecerem diálogo e adotarem atitudes educativas voltadas para prevenção ao uso e abuso. O mesmo ocorre num percentual elevado em relação ao interesse das figuras parentais em manterem-se informados sobre o tema tão preocupante pela sociedade. Observa-se que 50,00% dos pais e mães dialogam algumas vezes de forma esporádica com os filhos sobre o problema das drogas lícitas e ilícitas. Provavelmente o discurso ocorre quando surge o problema na família. Embora manifestem um grau de preocupação, mas falta maior conscientização que é na família que tem responsabilidade e autoridade moral plena para transmitir valores conducentes a um estilo de vida saudável, valorização da vida e não da morte.Este estilo educativo dos pais/mães é de risco ao consumo de drogas.

As **reações** e **atitudes manifestas** pelas **figuras parentais** descritas por adolescentes que fizeram uso na vida, ou são usuários de drogas "lícitas e ilícitas" confirmam os dados que um baixo percentual (pais e mães) dialogam, dão conselhos, fazem interrogatórios, demonstram estarem preocupados, e que são compreensivos. Observa-se que as atitudes como agressão física, castigo/punição, corte de dinheiro, ameaça denúncia à polícia, expulsão da família/casa quando descoberto que o filho adolescente se envolveu com drogas, demonstram o nível de descontrole emocional e de ausência de autoridade parental. Chama atenção o comportamento manifesto dos pais como indignação, raiva, sentimento de culpa, impotência, fraqueza, fraca autoridade diante do filho adicto revelando baixa auto-estima (desestima). E há aqueles que demonstram total indiferença, desafeto, revelando a manifestação de processos defensivos, a negação da realidade diante do filho que está pedindo ajuda, os pais reagem desta maneira ao invés de afastá-lo da droga contribuem para que o filho permaneça atrelado a esta. Observa-se um percentual muito baixo de figuras parentais que buscam ajuda em serviços especializados, são apenas 2,69% de pais e 2,72% de mães. Este dado revela que acreditam que só dialogar, dar conselhos resolve, consideram-se auto-suficientes, ou na maioria dos casos, sentem vergonha e não querem tomar consciência que a estrutura familiar está desintegrada, fragmentada e necessita de ajuda terapêutica para restabelecer os canais de comunicação e a saúde mental de seus membros. A rigidez nas estruturas familiares é um estilo educativo de conduta de risco em relação ao consumo de drogas, dificulta o processo de dessimbiotização e a aquisição da identidade pessoal do adolescente (Orte,1994; GID,1995; Krowczuk,1997)

Observa-se **(Tabela 11 p. 410)** que mais de 50,00% das figuras parentais manifestam atitudes comportamentais de muita preocupação quando os adolescentes apresentam problemas biofisicoemocionais, mas um baixo percentual de pais reage e procura investigar o que está ocorrendo realmente com o filho através de auxílio médico ou psicológico procuram resolutividade diante do problema detectado.

As figuras parentais de estudantes das escolas de Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada) em menores percentuais apresentam manifestações reativas, tais como sentimento de culpa, angústia, nervosismo, descontrole emocional, insegurança, não sabem tomar decisões e apresentam comportamento de indiferença, despreocupados com os problemas do adolescente, segundo a sua percepção e sentimento.

1.12 Fontes de Informações e Aquisição de Conhecimentos Sobre o Tema Drogas Utilizados pelas Figuras Parentais Fornecidos pelos Adolescentes de Ambos os Sexos

A **Tabela 12 (p. 411)** mostra quais as **fontes de informações e aquisição de conhecimentos** e que serviços são norteadores de abordagens educativas sobre o tema drogas/tóxicos mais utilizados pelas figuras parentais (pais e mães) de adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os das escolas do Grupo B.

Os resultados da **Tabela 12** confirmam que as figuras parentais se utilizam de todas as formas e meios de comunicação, bem como dos serviços norteadores de abordagens educativa para dialogarem com seus filhos sobre drogas, um tema tão preocupante no atual contexto da juventude, não só dos pais mas de toda a sociedade..

Observa-se que as figuras parentais dos adolescentes das escolas do Grupo B (rede privada) buscam mais informações através da televisão e leituras, podendo tal hábito e interesse estar relacionado com o nível educacional, cultural e poder econômico e condição social que ocupam na sociedade quando comparados com a situação econômica, social e educacional das figuras parentais dos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública).

1.13 Valores, Atitudes e Tipo de Relacionamento Demonstrado Pelas Figuras Parentais Fornecidos pelos Filhos Adolescentes de Ambos os Sexos

A **Tabela 13 (p. 412)** mostra quais são os **Valores, Atitudes e Tipo de Relacionamento** demonstrado pelas **figuras parentais** (pais e mães) para **com a escola** (direção e professores) manifestados pelos filhos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os das escolas do Grupo B (rede privada).

Na análise dos resultados obtidos do total da amostra das figuras parentais (967 pais e 993 mães) os dados possibilitam **conhecer** o grau de importância atribuída aos **valores** (estético/intelectuais, morais, sociais, psicobiológicos) através das atitudes e comportamentos manifestos diante das questões didático-pedagógicas, ambientes escolar (físico e segurança); as condutas psicopatológicas e desempenho/ aproveitamento escolar do filho adolescente; as relações interpessoais e envolvimento da família nos Programas de Saúde Escolar e Prevenção a uso e abuso de drogas promovidos pela direção/professores das escolas do Grupo A (rede pública) e os das escolas do Grupo B (rede privada).

Os adolescentes destacam **(Tabela 13)** que entre a autoridade parental são **as mães** que demonstram maior envolvimento com tudo que diz respeito ao seu desenvolvimento bio-psico-sócio-cultural-educacional quando comparados aos valores, atitudes e comportamentos manifestados pelos pais.

Ao analisarmos separadamente as atitudes das figuras parentais dos adolescentes das escolas do Grupo A com os do Grupo B, observa-se **(Tabela 13)** que manifestam em maior percentual que a **família deve participar de Programas de Prevenção as Drogas na escola** 50,30% de pais e 56,59% das mães dos adolescentes escolares do Grupo A, quando comparados com 43,22% dos pais e 48,00% das mães dos adolescentes das escolas do Grupo B. Quanto ao **processo de comunicação**, a participação espontânea e deslocamento das figuras parentais até a escola para reuniões que tratem de interesse da família junto à direção e

corpo docente da escola, observa-se que são as figuras parentais dos escolares do Grupo B que demonstram valores e interesse voltados, primeiro, para o desempenho/ aproveitamento escolar do adolescente 40,89% dos pais e 43,61% das mães; segundo, melhoria da qualidade de ensino; terceiro, melhoria das condições físicas e segurança dos filhos; quarto, delinqüência juvenil e consumo de drogas pelos estudantes e, quinto, a participação da Família em Programa de Saúde Escolar .

Quanto à **qualidade do relacionamento e das atitudes das figuras parentais** dos adolescentes de escolas do Grupo B (rede privada) com os professores e direção, observa-se que estabelecem boa a excelente relação 54,02% de pais e 57,65% de mães; péssima a regular 26,27% de pais de 25,36% de mães. Quando comparados com as figuras parentais dos adolescentes do Grupo A (rede pública), 35,96% de pais e 41,28% de mães estabelecem uma boa a excelente relação; e, 25,66% de pais e 27,52% de mães a relação é péssima a regular; e, não existe nenhuma relação da parte de 37,58% de pais e 27,33% das mães com professores e direção da escola.

Em relação às **atitudes para com a direção e corpo docente da escola** observa-se **(Tabela 13, p. 412)** que são as figuras parentais dos adolescentes do Grupo B que demonstram muito interesse, procuram espontaneamente e atendem a convocações para reuniões na escola 48,73% de pais e 48,64% de mães.

Os resultados revelam que tanto as mães de adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) quanto às do Grupo B (rede privada) tem atitudes, comportamentos e valores semelhantes, apresentando maior percentual no grau de envolvimento quando comparado este aos pais de escolares de ambos os sexos e dos dois grupos de escolas.

O comportamento parental dos adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) revela uma maior preocupação com questões relacionadas a condições do ambiente escolar, em especial segurança dos filhos, a área física, condições sanitárias adequadas para processo ensino-aprendizagem-socialização e com problema do agir e da atuação das condutas psicopatológicas como delinqüência juvenil, violência, consumo e tráfico de drogas dentro do ambiente escolar e nas imediações, quando comparados aos dos pais e mães dos estudantes das escolas do Grupo B (rede privada).

Observa-se que o tipo de relação que as figuras parentais dos escolares do Grupo B (rede privada) mantêm com direção e corpo docente da escola é de maior envolvimento, interesse e exigência de atitudes não só voltadas às questões didático-pedagógicas, mas também o papel da escola na complementação da educação iniciada na família, quando comparados às figuras parentais dos adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública).

Chama a atenção o grau de desinteresse demonstrado por 61,01% de pais e 44,96% de mães de adolescentes das escolas do Grupo A pelas questões didático-pedagógicas como também do papel da escola para conscientização e formação da cidadania.

Observa-se o percentual inexpressivo de pais e mães que apóiam a direção e professores, quando estes procuram estabelecer limites, elucidar e transmitir valores (psicobiológicos, morais, sociais, estético-intelectuais e transcendentes) voltados adoção de um estilo de vida saudável de valorização da vida e, não de comportamentos e atitudes autodestrutivas de consumo de drogas.

À escola é atribuído o papel de facilitar o processo de diferenciação e individualização da criança, do adolescente na vida social fora do âmbito doméstico da família. A família deve oferecer ao estudante uma fonte ética para a vida em sociedade, transmitir valores humanos, contribuir para construção de uma auto-estima positiva que norteará um estilo próprio de vida no campo afetivo, intelectual, valorativo, comportamental social e relacional. A auto-estima compreende-se como um recurso para enfrentar os desafios da vida cotidiana e ao mesmo tempo considera-se um antídoto eficaz contra as dependências.

À escola compete ensinar, ao adolescente, no transcurso de seu processo de aprendizagem, transmitir valores e auxiliar a utilizar ferramentas, recursos próprios que possam lhe fazer frente às exigências competitivas do mundo na luta pela sobrevivência.

Á escola é o ambiente sócio educativo onde a criança interage ao longo de seu desenvolvimento de vida, até a etapa da adolescência, estando vulnerável aos fatores determinantes de risco presentes no contexto microssocial (a família, escola e grupo de iguais/ amigos/ companheiros) e no contexto macrossocial (amplo ambiente) emissor de estímulos, valores sócioculturais dominantes, gerador de estilos de vida suscetível de criar uma percepção e uma valorização positiva ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Além da função educativa considera-se o ambiente escolar adequado para desenvolver atitudes preventivas ao consumo precose de drogas. Compete aos professores estar atentos e identificarem precocemente aquelas crianças e adolescentes que manifestam comportamentos, atitudes de risco de consumo de drogas, seja por carências relacionadas à saúde, e determinados transtornos/dificuldades escolares como: absenteísmo escolar, desmotivação e ausência de expectativas educacional, baixo rendimento escolar, reprovações, insatisfação manifesta com atitude do professor/escola (rigidez, abordagens inadequadas, insensibilidade), fracasso escolar, agressividade, violência, conduta antisocial, autoexclusão social e escolar (Orte, 1994; Vega, 1994; GID,1995; Krowczuk, 1995, 1997; Knobel, 1997, 2000).

Os docentes devem refletir que são modelos de identificação para com as crianças e adolescentes, desempenham função importante como as figuras parentais. Nas relações interpessoais se estabelecem um canal de comunicação verbal e corporal, sendo transmitido constantemente valores, hábitos, atitudes, normas de comportamento, crenças revelando estilo de vida próprio do professor favorável ao consumo de drogas , ou desfavorável. O clima escolar impregnado de determinados valores como o individualismo, a competitividade e ausência de solidariedade, desigualdade de oportunidades em função de capacidades e esforços individuais, contribuem com os valores da sociedade que sustentam especificamente o consumo de drogas na préadolescencia e adolescência (Krowczuk,1995,1997; GID,1995; Moradillo,1994; Vega,1994; Elzo et al,1992).

Vasconcellos (1997) ao discorrer sobre violência e educação, destaca que a violência manifesta pela criança e o adolescente contra o meio ambiente, também revelam a violência da sociedade, da escola e da família para com estes.

TABELA 1 - IDENTIFICAÇÃO PESSOAL DOS PAIS SEGUNDO A IDADE, ESCOLARIDADE, TRABALHO E REMUNERAÇÃO MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Pai/Mãe	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B					
	n		%		n		%		n		%	
Dados dos Pais	**P**	**M**	**P**	**M**	**P**	**M**	**P**	**M**	**P**	**M**	**P**	**M**
Idade:												
• 32 - 35 anos	6	33	1,21	6,40	4	9	0,85	1,89	10	42	1,03	4,23
• 36 - 39 anos	40	83	8,08	16,09	16	63	3,39	13,21	56	146	5,73	14,70
• 40 - 43 anos	124	152	25,05	29,46	88	138	18,64	28,93	212	290	21,85	29,20
• 44 - 47 anos	125	131	25,25	25,39	149	148	31,57	31,03	274	279	28,41	28,10
• 48 - 51 anos	114	79	23,03	15,39	120	83	25,42	17,40	234	162	24,23	16,31
• 52 - 55 anos	37	18	7,47	3,49	57	30	12,08	6,29	94	48	9,77	4,84
• 56 - 59 anos	23	18	4,66	3,49	27	5	5,72	1,05	50	23	5,19	2,32
• 60 - 63 anos	11	1	2,22	0,19	7	1	1,48	0,20	18	2	1,85	0,20
• 64 - 67 anos	9		1,82		3		0,64		12		1,23	
• 68 - 71 anos	5	1	1,01	0,19	1		0,21		6	1	0,61	0,10
• > 72 anos	1		0,20						1		0,10	
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00
Escolaridade:												
• 1º grau completo	74	65	14,12	12,40	14	15	2,94	3,14	88	80	8,81	7,98
• 2º grau completo	132	110	25,19	20,99	46	76	9,66	15,90	178	186	17,82	18,56
• 3º grau completo	160	144	30,53	27,48	373	322	78,36	67,36	533	466	53,36	46,51
• 1º grau incompleto	97	121	18,51	23,10	7	13	1,48	2,72	104	134	10,41	13,37
• 2º grau incompleto	34	44	6,49	8,40	10	17	2,10	3,56	44	61	4,40	5,57
• 3º grau incompleto	23	35	4,39	6,68	26	35	5,46	7,32	49	70	4,90	6,58
• Analfabeto	3	5	0,57	0,95					3	5	0,30	0,46
Total	523	524	100,00	100,00	476	478	100,00	100,00	999	1002	100,00	100,00
Situação funcional:												
• Empregado	260	221	52,53	42,83	263	200	55,72	41,93	523	421	54,08	42,39
• Autônomo	165	112	33,33	21,71	168	133	35,60	27,88	333	245	34,44	24,67
• Aposentado	59	46	11,92	8,91	39	49	8,26	10,27	98	95	10,14	9,57
• Desempregado	11	7	2,22	1,36	2	11	0,42	2,31	13	18	1,34	1,82
• Do lar		130		25,19		84		17,61		214		21,55
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00
Renda Familiar:												
• Menos (<)1 salário mínimo	4	4	0,81	0,78					4	4	0,41	0,40
• 1 salário mínimo	6	6	1,21	1,16					6	6	0,62	0,60
• 1 a 3 salários mínimos	29	49	5,86	9,50	2	2	0,42	0,42	31	51	3,21	5,14
• 3 a 7 salários mínimos	109	112	22,02	21,70	14	14	2,97	2,93	123	126	12,72	12,69
• 7 a 10 salários mínimos	128	126	25,86	24,42	39	39	8,26	8,18	167	165	17,27	16,62
• Mais (>) 10 sal. Mínimos	219	219	44,24	42,44	417	422	88,35	88,47	636	641	65,77	64,55
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DA HABITAÇÃO E PATRIMÔNIO DA FAMÍLIA DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/ Sexo / Habitação da Família do Estudante	ESCOLAS A n		ESCOLAS A %		ESCOLAS B n		ESCOLAS B %		TOTAL n		TOTAL %	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Tipo de Residência:												
• Apartamento	87	99	40,28	32,14	146	136	59,35	58,12	233	235	50,43	43,36
• Casa	127	206	58,80	66,88	100	98	40,65	41,88	227	304	49,14	56,09
• Cômodos/peças	2	3	0,92	0,98					2	3	0,43	0,55
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Situação do Imóvel:												
• Proprietário	184	267	85,19	86,69	235	218	95,53	93,16	419	485	90,69	89,48
• Alugado	29	38	13,42	12,34	11	15	4,47	6,41	40	53	8,66	9,78
• Do Trabalho	3	3	1,39	0,97		1		0,43	3	4	0,65	0,74
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Habitação têm:												
• Luz Elétrica	214	308	99,07	100,00	246	234	100,00	100,00	460	542	99,57	100,00
• Água Encanada	208	298	96,30	96,75	246	233	100,00	99,57	454	531	98,27	97,97
• Água de Poço	28	35	12,96	11,36	18	20	7,32	8,55	46	55	9,96	10,15
• Rede de Esgoto	206	291	95,37	94,48	244	225	99,19	96,15	450	516	97,40	95,20
• Coleta de Lixo	208	294	96,30	95,45	241	233	97,97	99,57	449	527	97,19	97,23
Total												
Condições da Rua Imóvel:												
• Asfaltada	120	153	53,57	47,66	116	118	45,31	50,43	236	271	49,17	48,83
• Calçada	88	122	39,29	38,01	137	113	53,52	48,29	225	235	46,88	42,34
• Terra	16	46	7,14	14,33	3	3	1,17	1,28	19	49	3,95	8,83
Total	224	321	100,00	100,00	256	234	100,00	100,00	480	555	100,00	100,00
Patrimônio/Bens da Família:												
• Casa própria	184	267	85,19	86,69	235	218	95,53	93,16	419	485	90,69	89,48
• Casa veraneio	82	96	40,74	31,17	141	140	57,32	59,83	223	236	48,27	43,54
• Sítio/Chácara	36	35	16,67	11,36	64	60	26,02	25,64	100	95	21,65	17,53
• Automóvel	166	206	76,85	66,88	243	226	98,78	96,58	409	432	88,53	79,70
• Barco/Lancha	19	17	8,80	5,52	26	14	10,57	5,98	45	31	9,74	5,72
• Telefone	163	181	75,46	58,77	238	225	96,75	96,15	401	406	86,80	74,91
• Aparelho de som	210	297	97,22	96,43	245	234	99,59	100,00	455	531	98,48	97,97
• Televisão	214	307	99,07	99,68	246	234	100,00	100,00	460	541	99,57	99,82
• Vídeo	189	267	87,50	86,69	243	232	98,78	99,15	432	499	93,51	92,07
• Rádio	211	305	97,69	99,03	244	234	99,19	100,00	455	539	98,48	99,45
• Computador	82	89	37,96	28,90	192	176	78,05	75,21	274	265	59,31	48,89
• Caminhão / Reboque / Trailler	2		0,93		3		1,22		5		1,08	
• Motocicleta / Bicicleta	3	2	1,39	0,65	1		0,41		4	2	0,87	0,37
• Imóveis, casa, apto.	7	9	3,24	2,92	11	13	4,47	5,56	18	22	3,90	4,06
• Terrenos	1	10	0,46	3,25					1	10	0,22	1,85
• Casa comércio	2	1	0,93	0,32					2	1	0,43	0,18
• Madeireira						1		0,43		1		0,18
• Clínica de Saúde						1		0,43		1		0,18
• Telefone celular	3	1	1,39	0,32	11	6	4,47	2,56	14	7	3,03	1,29
• Fax, Secretária Eletrônica	2	2	0,93	0,65	20	21	8,13	8,97	22	23	4,76	4,24
• Piano						1		0,43		1		0,18
• Cavalo	8	8	3,70	2,60					8	8	1,73	1,48
• Salão, Loja. Clínica					11	6	4,47	2,56	11	6	2,38	1,11

TABELA 3 - LOCALIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA DA FAMÍLIA, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGURANÇA PÚBLICA E LAZER DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Transp./Saúde/Seg. Públ./Lazer Família do Estudante	ESCOLAS A n		A %		B n		B %		TOTAL n		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M 462	F 542	M	F
Transporte:												
• Ônibus	209	303	96,76	98,38	246	231	100,00	98,72	455	534	98,48	98,52
• Trensurb	11	20	5,10	6,49	6	8	2,44	3,42	17	28	3,68	5,17
• Lotação	146	181	67,60	58,77	214	201	86,99	85,90	360	328	77,92	70,48
• Táxi	142	188	65,74	61,04	198	202	80,49	86,32	340	390	73,59	71,96
Serviço Saúde:												
• Posto de Saúde	144	236	66,67	76,62	123	92	50,00	39,32	267	328	57,79	60,52
• Hospital	86	105	39,81	34,10	140	150	56,91	64,10	226	255	48,92	47,05
• Pronto Socorro	66	60	30,55	19,48	80	89	32,52	38,03	146	149	31,60	27,49
Serv. Segurança Pública:												
• Delegacia	143	187	66,20	60,72	186	136	73,52	58,12	329	323	71,21	59,59
• Bombeiros	42	65	19,45	21,10	67	68	26,48	29,06	109	133	23,59	24,54
Serv. de Saúde Utilizados:												
• Público	114	180	45,06	56,25	32	59	12,45	23,23	146	239	31,60	44,10
• Privado	139	140	54,94	43,75	225	195	87,55	76,77	364	335	78,79	61,81
Lazer/Ócio:												
• Parques	115	183	53,24	59,42	146	173	59,35	73,93	261	356	56,49	65,68
• Quadras Esporte	141	133	65,28	43,18	165	101	67,07	43,16	306	234	66,23	43,17
• Clubes Culturais	67	127	31,02	41,23	75	104	30,49	44,44	142	231	30,74	42,62

TABELA 4 - ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO FAMILIAR SEGUNDO TIPO DE UNIÃO, IDADE, SEPARAÇÃO, VÍNCULO AFETIVO DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Situação Familiar dos Adolescentes Estudantes	ESCOLAS A n		ESCOLAS A %		ESCOLAS B n		ESCOLAS B %		TOTAL n		TOTAL %	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Pais vivem:												
• Juntos	151	221	69,71	71,75	197	174	80,08	73,36	348	395	75,32	72,88
• Separados/divorciados	60	72	27,78	23,38	44	52	17,89	22,22	104	124	22,51	22,88
• Mesma casa mas separados		1		0,32	1	1	0,41	0,43	1	2	0,22	0,37
• Outros, só, viúvo(a)		14	2,31	4,55	4	7	1,62	2,99	9	21	1,95	3,87
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Falecidos:												
• Pai	10	23	4,63	7,47	4	8	1,63	3,42	14	31	3,03	5,72
• Mãe	2	7	0,93	2,27	2	3	0,81	1,28	4	10	0,87	1,84
Total	12	30	5,56	9,74	6	11	2,44	4,70	18	41	3,90	7,56
Atualmente tenho:												
• Padrasto	17	29	7,87	9,42	6	11	2,44	4,70	23	40	4,98	7,38
• Madrasta	15	21	6,94	6,81	8	12	3,25	5,13	23	33	4,98	6,09
Total	32	50	14,81	16,23	14	23	5,69	9,83	46	73	9,96	13,47
Idade quando da separação:												
• 0 - 3 anos	18	18	28,57	20,45	7	13	14,58	21,67	25	31	22,52	20,95
• 4 - 7 anos	13	24	20,63	27,27	12	18	25,00	30,00	25	42	22,52	28,38
• 8 – 11 anos	18	27	28,57	30,68	15	14	31,25	23,33	33	41	29,74	27,70
• 12- 15 anos	13	16	20,63	18,18	12	14	25,00	23,33	25	30	22,52	20,27
• 16- 19 anos	1	3	1,60	3,42	2	1	4,17	1,67	3	4	2,70	2,70
Total	63	88	100,00	100,00	48	60	100,00	100,00	111	148	100,00	100,00
Foi criado por:												
• Mãe	46	71	73,02	80,68	37	42	77,08	70,00	83	113	74,78	76,35
• Pai	4	6	6,36	6,81	3	3	6,25	5,00	7	9	6,31	6,08
• Avós	7	6	11,11	6,81	1	1	2,08	1,67	8	7	7,21	4,73
• Pai + Mãe	2	1	3,17	1,14	4	9	8,33	15,00	6	10	5,40	6,76
• Familiares (mãe, avó, tia)		1	3,17	1,14	3	5	6,26	8,33	5	6	4,50	4,05
• FEBEN, instituição		1		1,14						1		0,68
• Padrasto + mãe / madrasta + pai	2	2	3,17	2,28					2	2	1,80	1,35
Total	63	88	100,00	100,00	48	60	100,00	100,00	111	148	100,00	100,00
Sabes ser filho adotado:												
• Sim	7	2	3,24	0,65		3		1,28	7	5	1,52	0,92
• Não	209	306	96,76	99,35	246	231	100,00	98,72	455	537	98,48	99,08
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00

TABELA 4_A - ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO FAMILIAR ATUAL, SEGUNDO CONVIVÊNCIA, NÚMERO DE IRMÃOS E POSIÇÃO DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Estrutura e Composição Familiar dos Adolescentes Estudantes	ESCOLAS								TOTAL			
	A n		A %		B N		B %		n		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Reside atualmente com:												
• Os pais	15	9	6,99	2,92	6	3	2,44	1,28	21	12	4,55	2,21
• Os pais e irmãos	133	216	61,57	70,13	198	169	80,48	72,22	331	385	71,65	71,03
• Só com a mãe	40	48	18,53	15,58	21	30	8,54	12,82	61	78	13,20	14,39
• Só com o pai	3	4	1,39	1,30	7	2	2,85	0,85	10	6	2,16	1,11
• Parentes	11	11	5,09	3,57	2	11	0,81	4,70	13	22	2,81	4,06
• Amigos	2	3	0,93	0,97		1		0,43	2	4	0,43	0,74
• Namorado	4	5	1,85	1,62	1	1	0,41	0,43	5	6	1,08	1,11
• Sozinho, esposo(a)		3	0,46	0,97	3	1	1,22	0,43	4	4	0,87	0,74
• Irmãos, tios + avós		1		0,33		1		0,43		2		0,37
• Mãe e irmãos	3	6	1,39	1,95	3	9	1,22	3,85	6	15	1,30	2,77
• Irmãos, mãe + padrasto	3	1	1,39	0,33	2	4	0,81	1,71	5	5	1,08	0,92
• Pai + madrasta	1	1	0,46	0,33	3	2	1,22	0,85	4	3	0,87	0,55
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Posição na família de:												
• Filho único	25	28	11,57	9,10	16	18	6,50	7,69	41	46	8,87	8,49
• 1º filho	96	104	44,44	33,76	92	80	37,40	34,19	188	184	40,70	33,95
• 2º filho	52	108	24,07	35,05	86	85	34,96	36,32	138	193	29,87	35,60
• 3º filho	22	34	10,19	11,04	35	41	14,23	17,52	57	75	12,34	13,84
• 4º filho	12	20	5,56	6,50	12	9	4,88	3,85	24	29	5,19	5,35
• 5º filho	3	10	1,39	3,25	3	1	1,22	0,43	6	11	1,30	2,03
• 6º/7º filho		4	2,78	1,30	2		0,81		8	4	1,73	0,74
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Número de irmãos:												
• Nenhum	25	28	11,57	9,10	16	18	6,50	7,69	41	46	8,87	8,49
• Um	99	117	45,83	37,98	112	93	45,53	39,74	211	210	45,67	38,75
• Dois	51	88	23,62	28,57	90	91	36,59	38,89	141	179	30,52	33,03
• Três	21	48	9,72	15,58	19	27	7,72	11,54	40	75	8,66	13,84
• Quatro	10	14	4,63	4,55	7	5	2,85	2,14	17	19	3,68	3,50
• Cinco	6	7	2,78	2,27	2		0,81		8	7	1,73	1,29
• Seis/sete/oito		6	1,85	1,95					4	6	0,87	1,10
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00

TABELA 5 - ESTILO DE VIDA, VALORES, ATITUDES E HÁBITOS DE PAIS MANIFESTADOS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Valores/Atitudes/ Hábitos de Pais de Adolesc. Estudantes	ESCOLAS								TOTAL			
	A n		A %		B n		B %		n		%	
	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M
Hábitos:												
• Exercício/Ginástica	109	135	22,02	26,16	194	212	41,10	44,44	303	347	31,33	34,94
• Praticar Esportes	157	77	31,72	14,92	197	135	41,74	28,30	354	212	36,61	21,35
• Passeios, viagens	342	372	69,09	72,09	393	387	83,26	81,13	717	759	74,15	76,44
• Cultivo de plantas	126	337	25,45	65,31	141	304	29,87	63,73	267	430	27,61	43,30
• Criação animais/pássaros	231	227	46,67	43,99	212	199	44,92	41,72	443	426	45,81	42,90
• Assistir TV, Vídeo	423	464	85,45	89,92	431	439	91,31	92,03	854	903	88,31	90,94
• Ouvir música	358	398	72,32	77,13	344	337	72,88	70,65	702	735	72,60	74,02
• Leitura/livros/jornais/rev.	366	402	73,94	77,91	428	435	90,68	91,19	794	837	82,11	84,29
• Ir ao cinema	127	189	25,66	36,63	246	290	52,12	60,80	373	479	38,57	48,24
• Ir ao teatro	52	87	10,51	16,86	168	140	35,59	29,35	192	266	19,86	26,79
• Ir ao shopping	197	304	39,80	58,91	243	373	51,48	78,20	440	677	45,50	68,18
• Jogar carta	174	173	35,15	33,53	173	201	36,65	42,14	347	374	35,88	37,66
• Comemorar aniversário	408	452	82,42	87,60	386	378	81,78	79,25	794	830	82,11	83,59
• Comem. Natal/Ano Novo	460	491	92,93	95,16	446	458	94,49	96,02	906	949	93,69	95,57
• Reunir amigos/vizinhos	243	274	49,09	53,10	290	309	61,44	64,78	533	583	55,12	58,71
• Reunir só familiar/parent.	297	336	60,00	65,12	301	306	63,77	64,15	598	642	61,84	64,65
Frequëntar:												
• Clube social	116	119	23,43	23,06	183	170	38,77	35,64	299	289	30,92	28,60
• Associação Comunitária	65	76	13,13	14,73	53	63	11,23	13,21	118	139	12,20	14,00
• Igreja/Religião	153	241	30,91	46,71	137	206	29,02	43,19	290	447	29,99	45,02
Freqüência dos hábitos:												
• Diária	106	113	21,41	21,90	82	90	17,37	18,87	188	203	19,44	20,44
• Três vezes p/semana	50	63	10,10	12,21	89	101	18,86	21,17	139	164	14,37	16,52
• Final de semana	265	274	53,53	53,10	249	222	52,75	46,54	514	496	53,15	49,95
• Uma vez por mês	41	53	8,28	10,27	35	33	7,42	6,92	76	86	7,86	8,66
• Uma vez por ano	31	36	6,26	6,98	5	3	1,06	0,63	36	39	3,72	3,93
• Só férias	47	50	9,49	9,69	22	20	4,66	4,19	69	70	7,14	7,05
Motivos de não praticar:												
• Não gostam	180	177	36,36	34,30	215	202	45,55	42,35	395	379	40,85	38,17
• Não tem tempo	228	229	46,06	44,38	207	212	43,86	44,44	435	441	44,98	44,41
• Não tem dinheiro	84	93	16,97	18,02	32	41	6,78	8,60	116	134	12,00	13,49
• Não tem saúde	14	29	2,83	2,71	7	13	1,48	2,73	21	42	2,17	4,23
• Vivem separados	20	17	4,04	3,29					20	17	2,07	1,71
• Desmotivação e falta de locais de diversão em cidades do interior					34	31	7,20	6,50	34	31	3,52	3,12

TABELA 6 - CRENÇA, RELIGIÃO/PRATICAS DE PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Crença/Religião / Pratica de Pais Adolesc. Estudantes	ESCOLAS A n		ESCOLAS A %		ESCOLAS B n		ESCOLAS B %		TOTAL n		TOTAL %	
	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M
Praticam:												
• Católica	324	324	65,46	62,79	311	311	65,89	65,20	635	635	65,67	63,95
• Evangélica	14	14	2,83	2,71	10	14	2,12	2,94	24	28	2,48	2,82
• Budismo	3	4	0,61	0,78					3	4	0,31	0,40
• Espírita	42	51	8,48	9,88	24	36	5,08	7,55	66	87	6,83	8,76
• Metodista	1	1	0,20	0,19	6	6	1,27	1,25	7	7	0,72	0,70
• Luterana	7	7	1,41	1,36	9	6	1,91	1,25	16	13	1,65	1,32
• Adventista	5	3	1,01	0,58					5	3	0,52	0,30
• Protestante	3	3	0,61	0,58	7	9	1,48	1,89	10	12	1,03	1,21
• Test. Jeová	2	2	0,40	0,39					2	2	0,21	0,20
• Batista	3	5	0,61	0,97					3	5	0,31	0,50
• Africana/Umbanda	15	16	3,03	3,10	4	2	0,85	0,42	19	18	1,96	1,81
• Sheicho-no-ie		3	0,61	0,58		1		0,21	3	4	0,31	0,40
• Ortodoxa						1		0,21		1		0,10
• Muçulmana/Maometista	2	1	0,40	0,19					2	1	0,21	0,10
• CiênciaCristã	4	5	0,81	0,97	5	5	1,06	1,05	9	10	0,93	1,01
• Judaismo					6	4	1,27	0,84	6	4	0,62	0,40
Total	428	439	86,46	85,08	382	395	80,93	82,81	810	834	83,76	83,98
Não Praticam:												
• Católica	41	39	8,28	7,56	45	45	9,53	9,43	86	84	8,89	8,46
• Evangélica					2	1	0,43	0,21	2	1	0,21	0,10
• Espírita	2	1	0,40	0,19	1		0,21		3	1	0,31	0,10
• Adventista		1		0,19						1		0,10
• Protestante					2	2	0,43	0,42	2	2	0,21	0,20
0 Total	43	41	8,68	7,94	50	48	10,60	10,06	93	89	9,62	8,96
1 Ateu / não tem crença	24	36	4,86	6,98	40	34	8,47	7,13	64	70	6,62	7,06
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00

TABELA 7 - HÁBITOS DE CONSUMO DE TABACO SEGUNDO O TIPO, FREQÜÊNCIA E QUANTIDADE, DOS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Tabaco/Fumo / Hábito Consumo de Pais	ESCOLAS A n		ESCOLAS A %		ESCOLAS B n		ESCOLAS B %		TOTAL n		TOTAL %	
	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M
Fuma atualmente:												
• Sim	223	168	45,05	32,56	136	132	28,81	27,67	359	300	37,13	30,21
• Não	272	348	54,95	67,44	336	345	71,19	72,33	608	693	62,87	69,79
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00
Tipo:												
• Cigarro	289	250	89,20	97,66	207	193	90,79	98,47	496	443	89,85	98,01
• Charuto	11	1	3,39	0,39	7	1	3,07	0,51	18	2	3,26	0,44
• Cigarrete	8	4	2,47	1,56	7	2	3,07	1,02	15	6	2,72	1,33
• Cachimbo	16	1	4,94	0,39	7		3,07		23	1	4,17	0,22
Total	324	256	100,00	100,00	228	196	100,00	100,00	552	452	100,00	100,00
Freqüência:												
• Diária	194	126	39,19	24,42	105	103	22,25	21,59	299	229	30,92	23,06
• Ocasionalmente	29	42	5,86	8,14	31	29	6,57	6,08	60	71	6,20	7,15
• Ex-fumante	101	88	20,40	27,05	92	64	19,49	13,42	193	152	19,96	15,31
• Nunca fumou	171	260	34,55	50,39	244	281	51,69	58,91	415	541	42,92	54,48
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00
Quantidade:												
• Menos (<) de 5 cigarros	42	55	18,83	32,74	44	47	32,35	35,61	86	102	23,96	34,00
• De 5 a 9 cigarros	50	39	22,42	23,21	33	29	24,26	21,97	83	68	23,11	22,67
• De 10 a 20 cigarros	77	58	34,53	34,53	35	39	25,74	29,54	112	97	31,20	32,33
• Mais (>) de 21 cigarros	54	16	24,22	9,52	24	17	17,65	12,88	78	33	21,73	11,00
Total	223	168	100,00	100,00	136	132	100,00	100,00	359	300	100,00	100,00

TABELA 8 - HÁBITOS DE USO E ABUSO DE BEBIDA ALCOÓLICA SEGUNDO O TIPO, FREQÜÊNCIA, QUANTIDADE DE CONSUMO DOS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Bebidas Alcoólicas / Hábito/Consumo de Pais	ESCOLAS A n		ESCOLAS A %		ESCOLAS B n		ESCOLAS B %		TOTAL n		TOTAL %	
	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M
Consumo:												
• Sim	457	404	92,32	78,29	435	403	92,16	84,49	892	807	92,24	81,27
• Não	38	112	7,68	21,71	37	74	7,84	15,51	75	186	7,76	18,73
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00
Tipo:												
• Cerveja	398	286	87,09	70,79	384	240	88,28	59,55	782	526	87,67	65,18
• Vinho	280	236	61,27	58,42	337	298	77,47	73,95	617	534	69,17	66,17
• Licores	68	75	14,88	18,56	142	149	32,64	36,97	210	224	23,54	27,76
• Whisky	148	44	32,39	10,89	236	85	54,25	21,09	384	129	43,05	15,99
• Vodka/rum/gim	77	40	16,85	9,90	84	57	19,31	14,14	161	97	18,05	12,02
• Cachaça/pinga	80	18	17,51	4,46	44	23	10,11	5,71	124	41	13,90	5,08
• Vermute/aperitivos	72	73	15,75	18,07	75	79	17,24	19,60	147	152	16,48	18,84
• Champanha	169	180	36,98	44,55	207	213	47,59	52,85	376	392	42,15	48,57
• Coquetel	57	70	12,47	17,33	95	105	21,84	26,05	152	175	17,04	21,69
Freqüência:												
• Bebe diariamente	63	17	13,79	4,21	46	15	10,57	3,72	109	32	12,22	3,97
• 2/3 vezes por semana	8	29	14,88	7,18	83	45	19,08	11,17	151	74	16,93	9,17
• Só fins semana	184	161	40,26	39,85	164	148	37,70	36,72	348	309	39,01	38,29
• Só festas	142	197	31,07	48,76	142	195	32,64	48,39	284	392	31,84	48,57
• Nunca	38	112	7,68	21,71	37	74	7,84	15,51	75	186	7,76	18,73
Total				4	472	477						
Quantidade:												
• 1 copo/taça	119	167	26,04	41,34	131	188	30,11	46,65	250	355	28,03	43,99
• 2 a 3 copos	153	139	33,48	34,40	188	149	43,22	36,97	341	288	38,23	35,68
• 1/2 garrafa	56	33	12,25	8,17	31	28	7,13	6,95	87	61	9,75	7,56
• 1 garrafa/lt	70	38	15,32	9,41	61	30	14,02	7,44	131	68	14,69	8,43
• Mais (>) 2 garrafas/lt	59	27	12,91	6,68	24	8	5,52	1,99	83	35	9,30	4,34
Total	457	404	100,00	100,00	435	403	100,00	100,00	892	807	100,00	100,00

TABELA 9 - HÁBITOS DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS COM E SEM PRESCRIÇÃO (RECEITA) MÉDICA DOS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Medicamentos/Psico-Fármacos/Consumo p/Pais	ESCOLAS								TOTAL			
	A n		A %		B n		B %		n		%	
	P 495	M 516	P	M	P 472	M 477	P	M	P 967	M 993	P	M
Com Receita Médica:												
• Tranqüilizan./ansiedade/depressão	31	64	6,26	12,40	50	74	10,59	15,51	81	138	8,38	13,90
• Hipnóticos para dormir	26	30	5,25	5,81	28	32	5,93	6,71	54	62	5,58	6,24
• Barbitúricos (convulsão)	12	11	2,42	2,13	12	15	2,54	3,14	24	26	2,48	2,62
• Anfetamina (emagrecer)	17	43	3,43	8,33	19	38	4,03	7,97	36	81	3,72	8,16
• Cafeína, estimulantes	21	20	4,24	3,88	36	42	7,63	8,81	57	62	5,89	6,24
• Analgésicos para dor	137	161	27,68	31,20	142	160	30,08	33,54	279	321	28,85	32,33
• Laxantes	35	51	7,07	9,88	30	42	6,36	8,81	65	93	6,72	9,37
• Minerais (ferro, cálcio, etc.)	24	28	4,85	5,43	46	67	9,75	14,05	70	95	7,24	9,57
• Vitaminas	76	82	15,35	15,89	91	102	19,28	21,38	167	184	17,27	18,53
• Xaropes	123	143	24,85	27,71	100	109	21,19	22,85	223	252	23,06	25,38
Sem Receita Médica:												
• Tranqüilizantes: ansied./depressão	12	18	2,42	3,49	15	26	3,18	5,45	27	44	2,79	4,43
• Hipnóticos para dormir	8	8	1,62	1,55	8	18	1,69	3,77	16	26	1,65	2,62
• Barbitúricos (convulsão)	3	3	0,61	0,58	1	1	0,21	0,21	4	4	0,41	0,40
• Anfetamina(emagrecer)	7	32	1,41	6,20	3	22	0,64	4,61	10	54	1,03	5,44
• Cafeína, estimulantes	42	51	8,48	9,88	85	97	18,01	20,34	127	148	13,13	14,90
• Analgésicos para dor	143	190	28,89	36,82	156	178	33,05	37,32	299	368	30,92	37,06
• Laxantes	33	59	6,67	11,43	34	70	7,20	14,68	67	129	6,93	12,99
• Minerais (ferro, cálcio, etc.)	20	31	4,04	6,01	27	38	5,72	7,97	47	69	4,86	6,95
• Vitaminas	59	70	11,92	13,57	67	85	14,19	17,82	126	155	13,03	15,61
• Xaropes	120	140	24,24	27,13	107	138	22,67	28,93	227	278	23,47	28,00

TABELA 10 - HÁBITOS DE USO E ABUSO DE DROGAS/TÓXICOS, TIPO, FREQÜÊNCIA, VIA DE CONSUMO DOS PAIS, MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Drogas/Tóxicos Hábito/Consumo de Pais	ESCOLAS A n		ESCOLAS A %		ESCOLAS B n		ESCOLAS B %		TOTAL n		TOTAL %	
	P 495	M 516	P	M	P 472	M 477	P	M	P 967	M 993	P	M
Usuário:												
• Sim	26	18	5,25	3,49	21	10	4,45	2,10	47	28	4,86	2,82
• Não	469	498	94,75	96,51	451	467	95,55	97,90	920	965	95,14	97,18
Tipo:												
• Canabis/Maconha	22	14	62,86	73,69	20	8	80,00	61,54	42	22	89,36	78,57
• Cocaína	6	2	17,15	10,53		1		7,69	6	3	12,77	10,71
• Heroína	2	1	5,71	5,26					2	1	4,25	3,57
• LSD	1	1	2,86	5,26	1		4,00		2	1	4,25	3,57
• Multidrogas	2		5,71						2		4,25	
• Morfina	2	1	5,71	5,26					2	1	4,25	3,57
• Lança perfume					4	4	16,00	30,77	4	4	8,51	14,29
Total	35	19	100,00	100,00	25	13	100,00	100,00	60	32		
Freqüência:												
• Diária	2	2	7,69	11,11					2	2	4,25	7,14
• Só final de semana	1		3,85						1		2,13	
• Só uma vez na vida	23	16	88,46	88,89	21	10	100,00	100,00	44	26	93,62	92,86
Total	26	18	100,00	100,00	21	10	100,00	100,00	47	28	100,00	100,00
Via Consumo:												
• Fumada	22	14	68,75	77,78	19	8	90,48	61,54	41	22	77,36	70,97
• Inalada/aspirada	6	1	18,75	5,55	2	5	9,52	38,46	8	6	15,09	19,35
• Injetada	4	3	12,50	16,67					4	3	7,55	9,68
Total	32	18	100,00	100,00	21	13	100,00	100,00	53	31	100,00	100,00
Tratamento:												
• Sim	5	1	19,23	5,55	4	1	19,05	10,00	9	2	19,15	7,14
• Não	21	17	80,77	94,45	17	9	80,95	90,00	38	26	80,85	92,86
Total	26	18	100,00	100,00	21	10	100,00	100,00	47	28	100,00	100,00

TABELA 11 - ATITUDES, NÍVEL DE INFORMAÇÃO, DE INTERESSE, DE DIÁLOGO, SOBRE O TEMA DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS DOS PAIS, MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Drogas Lícitas/ Ilícitas / Atitudes dos Pais	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B		n		%	
	n		%		N		%					
	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M
	495	516			472	477			967	993		
Nível de Informação:												
• Excelente	104	109	21,01	21,12	126	120	26,69	25,16	230	229	23,78	23,06
• Bom	59	61	11,92	11,82	90	93	19,07	19,50	149	154	15,42	15,51
• Regular	269	273	54,34	52,91	206	205	43,64	42,97	475	478	49,12	48,14
• Insuficiente	37	49	7,47	9,50	46	54	9,75	11,32	83	103	8,58	10,37
• Nada	26	24	5,26	4,65	4	5	0,85	1,05	30	29	3,10	2,92
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00
Nível de Interesse:												
• Muitíssimo	73	89	14,75	17,25	70	79	14,83	16,56	143	168	14,79	16,92
• Muito	136	150	27,47	29,07	132	141	27,97	29,56	268	291	27,71	29,31
• Algum	147	156	29,70	30,23	150	143	31,78	29,98	297	299	30,71	30,11
• Pouco	84	87	16,97	16,86	90	89	19,07	18,66	174	176	17,99	17,72
• Nenhum	55	34	11,11	6,59	30	25	6,35	5,24	85	59	8,79	5,94
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00
Intensidade Diálogo:												
• Muitíssimo	92	109	18,58	21,12	66	78	13,98	16,35	158	187	16,34	18,83
• Muito	104	131	21,01	25,39	112	111	23,73	23,27	216	242	22,34	24,37
• Algum	97	92	19,60	17,83	95	93	20,13	19,50	192	185	19,85	18,63
• Às vezes/esporádico	139	145	28,08	28,10	160	165	33,90	34,59	299	310	30,92	31,22
• Nunca	63	39	12,73	7,56	39	30	8,26	6,29	102	69	10,55	6,95
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00
Reações e comport. se Usuário:												
• Indignação, raiva	30	32	6,06	6,20	19	21	4,03	4,40	49	53	5,07	5,34
• Estão preocupados/compreensiv.	55	80	11,11	15,50	117	130	24,79	27,25	172	210	17,79	21,15
• Agressão física	5	3	1,01	0,58	4	2	0,85	0,42	9	5	0,93	0,50
• Castigo/punição, corte dinheiro	16	15	3,23	2,91	9	7	1,91	1,47	25	22	2,58	2,22
• Interrogatório / Inquérito	37	58	7,47	11,24	38	49	8,05	10,27	75	107	7,76	10,78
• Dar conselhos	102	148	20,61	28,68	121	135	25,64	28,30	223	283	23,06	28,50
• Ameaça denunciar à polícia	4	5	0,81	0,97	1	2	0,21	0,42	5	7	0,52	0,70
• Expulso de casa	7	5	1,41	0,97					7	5	0,72	0,50
• Culpados	9	14	1,82	2,71	6	5	1,27	1,05	15	19	1,55	1,91
• Procuram serviço especializado	12	14	2,42	2,71	14	13	2,97	2,73	26	27	2,69	2,72
• Se sentem impotentes, fracos	7	7	1,41	1,36	5	9	1,06	1,89	12	16	1,24	1,61
• Indiferentes	12	9	2,42	1,74	17	9	3,60	1,89	29	18	3,00	1,81
Reações diante de problemas Físico/emocional:												
• Muito preocupados	309	341	62,42	66,09	293	331	62,08	69,39	602	672	62,25	67,67
• Buscam auxílio médico/ psicológico	104	111	21,01	21,51	118	127	25,00	26,62	222	238	22,96	23,97
• Indiferença	42	35	8,48	6,78	39	24	8,26	5,03	81	59	8,38	5,94
• Angustiados, nervosos, descontrolados	25	21	5,05	4,07	17	18	3,60	3,77	42	39	4,34	3,93
• Se sentem culpados	12	18	2,42	3,49	16	16	3,39	3,35	28	34	2,90	3,42
• Inseguros, não sabem tomar decisões	18	19	3,64	3,68	14	10	2,97	2,10	32	29	3,31	2,92

TABELA 12 - FONTES DE INFORMAÇÕES E SERVIÇOS QUE ORIENTAM A ABORDAGEM EDUCATIVA SOBRE O TEMA DROGAS/TÓXICOS DOS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Fonte Conhecimento/ Informações Dos Pais de Adolesc. Estudantes	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B		n		%	
	n		%		n		%					
	P 495	M 516	P	M	P 472	M 477	P	M	P 967	M 993	P	M
Utilizam fonte de Informações /Serviços												
• Revistas	236	242	47,68	56,59	338	377	71,61	79,04	574	669	59,36	67,37
• Livros	154	178	31,11	34,50	164	195	34,75	40,88	318	373	32,89	37,56
• Jornal	316	325	63,84	62,98	347	345	73,52	72,33	663	670	68,56	67,47
• Rádio	173	196	34,95	37,98	114	115	24,15	24,11	287	311	29,68	31,32
• Televisão	365	420	73,74	31,39	340	366	72,03	76,73	705	786	72,91	79,15
• Cursos da Comunidade	5	12	1,01	2,33	3	10	0,63	2,10	8	22	0,83	2,22
• Palestras de Especialistas	34	40	6,87	7,75	46	62	9,75	13,00	80	102	8,27	10,27
• Grupos Auto-ajuda familiar	5	7	1,01	1,36	7	9	1,48	1,89	12	16	1,24	1,61
• Igreja	37	50	7,47	9,69	29	35	6,14	7,34	66	85	6,83	8,56
• Escola	37	54	7,47	10,47	43	50	9,11	10,48	80	104	8,27	10,47
• Ambulatório Especializado	3	4	0,61	0,78	3	5	0,64	1,05	6	9	0,62	0,91
• Posto de Saúde	12	17	2,42	3,29	5	4	1,06	0,84	17	21	1,76	2,11
• Cruz Vermelha	2	4	0,40	0,78	2	3	0,42	0,63	4	7	0,41	0,70
• Hospital	16	19	3,84	3,68	15	12	3,18	2,52	31	31	3,21	3,12

TABELA 13 - VALORES, ATITUDES, E RELACIONAMENTO DOS PAIS COM A ESCOLA, MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL - POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escola/Sexo / Relacionamento / Atitud./Valores Pais c/ a Escola	ESCOLAS								TOTAL			
	A n		A %		B n		B %		n		%	
	P 495	M 516	P	M	P 472	M 477	P	M	P 967	M 993	P	M
Família deve Participar Progr. Prevenção Drogas:												
• Sim	249	292	50,30	56,59	204	229	43,22	48,00	453	521	46,85	52,47
• Não	246	224	49,41	43,41	268	248	56,78	52,00	514	472	53,15	47,53
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00
Último Ano Participou Reuniões tratar problemas:												
• Melhoria da qualidade ensino	101	146	20,40	28,29	130	146	27,54	30,61	231	292	23,89	29,41
• Melhoria das cond. Físicas da Escola	39	62	7,88	12,02	17	15	3,60	3,14	56	77	5,79	7,75
• Segurança	54	82	10,91	15,89	23	24	4,87	5,03	77	106	7,96	10,67
• Delinqüência juvenil	16	27	3,23	5,23	6	7	1,27	1,47	22	34	2,28	3,42
• Consumo drogas por alunos	27	50	5,45	9,69	19	26	4,03	5,45	46	76	4,76	7,65
• Somente interesse pelo estudo	178	233	35,96	45,16	193	208	40,89	43,61	371	441	38,37	44,41
• Part. Família Prog. Saúde escolar	13	22	2,63	4,26	6	7	1,27	1,47	19	29	1,96	2,92
• Não há reuniões na escola	111	50	22,42	9,69	78	44	16,53	9,22	189	94	19,54	9,47
Tipo relação com Escola:												
• Excelente	46	56	9,29	10,85	66	72	13,98	15,09	112	128	11,58	12,89
• Boas	132	157	26,67	30,43	189	203	40,04	42,56	321	360	33,20	36,25
• Regular	94	120	18,99	23,26	91	101	19,28	21,17	185	221	19,13	22,26
• Péssima/mal	33	22	6,67	4,26	33	20	6,99	4,19	66	42	6,83	4,23
• Nenhuma	186	141	37,58	27,33	78	81	16,53	16,98	264	222	27,30	22,36
Atitudes:												
• Muito interesse	15	24	3,03	4,65	26	29	5,51	6,08	41	53	4,24	5,34
• Procuram espontaneamente	29	45	5,86	8,72	81	90	17,16	18,87	110	135	11,38	13,60
• Atendem convocações	97	148	19,60	28,68	123	113	26,06	23,69	220	261	22,75	26,28
• Desinteresse	302	232	61,01	44,96	104	102	22,03	21,38	406	334	41,99	33,64
• Apoiam direção/professores	28	38	5,66	7,36	20	21	4,24	4,40	48	59	4,96	5,94
• Não apoiam direção e professores	15	10	3,03	1,94	8	9	1,69	1,89	23	19	2,38	1,91

2 ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES DE AMBOS OS SEXOS ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA (GRUPO A) E PRIVADA (GRUPO B) PARTICIPANTES DO ESTUDO

PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAL-EDUCACIONAL-PSICOLÓGICO E ESTILO DE VIDA, VALORES, CRENÇAS, MOTIVAÇÕES E SUA RELAÇÃO COM O USO E ABUSO DE DROGAS, GRAU DE CONHECIMENTO, AUTOCONCEITO DE IMAGINAÇÃO CRIADORA, PERFIL CRIATIVO E POTENCIAL DE CRIATIVIDADE DE ADOLESCENTES

Participaram deste estudo um mil e quatro (1004) adolescentes estudantes do Ensino Médio de Escolas da Rede Pública e Privada da cidade de Porto Alegre - RS – Brasil.

2.1 Aspectos Sócio-Demográficos e Étnicos de Adolescentes de Ambos os Sexos

No que se refere aos dados **sócio-demográficos** dos adolescentes de ambos os sexos estudantes de escolas do Grupo A (rede pública) e os de escolas do Grupo B (rede privada) a **Tabela 14 (p. 459)** mostra as seguintes informações relativas à idade e sua origem (etnia familiar).

Quanto à **idade** dos adolescentes de ambos os sexos, do total de 1004 da amostra oscila entre 14 a 21 anos. Dos quatrocentos e sessenta e dois (462) adolescentes do sexo masculino do estudo, 85,50% estão com idades entre 15 a 17 anos; 11,47% com idade entre 18 a 19 anos. Dos quinhentos e quarenta e dois (542) adolescentes do sexo feminino, 86,91% estão com idade entre 15 e 17 anos e 8,48% na idade de 18 a 19 anos.

Observa-se que nas escolas do Grupo B (rede privada), está a maior concentração de adolescentes na faixa etária entre 15 a 17 anos, que são 90,65% do sexo masculino e 90,16% do sexo feminino, nas escolas do Grupo A (rede pública), observa-se menor concentração nesta faixa etária, que são 79,63% dos adolescentes do sexo masculino e 84,41% do sexo feminino.

Segundo a diferença de sexo, observa-se **(Tabela 14)** um percentual semelhante na faixa etária entre 15 a 17 anos dos adolescentes do sexo feminino, quando comparados aos do sexo masculino de ambas as escolas do Grupo A e do Grupo B.

Quanto à **origem/etnia** dos adolescentes, observa-se **(Tabela 14)** que são provenientes de famílias emigrantes de países da Europa. Predominando emigrantes de países de língua (idioma) latino e germânico, em menor percentual vindos de países da Ásia e da África, que colonizaram o Estado do Rio Grande do Sul. Ainda os de origem indígena e os nascidos no Brasil multiraças e outros países da América do Sul (Mercosul) e Estados Unidos da América.

Os dados revelam que a maioria dos adolescentes de ambas as escolas (Grupo A e Grupo B) são filhos ou netos de emigrantes europeus, vindos da:

1º Itália,
2º Alemanha,
3º Portugal,
4º Espanha e demais países da Comunidade Européia Oriental,
5º Ásia (Israel, Índia, Japão, China),
6º os de miscigenação brasileira,

7º África (várias regiões) e
8º origem indígena.

Ao analisar às variáveis **estado civil, naturalidade, profissão** e **renda mensal** dos adolescentes escolares de ambos os sexos, estudantes das escolas do Grupo A (rede pública), e os das escolas do Grupo B (rede privada), a **Tabela 14^{A} (p. 460)** mostra as seguintes informações:

- No que diz respeito ao **estado civil** dos adolescentes de ambos os sexos do total da amostra (1004), nota-se que são solteiros 98,70% do sexo masculino e 98,34% do sexo feminino.

- Quanto à **naturalidade** dos adolescentes, a maior concentração é os nascidos na cidade de Porto Alegre, 83,33% do sexo masculino 83,95% e do sexo feminino.

- Em relação à situação **funcional** dos pesquisados e o **grau de dependência econômica da família**, observa-se **(Tabela 14^{A})** que 81,17% dos adolescentes do sexo masculino e 85,61% do sexo feminino só estudam, não trabalham, são dependentes economicamente da família. Dos adolescentes que trabalham, são 18,82% do sexo masculino e 14,39% do sexo feminino que desempenham algum tipo de atividade laboral.

- Analisando separadamente, nota-se que a maior concentração dos estudantes (as) que **trabalham e estudam** pertencem às escolas do Grupo A, são 30,56% dos rapazes e 22,08% das moças, quando comparados com os das escolas do Grupo B que são 8,54% dos rapazes e 4,27% das moças que estudam e trabalham **(Tabela 14^{A})**.

2.2 Escolaridade, Desempenho, Dedicação e Motivações de Adolescentes de Ambos os Sexos

O que se refere aos dados sobre **turno de estudo, o desempenho, dedicação e motivações** manifestadas por adolescentes de ambos os sexos, estudantes de escolas do Grupo A (rede pública) e das escolas do Grupo B (rede privada) a **Tabela 15 (p. 461)** mostra as seguintes informações:

- Quanto ao **turno** que freqüentam a escola, ocorre a maior concentração no turno da manhã, 96,32% dos rapazes e 95,20% das moças e no turno da tarde 3,68% dos rapazes e 4,80% das moças. Os adolescentes das escolas do Grupo B que estudam nos dois turnos, se comparados aos das escolas do Grupo A, são 100% de ambos os sexos que freqüentam a escola só no turno da manhã **(Tabela 15)**.

- Ao analisar o **desempenho escolar** do total da amostra, observa-se **(Tabela 15)** que informam que apresentam bom desempenho 43,73% dos estudantes do sexo masculino e 58,68% dos do sexo feminino; desempenho regular 41,34% dos rapazes e 28,78% das moças; excelente desempenho 7,58% dos rapazes e 7,56% das moças; há menor concentração dos que consideram o seu rendimento fraco, 4,98% dos rapazes e 4,80% das moças e, péssimo 2,38% dos rapazes e 0,18% das moças.

Na análise comparativa observa-se uma distribuição semelhante entre ambos os grupos

de escolas do Grupo A e os do Grupo B.

Apresentam **desempenho escolar** bom a excelente 52,84% dos estudantes do sexo masculino e 66,24% do sexo feminino; regular 40,65% dos rapazes e 29,91% das moças, péssimo a fraco 6,51% dos rapazes e 3,85% das moças das escolas do Grupo B (rede privada), quando comparados aos adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) que apresentam um desempenho escolar de bom a excelente 49,54% dos rapazes e 66,24% das moças, regular 42,13% dos rapazes e 27,93% das moças e num nível de péssimo a fraco 8,33% dos rapazes e 5,84% das moças. A comparação entre os sexos mostra que estudantes do sexo feminino têm melhor desempenho escolar do que os estudantes do sexo masculino.

Na análise da variável **reprovação escolar** do total da amostra observa-se **(Tabela 15, p. 461)** que 29,22% dos rapazes e 24,91% das moças informaram que já foram reprovados dos 15 aos 16 anos, associando o fato a situações ansiogênicas, baixa auto-estima, freqüentes nesta etapa do desenvolvimento, questões relacionadas com uma inadequação do currículo escolar e do sistema de ensino que padroniza os conteúdos dissociados da realidade, interesses e motivações do estudante. A adoção de abordagens inadequadas (métodos e posturas pedagógicas) tornam as aulas enfadonhas, estimulam a memorização mecânica em detrimento da capacidade de pensar criativamente, de desenvolver habilidades reflexivas, de compreensão e retenção de conteúdos e conhecimentos importantes para a vida e o desenvolvimento pleno do adolescente.Fatores de risco presentes na escola (GID,1995,Orte,1994).

Em relação à **dedicação ao estudo extraclasse**, tempo, número de horas diária a que os adolescentes de ambos os sexos se manifestam, os dados revelam **(Tabela 15)** que os estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B se comportam de forma semelhante.

Os dados revelam uma maior concentração de estudantes que dedicam menos de uma hora diária aos estudos extraclasse, sendo 21,86% dos estudantes do sexo masculino e 35,24% as moças do sexo feminino; os que estudam extraclasse mais de 3 horas/dia são 6,50% dos rapazes e 12,36% das moças.

Quanto às **motivações** para estudar os adolescentes informam **(tabela 15)** ser primeiro para ter uma profissão 41,48% dos rapazes e 41,98% das moças; em segundo para passar no vestibular 33,56% dos rapazes e 37,64% das moças; em terceiro para adquirir cultura 19,80% dos rapazes e 17,28% das moças e outros motivos (comunicar-se, aprofundar conhecimentos, poder trabalhar, etc.) são 5,16% dos rapazes e 3,12% das moças estudantes das escolas do Grupo A e do Grupo B.

Os dados revelam que as motivações para estudar são as mesmas na ordem e proporção do valor manifestado pelos estudantes das escolas do Grupo A como também os dos escolares do Grupo B. Seja para ter uma profissão, passar no vestibular, ter cultura e outros motivos como: melhorar as relações interpessoais, estabelecer uma comunicação adequada, aprofundar conhecimentos para melhor qualidade de vida e êxito no trabalho.

2.3 Comportamento Diante do Estilo de Vida das Figuras Parentais (Pai e Mãe), Percepções Manifestadas por Adolescentes de Ambos os Sexos

Ao analisar o **comportamento do escolar** manifestado diante do estilo de vida das figuras parentais (pai e mãe) a **Tabela 16 (p. 462)** mostra as **atitudes, valores** e **sentimentos**

esternalizados por adolescentes de ambos os sexos estudantes de escolas do Grupo A (rede pública) e os das escolas do Grupo B (rede privada).

Da amostra estudada, 462 estudantes do sexo masculino e 542 do sexo feminino, revelam quais são seus **sentimentos** sobre o **estilo de vida dos pais** (as atitudes, os hábitos praticados e mais valorados no seu tempo livre, recreação, etc.), como **cultivam e compartilham as práticas** (cultural, artística, social, lúdica, atletismo, esportiva). Observa-se **(Tabela 16)** que os adolescentes manifestam que tem prazer e gosto de participar, 51,52% dos rapazes e 60,89% das moças; participam e internalizaram tais hábitos porque os pais convidam 28,75% dos rapazes e 29,70% das moças; expressam que não gostam de participar 13,85% dos rapazes e 6,83% das moças; não participam porque não tem tempo 7,79% dos rapazes e 6,83% das moças; participam porque são obrigados foi esternalizado por 4,33% dos rapazes e 5,35% das moças e que não compartilham porque os pais não convidam (adolescente) a participar dos hábitos cultivados e atividades praticadas nos fins-de-semana, diária, na freqüência de três dias na semana ou só período de férias. Tais **valores**, **atitudes** e **hábitos** das figuras parentais refletem os seus estilo de vida, como mostra a **Tabela 5 (p.404)**, descrita e analisada anteriormente.

Analisando separadamente a população de adolescentes estudantes, observa-se que de ambos os sexos e os das escolas do Grupo A como os das escolas do Grupo B demonstram comportamentos semelhantes.

Os dados **(Tabela 16, p. 462)** revelam um maior percentual de adolescentes das escolas do Grupo A estudantes do sexo masculino 11,57% justificam que trabalham e não tem tempo, se comparados aos 4,47% estudantes das escolas do Grupo B.

2.4 Relações Interpessoais com as Figuras Parentais Quanto à Qualidade, Valores, Atitudes e Sentimentos Manifestados por Adolescentes de Ambos os Sexos

As **relações interpessoais** dos adolescentes com as **figuras parentais** (pai e mãe), a **Tabela 17 (p. 463)** mostra sentimentos revelados em relação à **qualidade**, **valores**, **atitudes** e porque do **descontentamento** com atitudes parentais (pai e mãe) no relacionamento com filhos (as) adolescentes de ambos os sexos, estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os das escolas do Grupo B (rede privada).

Quanto à **qualidade do relacionamento**, do total da amostra (1004), os estudantes informam **(Tabela 17)** que mantêm excelente nível, com 52,00% dos pais e 60,62% das mães, e consideram péssimo o relacionamento com 5,79% dos pais e 2,02 das mães.

Analisando separadamente, observa-se que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) mantêm relacionamento num nível de bom a excelente com 87,08% dos pais e 92,66% das mães, se comparados com os estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) que têm um relacionamento de bom a excelente com 80,60% dos pais e 88,75% das mães.

Observa-se que os adolescentes de ambos os sexos mantêm melhor qualidade de relacionamento com as mães, quando comparado com o dos pais.

Adolescentes de ambos os sexos consideram **e valorizam num relacionamento**

(Tabela 17) determinadas **atitudes** das figuras parentais, tais como: confiança e amizade demonstrado por 63,91% dos pais e 72,00% das mães; demonstração de amor 48,19% dos pais e 53,37% das mães; atitude de respeito e autoridade 36,30% dos pais e 29,00% das mães; liberalidade e afetividade 25,54% dos pais e 32,02% das mães; atitude de desconfiança 6,31% de pais e 5,54% das mães.

Adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B revelam em relação aos **sentimentos de descontentamento** com as atitudes dos pais para com os filhos, desconfiança e desvalorizam, 38,38% dos pais e 45,83% das mães; não demonstram amor 23,78% dos pais e 13,89% das mães; agressões e maltrato físicos 12,43% dos pais e 11,81% das mães; sentimento de vergonha, pela ignorância cultural de 11,36% de pais e 11,80% de mães.

Os estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) manifestam maior grau de descontentamento no que se refere à falta de confiança/ a não valorização, ausência de demonstração de amor para com os filhos, seguidos de agressões, maltrato físico, violência sexual e humilhação a que são submetidos perante outras pessoas. Os adolescentes manifestam, também, vergonha pela ignorância cultural dos pais. Observa-se menor percentual de estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) descontentes. Na análise entre **comportamento paterno com o materno**, são as **mães** que manifestam percentuais mais elevados de atitudes que afetam a auto-estima dos filhos (as), tais como: de não valorizar, não confiar; humilhar, efetuar agressões e maltrato físico, demonstração de intolerância e de total descontrole emocional. Os **pais**, em menor percentual, demonstram não confiar/não valorizar , não demonstram amar , e têm comportamentos mais rígidos com o adolescente. Observa-se que os adolescentes das escolas do Grupo B (rede privada) manifestam em maior percentual que estão descontentes e sentem vergonha pela ignorância cultural do pai ou da mãe, pelo fato de pertencerem a famílias de melhor condição sócio-econômica-cultural (classe média-alta) e por freqüentar ambientes, clubes diferenciados, se comparados aos das escolas do Grupo A (rede pública) que pertencem a famílias de menor condição sócio-econômica-cultural (classe média) não manifestam tal sentimento com tanta intensidade.

2.5 Relações Interpessoais com Irmãos (Homem e Mulher) Quanto à Qualidade, Valores, Atitudes e Sentimentos Manifestados por Adolescentes de Ambos os Sexos

As **relações interpessoais dos adolescentes com os irmãos** (homens e mulheres) a **Tabela 18 (p. 464)** mostra as **relações afetivas** e de **amizade** , os sentimentos revelados em relação à **qualidade, valores, atitudes** e o porquê do **descontentamento** com atitudes e comportamentos manifestos dos irmãos dos estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada).

Quanto à **qualidade** do **relacionamento com irmãos homens e mulheres**, os 1004 estudantes do sexo masculino e feminino informam que mantêm excelente nível de relacionamento 24,40% dos homens e 27,29% das mulheres; bom nível com 24,60% dos homens e 26,40% das mulheres; regular 8,47% dos homens e 7,87 das mulheres e o relacionamento entre mal a péssimo com 3,09% dos homens e 1,30% das mulheres.

Os adolescentes de ambos os sexos consideram algumas **atitudes indispensáveis** para estabelecer e manter um efetivo relacionamento com os irmãos (homens e mulheres). As

atitudes e qualidades que mais **valorizam** nos (as) irmãos (ãs) são em 1º lugar a demonstração de lealdade, confiança e amizade, 34,66% dos homens e 38,05% das mulheres; em 2º lugar a alegria 17,09% dos homens e 28,88% das mulheres; em 3º lugar o amor, 25,40% dos homens e 27,59% das mulheres; em 4º lugar inteligência e criatividade 22,71% dos homens e 24,60% das mulheres; em 5º lugar ajuda na resolução de problemas 17,03% dos homens e 21,22% das mulheres; em 6º lugar responsabilidade 12,65% dos homens e 15,74% das mulheres; em 7º lugar estabilidade emocional 9,56% dos homens e 9,36% das mulheres. Além das atitudes valorizadas, os estudantes de ambos os sexos manifestam que o (a) irmão (ã) lhe desperta o desejo de ter a mesma aparência física com percentuais abaixo de 3,00% para os homens e mulheres. Aproximadamente 5,00% dos estudantes manifestam que sentem ciúmes dos irmãos e irmãs. Informam, também, que **desaprovam** certas atitudes e comportamentos dos (as) irmãos (ãs), em 1º lugar a falta de confiança 11,25% dos homens e 9,46% das mulheres; em 2º lugar a demonstração de insegurança e nervosismo 5,18% dos irmãos e 5,08% das irmãs.

Analisando separadamente, observa-se **(Tabela 18, p. 464)** que os adolescentes de ambos os sexos, estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B destacam determinadas atitudes e comportamento manifestados pelos irmãos (homens e mulheres) como referenciais importantes ao seu desenvolvimento emocional e consolidação de sua identidade. Os irmãos são figuras significativas para o adolescente, principalmente quando a identidade se organiza. Identificações com a mãe, a seguir com o pai e com outros membros da família (irmãos, parentes, tios, avós, etc.) e ainda com vizinhos, professores, amigos, ídolos (cinema, televisão, esporte, música, etc.) e outras pessoas famosas da sociedade, assumem significado especial nesta fase de desenvolvimento.

Analisando separadamente determinadas atitudes que os estudantes desaprovam em relação aos irmãos (homens e mulheres), embora ocorram em ambos os sexos algumas atitudes/comportamento são marcantes do sexo masculino e do feminino.

Traços característicos da **personalidade masculina e feminina** (positivos e negativos) destacados pelos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada). Os **traços negativos** mais marcantes nos **irmãos** (homens) são: a preguiça, a irresponsabilidade, a mentira, a deslealdade, o uso de drogas, não ter bons hábitos de higiene, não ter educação e requinte/ boas maneiras. Os comportamentos manifestos interpretados como **traços positivos** dos irmãos são: guardar segredos, respeitar mais a privacidade, excluir menos, ser menos egoísta, não fazer fofocas, não ter ciúmes. Quando comparados àqueles mais marcantes da **personalidade feminina**, e interpretados como atitudes/**traços negativos** das **irmãs** (mulheres) porque são fofoqueiras, desrespeitam a privacidade, não guardam segredos, são mais egoístas, excluem mais, são mais ciumentas, não têm educação e requinte/boas maneiras. Os comportamentos manifestos considerados **traços positivos** das irmãs são: menos preguiçosas, mais responsáveis, mentem menos, pouco desleais, usam menos drogas, têm bons hábitos de higiene.

A análise entre comportamento dos irmãos homens e das mulheres revela traços da personalidade, possibilita identificar problemas de auto-estima, as crises de desenvolvimento da infância e adolescência, as relações familiares, os modelos de identificação e condutas anti-sociais. Os irmãos são figuras de identificação para o estudante, contribuem para aquisição de uma alta auto-estima, bom autoconceito e auto-imagem, ou para afetar sua auto-estima e dificultar o enfrentamento dos dilemas da adolescência. Para Osório (1996) "*o papel fraterno oscila entre dois comportamentos antagônicos: a rivalidade e a solidariedade"*(p.19)

2.6 Relações Interpessoais com Colegas de Classe quanto a Sentimentos, Autoconceito e Auto-estima manifestados por Adolescentes de Ambos os Sexos

As relações **interpessoais dos adolescentes de ambos os sexos** estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) com **colegas de classe** são descritas a seguir:

A **Tabela 19 (p. 465)** mostra como os adolescentes de ambos os sexos do total da amostra (1004) **interagem com colegas de classe** (estudantes)**,** descreve o **autoconceito** e **auto-estima** a partir da avaliação da qualidade, atitudes manifestas no seu relacionamento, da intensidade das relações afetivas e de amizade e, quais atitudes e comportamentos desaprovam.

Quanto à **qualidade** evidenciada do **relacionamento com os colegas de classe**, da amostra estudada (462 rapazes e 542 moças) informam **(Tabela 19**) os adolescentes, 33,55% do sexo masculino e 36,35% do sexo feminino, que é excelente; 54,55% dos rapazes e 54,43% das moças consideram bons.

Analisando separadamente o **autoconceito**, autopercepção quanto à qualidade do relacionamento interpessoal com os colegas de classe/turma, os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B se auto-avaliam com muita semelhança.

Os estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) informam **(Tabela 19)** que mantêm com colegas um relacionamento afetivo e de amizade entre bom a excelente 90,65% dos estudantes do sexo masculino e 91,03% do sexo feminino..

A **auto-estima** manifesta pelos estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada) da amostra estudada (462 rapazes e 542 moças), fica evidente **(Tabela 19)** através da expressão da autopercepção de como os colegas de classe/turma os vêem, enquanto pessoas que expressam sentimentos e manifestam atitudes positivas e negativas no seu estilo de viver a vida. Na escala de valores as **atitudes positivas** conducentes a autoperceber-se, se destacam por ordem de importância: pessoa alegre e comunicativa 72,94% dos rapazes e 81,18% das moças; amigo carismático 41,56% dos rapazes e 54,61% das moças; conselheiro, sabe ouvir, 24,46% dos rapazes e 47,60% das moças; pessoa tímida, reservada, 14,07% dos rapazes e 12,92% das moças; pessoa líder, 13,64% dos rapazes e 11,44% das moças. As **atitudes negativas** apontadas pelos colegas estudantes que os percebem como: pessoa orgulhosa, 4,76% dos rapazes e 5,17% das moças; pessoa agressiva, 4,98% dos rapazes e 2,40% das moças; como uma pessoa triste, deprimida, 1,30% dos rapazes e 3,14% das moças.

Analisando separadamente, observa-se que os adolescentes estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) expressam melhor seu autoconceito, revelando uma auto-estima mais alta expressada por determinadas atitudes positivas manifestas, quando comparados aos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública).

Na análise comparativa entre os estudantes do sexo masculino com as do sexo feminino de ambas as escolas (Grupo A e B), observa-se que algumas das atitudes positivas de autoconceito e reveladoras de alta auto-estima estão mais presentes nas adolescentes do sexo feminino e outras nos do sexo masculino.

Auto-estima: indicadores de uma alta e/ ou baixa auto-estima (*desestima*) nas adolescentes **estudantes** do **sexo feminino** (542) destacam-se como **atitudes positivas** que relevam alta auto-estima, como: alegria, comunicabilidade e extroversão com os colegas; grandes amigas, têm carisma, são mais conselheiras, procuradas pelos amigos porque sabem ouvir/escutar e compreender as dificuldades dos iguais "crises da adolescência", são menos agressivas, mais desinibidas, pouco tímida/reservadas. Observa-se maior número de adolescentes do sexo feminino estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) que tem atitudes manifestas reveladoras de alta auto-estima do que as do Grupo B (rede privada). Revelam baixa auto-estima (*desestima*) as adolescentes que têm **atitudes negativas** manifestas, como**:** pouca liderança, orgulhosas, mais deprimidas, tristes; quando comparadas aos adolescentes do sexo masculino pertencentes às escolas do Grupo A e os do Grupo B.

Os adolescentes **estudantes** do **sexo masculino** (462) têm como qualidade, **atitudes positivas** manifestas de alta **auto-estima**, tais como: maior liderança, mais reservados, tímidos, menos orgulhosos, menos tristes e deprimidos (moças), e as **atitudes negativas** manifestas são: pouco conselheiros, sabem ouvir menos (do que as do sexo feminino), controlam emoções/alegria, menor carisma do que as mulheres.

Na análise comparativa quanto à **intensidade de afeto** nas relações de amizade com os colegas de classe, observa-se (**Tabela 19 p. 465)** que os estudantes do sexo masculino das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) informam em maior percentual que têm muitos amigos, as do sexo feminino em menor percentual; mas, são as estudantes do sexo feminino que registram ter poucos amigos porém íntimos; observa-se maior concentração de estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A informam que não têm amigos.

A análise das relações interpessoais dos adolescentes de ambos os sexos com seus colegas de classe/escola dos sexos masculino e feminino revela que os (colegas/amigos) grupos de iguais são referenciais de identificação e contribuem para internalização de conjunto de atitudes, sentimentos e comportamentos conducentes ao fortalecimento de uma auto-estima positiva ou aqueles que afetam todos os EUS (Eu material, corporal, social e Eu espiritual) ou alguns destes que são indicadores de uma baixa auto-estima (***desestima***).

A auto-estima significa a capacidade, enquanto indivíduo de interagir no contexto social, político, econômico, cultural e religioso, para construir sua própria história.

O adolescente, nesta etapa da vida, sofre intensas transformações fisiológicas (corpo, sexualidade) e psicossocial (sentimentos, emoções, afetos, valores, atitudes, motivações e conhecimentos), tendo como árdua caminhada a construção de sua própria identidade.

Os adolescentes de ambos os sexos destacam quais comportamentos e atitudes dos colegas da escola que aprovam ou manifestam estarem descontentes.

Na análise comparativa entre os estudantes do sexo masculino com os do sexo feminino, pertencentes às escolas do Grupo A (rede pública) e as do Grupo B (rede privada), quanto aos motivos/razões de desaprovação/descontentamento com as atitudes dos colegas de escola, observa-se que existem diferenças de percepção, consciência e escala de valores do estudante ao atribuir uma atitude como mais ou menos importante, de acordo com sua interpretação para estabelecer uma convivência psicossocial saudável e prazerosa no ambiente

escolar.

As atitudes percebidas pelas estudantes do **sexo feminino** refletem seu nível de maior consciência do decréscimo da presença de **valores morais** (responsabilidade, dirigir a vida, trabalho, perseverança, honestidade); de **valores sociais** (tolerância, igualdade, generosidade); de **valores estéticos-intelectuais** (sentido crítico, boa educação); de **valores transcendentes** (religiosidade, fé, sentido da vida); de **valores psicobiológicos** (saúde, amizade, autocontrole, auto-estima) (Rokeach,1973; Moradillo,1994, 1995; Alonso,Comas, Megis, Pedrero,1995).

Na análise dos dados obtidos **(Tabela 19, p. 465),** quanto à intensidade de reações de **descontentamento com atitudes dos colegas** da escola, os estudantes do sexo masculino se comportam de forma distinta dos do sexo feminino. Observa-se uma diversidade de consciência e percepção de atitudes e valores por eles considerados importantes nas relações interpessoais com os colegas (rapazes e moças) da escola e vice-versa dos colegas para com os sujeitos de pesquisa. Os dados mostram o significado de cada atitude, e que categoria na escala de valores tais atitudes e comportamento manifesto dos colegas se encaixam. Algumas atitudes correspondentes a valores que refletem o tipo de estilo de vida são mais conscientes do que outras durante a convivência escolar entre os adolescentes. A mobilização de sentimentos reativos, diante de tais atitudes manifestas por colegas da escola, revelam maior, ou menor grau de consciência de **valores** (psicobiológicos, morais, sociais, estéticos, intelectuais e transcendentais) e de **comportamentos** manifesto (adequados/ inadequados), reveladores de aspectos da identidade pessoal de uma **auto-estima** positiva ou negativa e do estrato sócio-econômico-cultural-educacional (Moradillo, 1995; García-Monge,1994).

Os dados analisados **(Tabela 19)** mostram diferentes percepções e nível de conscientização, bem como a capacidade do adolescente atribuir um grau de importância a determinadas atitudes e valores, que refletem diferenças de personalidade entre os sexos masculino e feminino.

A auto- estima é um dos indicadores que revelam a identidade pessoal. A auto-estima tem repercussões na personalidade do adolescente, que se revela sob diversas formas "como ele se sente; como pensa; aprende e cria; como se valoriza/avalia; como se relaciona com os demais; como se comporta" (García-Monge,1994).

2.7 Relações Interpessoais com o Corpo Docente (Professor e Direção) quanto ao Perfil Psico-Sócio-Cultural do Professor, Sentimentos, Autoconceito e Auto- Estima Manifestados por Adolescente de Ambos os Sexos

A **Tabela 20 (p. 466)** mostra aspectos relevantes do nível de consciência, autoconceito e auto-estima dos adolescentes de ambos os sexos estudantes do ensino médio, do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada), bem como do potencial de expressão valorativa e avaliativa sobre o comportamento psicosociocultural dos professores em relação aos estudantes durante o desenrolar do processo ensino-aprendizagem.

Quanto à **qualidade do relacionamento** da amostra (462 rapazes e 542 moças) de estudantes que mantêm com professores e direção da escola, dizem ser bom, 56,93% dos adolescentes do sexo masculino e 62,73% das do sexo feminino.

Analisando separadamente de como estabelecem suas relações interpessoais com o corpo docente, do total da amostra (1004) observa-se que os estudantes do sexo masculino e

os do sexo feminino das escolas do Grupo A e os do Grupo B, em sua auto-avaliação, expressam sentimentos e atitudes semelhantes.

As adolescentes do **sexo feminino** são as que se avaliam com melhor qualidade nas suas relações interpessoais com o corpo docente, se comparados aos adolescentes estudantes do sexo masculino de ambos grupos de escolas.

Observa-se que expressam em maior número atitudes de respeito para com os professores os adolescentes do sexo masculino e feminino das escolas do Grupo A (rede pública), se comparados aos estudantes do sexo masculino e do sexo feminino das escolas do Grupo B (rede privada), onde ocorre em menor percentual tal atitude.

O **Autoconceito** expressado pelos estudantes do sexo masculino e do feminino revelam a capacidade individual de expressar *quem é, como sente*, *como pensa* e avalia todos os EUS (material, corporal, social e Eu espiritual); o nível de consciência de si mesmo enquanto sujeito atuante e protagonista de sua vida/história (Burns, 1993; Willian James).

Analisando separadamente o **Autoconceito** emitido pelos adolescentes do sexo masculino e feminino, observa-se que os pertencentes às escolas do Grupo B (rede privada) se auto-avaliam melhor, se comparados aos adolescentes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública).

Na análise comparativa do **autoconceito** emitido pelos estudantes do sexo masculino e feminino (1004), em relação às atitudes e comportamento manifesto na escola com professores e direção, observa-se que as adolescentes do **sexo feminino** revelam, em maior número, que se comportam através de **atitudes positivas** manifestas como: demonstram maior responsabilidades, dedicação, são mais ativas, centradas nos estudos, disciplinadas, mais alegres (espontâneas), afetivas, mais controladas, pouco agressivas, e mais tolerantes. Quando comparados aos estudantes do **sexo masculino** que expressam seu autoconceito com maior dificuldade, e após auto-análise (positiva e negativa) de suas atitudes, revelam comportamentos manifesto indicadores de uma baixa auto-estima (*desestima*). Os estudantes do **sexo masculino** ao se avaliarem, descrevem-se como: preguiçosos, indolentes, indisciplinados, impulsivos, mais agressivos, intolerantes, pouco afetivos, mais irresponsá--veis. As estudantes do **sexo feminino** demonstram auto-avaliação de atitudes, comporta--mentos, sentimentos manifestos indicadores de uma auto-estima positiva **(Tabela 20).**

Perfil psicosocio-cultural-educacional do professor emitido pelos 462 adolescentes do **sexo masculino,** estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e das escolas do Grupo B (rede privada). Observa-se **(Tabela 20, p. 466)** o **nível de insatisfação,** ou seja **atitudes** e **comportamento** manifesto inadequado, destacados nas relações interpessoais entre professor e estudante, tais como: mau humor, agressividade; não aceita sugestões; ser prepotente, orgulhoso; desinteressado; sem criatividade; demonstra desafeto e rigidez; desconfiado; mantêm-se distante e indiferente; desatualizado; inseguro e não toma decisões; possui pouca cultura; egoísta.

Perfil psicosociocultural do professor emitido pelas 542 adolescentes do **sexo feminino** das escolas do Grupo A e do Grupo B. Observa-se o **nível de insatisfação,** ou seja **atitudes** e **comportamento** manifesto inadequado, destacados nas relações interpessoais entre professor e estudante, tais como: não aceita sugestões; mau humor e agressividade; sem criatividade; prepotente e orgulhoso; demonstra desafeto e rigidez; desinteressado;

desconfiado; mantêm-se distante e indiferente. As estudantes do sexo feminino consideram tais atitudes e comportamentos prejudiciais a um bom relacionamento entre professor e estudante. Estas indicações revelam a presença de fatores de risco microssocial, ambiente educativo da escola que influem nos possíveis consumos de drogas (Orte, 1994; GID, 1995).

Observa-se que os estudantes do **sexo masculino** das escolas do Grupo B (rede privada) são mais críticos ao avaliarem as atitudes demonstradas pelos professores e direção para com eles. Se compararmos aos rapazes das escolas do Grupo A (rede pública), um menor número de estudantes percebem, refletem e emitem seu julgamento crítico, conforme os valores percentuais.

Observa-se que as estudantes do **sexo feminino** das escolas do Grupo B (rede privada) são muito exigentes e críticas. Se compararmos às avaliações das adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) pelo percentual de respostas, vemos que demonstram serem críticas, mas mais tolerantes ou acomodadas.

O nível de exigência das adolescentes estudantes de escolas do Grupo B (particular) é superior ao das estudantes das escolas do Grupo A (pública), que embora demonstrem insatisfação, tem dificuldades de expressarem o que percebem e sugerirem modificações na postura e abordagem educativa do professor e direção (por medo). Muitas adolescentes expressam tais sentimentos de descontentamento através de atitudes e comportamentos agressivos e anti-sociais; desinteresse pelos estudos, desmotivada com matéria, apatia; fugas de sala de aula; isolamento; uso de drogas e evasão escolar.

As escolas são instituições com culturas diferentes e têm significados distintos para diferentes estudantes. A escola, a sala da aula é um lugar imaginário, os atores são os adolescentes e os professores que num interjogo de forças inconscientes se cruzam, se opõem, se conflituam ou se reforçam. Observa-se que algumas escolas têm seu processo educacional mais dirigido e uma visão limitada ao contrário de outras mais abertas e liberal que, dito por professores que suas práticas, são de "educação libertadora" mas constatamos, pela percepção acurada dos estudantes adolescentes de ambos os sexos ao denunciarem, que essa não passa de uma educação retrógrada e carregada de ambigüidades.

Os adolescentes do **sexo masculino** (462) estudantes das escolas do Grupo A e os das escolas do Grupo B mostram **(Tabela 20, p. 466)** sua **satisfação** com **atitudes e valores dos professores** para com eles. Expressam satisfação com professores que demonstram: honestidade de caráter; alegria, são sorridentes e descontraídos; domina a área de conhecimento; estimula à criatividade do estudante; contribui para formação de consciência crítica; autoconfiança e não discrimina usuários de drogas ilegais.

As adolescentes do **sexo feminino** (542) estudantes das escolas do Grupo A e as do Grupo B expressam **(Tabela 20)** o porquê de sua **satisfação** com as **atitudes e valores de professores**, que se mostram alegres, sorridentes e descontraídos; dominam a área de conhecimento; são comunicativos e afetivos; honestidade de caráter; capazes de contribuir na formação de consciência crítica; estimulam a criatividade do estudante; auxiliam dificuldades pessoal e escolar e que têm autoconfiança. Elas destacam traços de **personalidade e atitudes** do professor que são importantes para um efetivo e prazeroso relacionamento entre professor e estudante. Expressam que, ao desempenhar as funções docentes, devem ter consciência que estão contribuindo para formação da identidade pessoal do adolescente, do seu autoconceito. O professor com tais características listadas pelas adolescentes estudantes, será possuidor de

uma alta auto-estima.

Os adolescentes de ambos os sexos (masculino e feminino) expressam como deve ser o educador e destacam as atitudes imprescindíveis não só para uma convivência psicossocial, mas para o seu desenvolvimento psicosocio-cultural-educacional. As atitudes docentes com seus componentes cognitivos, afetivos e comportamentais ajudam a proteger decréscimo de auto-estima, evitando verdades desagradáveis sobre si mesmos. As atitudes servem como elementos de ajustamento perante a sociedade, permitindo expressar valores que são fundamentais. As atitudes são apreendidas através da socialização. Os professores devem refletir sobre suas crenças, atitudes, intenções e comportamentos manifestos diante dos adolescentes (Krowczuk,1997; Rokeach,1973; Hewstone, et al.,1990; Orte, 1994; Rosemberg, et al., 1960).

Mais do que nunca, os valores, as atitudes e as crenças desempenham um papel importante no desenvolvimento da personalidade humana, e são marcantes no papel educacional desempenhado pelos professores (pessoas adultas) interagindo com a juventude.

A escola tem importante papel diferenciador no desenvolvimento psicosociocultural dos jovens. Acredito que é importante recordar que uma das suas funções é oportunizar a ocorrência de mudanças e retomar seu papel de laboratório das relações humanas, pois atualmente as escolas parecem centrar-se meramente nas relações pedagógicas, tornando o convívio social conflituoso entre estudantes e professores.

As atitudes rígidas ou de permissibilidade revelam a fragilidade da autoridade docente. A adolescência é um período de transformações, da conquista do pensamento formal, conducente a raciocinar, refletir, estabelecer comparações e elaborar conclusões partindo do percebido e do vivenciado. Essa vivência cotidiana, oportuniza um novo tipo de relação com o mundo adulto, cria um espaço para desenvolver a criatividade, inicialmente através de atitudes impulsivas, difusas, caóticas para a óptica dos adultos, mas com um ambiente e relações interpessoais (pais e professores) harmônicas e inteligentes.

Estabelecendo noções de limites, o adolescente consegue enfrentar e suportar esta fase de transição. **Limite** está associado a atitudes rígidas, à "repreensão", "proibição", "distanciamento", como também à repressão a formas de expressão. Observa-se que os professores/ educadores nesta visão difusa (equivocada) de interpretação, vivem um dilema. Estes adotam atitudes rígidas baseadas em normas disciplinares como forma de impor, valer sua autoridade e/ou adotam a ideologia do *laissez-faire*, deixando os jovens entregues a incipientes e às vezes caóticas regras de convívio psicossocial.

Práticas incoerentes, inadequadas no atual contexto em que vivemos, são atitudes, em muitos casos, de falsa auto-estima, de óptica distorcida impregnada de autoritarismo que deteriora as relações humanas. As atitudes dos professores e direção podem ser indutoras de atitudes agressivas, desmotivação pela matéria e até condutas destrutivas e transgressoras por parte dos adolescentes. Disciplina não se exige, conquista-se com afeto, amizade e demonstração de conhecimento atualizado, com atitudes flexíveis de professores estimuladores do pensamento criativo e formas de expressão espontânea, sem receios de riscos, sendo possível através do estabelecimento de limites.

Os adolescentes "pedem limites". É que o "limite" os ajuda a organizar sua mente. Os adultos quando tem dificuldades em colocar limites, em muitos casos tiveram conflitos com

seus pais, professores, sentiram-se "reprimidos" nas suas infâncias e adolescências. Estes assumem posturas mais cômodas de um liberalismo anárquico, acabam causando problemas não só de convivência, mas prejudicial ao desenvolvimento psicossocioeducacional do adolescente.

A função da escola é educar, ou seja, "colocar para fora" o potencial do indivíduo, ao contrário do ensinar que é "colocar signos" para dentro do indivíduo. Conforme o ambiente escolar vivenciado pelo adolescente, este terá um aprendizado prazeroso e valorado, ou distúrbios de conduta e/ ou de aprendizagem. Numa prática docente que deixa transparecer o descompromisso, não pode haver futuro, respeito e consideração pelo outro. A criança e o adolescente, atualmente, em vez de pensar, são pensados, programados e conduzidos a atuar, a consumir. Isso impede a sua criatividade, sua capacidade de refletir, pensar, construir, transformar e evoluir.

2.8 Estilo de Vida, Valores, Atitudes e Hábitos Cultivados e Praticados na Vida, manifestados por Adolescentes de Ambos os Sexos

Estilo de Vida, Valores, Atitudes e Hábitos (Tabelas 21, 21^{A} e 21^{B}) praticados na vida por adolescentes estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada).

Na **Tabela 21 (p. 467)** observa-se que adolescentes do **sexo masculino** (462) de ambas as escolas praticam mais esportes, freqüentam assiduamente clube social, maior número tocam instrumento musical e participam de bandas e ou grupos musicais e preferem conversar com amigos na rua, se comparados às adolescentes do sexo feminino. Mas são as **estudantes** que em maior número realizam exercícios/ginástica corporal, lêem jornal, revistas, livros, freqüentam cinemas, teatros, discotecas e bares, acompanham a família em viagens de férias, passeios, reúnem-se com familiares e com amigos em casa; freqüentam a igreja e praticam culto, religião, etc., gostam de escrever poesias, desenhar, auxiliam mais nas tarefas domésticas e outros encargos da família se comparadas aos estudantes do sexo masculino.

Analisando separadamente o **estilo de vida** dos adolescentes quanto aos hábitos cultivados pelos 216 estudantes do **sexo masculino** das escolas do Grupo A (rede pública), observa-se na **Tabela 21^{A} (p. 468)** que **ocupam seu tempo livre**, com o hábito de assistir TV, filme, vídeo, 97,69% dos rapazes; de escutar/ouvir música, 96,76%; dedicar-se à leitura (jornal, revista, livros, etc.), 93,52%; com o hábito de ir ao cinema, 87,04%; ir a shows, 74,07%; freqüentar teatro, 49,54%; preocupar-se com a saúde física e auto-imagem através da prática de esportes (ciclismo, atletismo,) 91,67%; realizar exercício/ginástica corporal, 79,63%; cultivar o hábito de recreações/ socialização/ competição através de jogos (sinuca, xadrez, etc.), 84,72%; freqüentar discotecas, bares 75,46%; freqüentar clube social 64,81%; participar de associação comunitária cultural/esportiva do bairro, 15,28%; com o hábito de passear, encontrar amigos e fazer compras no shopping, 92,59%; ir a excursões, acampar com amigos, 72,22%; com o hábito de viajar nas férias, fazer passeios com a família, 93,52%; reunir-se com a família/parentes em casa, 91,20%; reunir-se com amigos em casa, 84,72%; comemorar datas festivas (aniversário, natal, ano novo, etc.) com a família, 92,13%; com o hábito de conversar com amigos na rua 89,81%; de estar só sair para rua caminhar/pensar, 75,00%; freqüentar a igreja, praticar culto, religião/doutrina/seita/ filosofia de vida, 51,85%; gostar de escrever poesias, desenhar, 53,24%; tocar instrumento musical e participar de banda e ou grupo musical, 36,11%; valorizar a natureza dedicando-se ao cultivo de plantas, 31,02%;

auxiliar/assumir tarefas domésticas e de família, 79,63%.

Se compararmos as preferências e hábitos cultivados pelos 246 estudantes do sexo masculino das escolas do Grupo B (rede privada), observa-se na **Tabela 21^{B} (p. 469)** que **ocupam seu tempo livre** também assistindo TV, filme, vídeo, 98,37% dos rapazes; escutando/ouvindo música, 98,37%; dedicam-se a leitura (jornal, revista, livros, etc.,) 97,56%; têm o hábito de ir ao cinema, 95,53%; indo a shows, 85,37%; indo a teatros 58,41%; preocupando-se com a saúde física e auto-imagem através da prática de esportes, 93,50%; realizando exercícios/ginástica corporal, 91,87%; cultivando o hábito recreação/ socialização/competições através de jogos, 86,99%; freqüentando discotecas, bares, 88,62%; clube social, 76,83%; associação comunitária cultural/esportiva do bairro, 9,35%; têm o hábito de passear, rever amigos e fazer compras no shopping, 95,93%; indo a excursões, acampando com amigos, 80,49%; viajando nas férias/passeando com a família, 97,15%; reunindo-se com a família/parentes em casa, 97,97%; reunindo-se com amigos em casa, 91,46%; comemorando datas festivas com a família, 97,56%; conversando com amigos na rua 89,02%; ficando só, sair para rua caminhar/pensar, 67,89%; freqüentando a igreja, praticando culto, religião, etc., 52,44%; escrevendo poesias, desenhando, 48,78%; tocando instrumento musical e participando de bandas e/ou grupo musical, 35,77%; valorizando a natureza, dedicando-se ao cultivo de plantas, 21,54%; auxiliando/assumindo tarefas domésticas e de família, 84,55%.

Observa-se que os estudantes do **sexo masculino** das escolas do **Grupo B** (rede privada) são em maior número/percentual na prática de esportes, realizam exercícios,ginástica corporal, e na leitura de jornais, revistas, livros para manterem-se informados, atualizados. Preocupam-se mais com a cultura geral, freqüentam cinemas, teatros e assistem shows; viajam nas férias e fazem passeios programados pela família, participando de excursões e saindo para acampar com amigos ao longo do ano além do período de férias; reúnem-se com familiares, parentes e amigos em casa e têm o hábito de comemorar datas festivas junto com a família e auxiliam mais nas tarefas domésticas e outros encargos de família. Se comparados aos estudantes do sexo masculino das escolas do **Grupo A** (rede pública) são estes em maior percentual que utilizam seu tempo livre desfrutando das atividades culturais e esportivas oferecidas pela associação comunitária do bairro, cultivam e expressam qualidades criativas como escrever poesias, textos literários e a arte desenhar, através da música ao tocar instrumento musical e participam de bandas e ou grupo musical, se dedicam mais à natureza, cultivo de plantas, e se dedicam mais ao hábito de estar só sair para rua, caminhar/pensar para passar o tempo. Tais práticas revelam uma escala de valores, e adoção de um estilo de vida saudável de valorização da vida, considera-se fatores de proteção para não consumir drogas (Orte, 1994; GID,1995; Moradillo, 1994, 1995; Calafat, 1995; Krowczuk,1997).

Certos hábitos são cultivados igualmente, tanto pelos estudantes do sexo masculino das escolas do Grupo A e do Grupo B, como freqüentar a igreja/prática de culto, religião, conversar com amigos na rua e passear, encontrar-se com amigos para conversar e/ou comprar algo em shoppings.

Analisando o **estilo de vida** (**Tabela 21^{B}**), observa-se que as estudantes do **sexo feminino** das escolas do **Grupo B** (rede privada), embora sejam em menor número, se comparadas às do Grupo A (rede pública), são as que apresentam maior percentual na pratica/cultivo de exercícios/ginástica corporal, preocupam-se com estética auto- imagem, exercitam socialização através da prática de jogos, freqüentam mais cinema, teatro e shows, discotecas e bares, freqüentam clube social, participam de excursões de acampamentos com

amigos; reúnem-se mais com familiares/parentes em casa, tem o hábito de estar só, sair para rua (pensar, caminhar, passar o tempo). Se comparadas às estudantes do **Grupo A** que embora sejam mais numerosas, praticam menos as atividades descritas. Observa-se que dos hábitos mais praticados pelas moças das escolas do Grupo A, são as atividades culturais e esportivas promovidas pela Associação Comunitária do bairro, freqüentam a igreja/prática de culto, religião, tem o hábito de cultivar plantas, expressam mais sensibilidade ao tocar instrumento musical, manifestam potencial criativo ao escrever poesias e desenhando, em menor número auxiliam/assumem tarefas domésticas na família se comparadas às estudantes das escolas do Grupo B (rede privada).

A análise comparativa (**Tabela 21^{B}, p. 469)** mostra que os estudantes do sexo masculino e do sexo feminino das escolas do Grupo B cultivam hábitos que tem relação direta com o melhor nível sócio-econômico-educacional e cultural ao qual pertencem, pelas condições mais diferenciadas, têm maior oportunidade em cultivar certos hábitos que os estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A, embora cultivem, mas não o fazem com a mesma freqüência e proporção. Chama atenção que 50,00% dos adolescentes do sexo masculino não freqüentam teatro. Entre as do sexo feminino, são as pertencentes às escolas do Grupo B 78,21%, que apreciam e freqüentam teatros, se comparadas às 58,77% das moças do Grupo A, que valorizam esta arte.

Algumas atividades artísticas, culturais não são cultivadas pelos adolescentes das escolas do Grupo A, provavelmente porque não tenham condições econômicas.

2.9 Valores, Atitudes e Cultivo de Hábitos, Tempo Dedicado às Atividades Preferidas manifestados por Adolescentes de Ambos os Sexos

Valores, atitudes e **hábitos tempo/horas diários dedicados às atividades preferidas por adolescentes escolares de ambos os sexos das escolas do Grupo A** (rede pública) e as do Grupo B (rede privada) (**Tabelas 22, 22^{A} e 22^{B}**).

A **Tabela 22 (p. 470)** mostra o **número de horas/dia dedicadas às atividades mais valorizadas** pelos adolescentes de ambos os sexos de ambas escolas, como ocupam seu tempo livre, o que fazem (extraclasse) quando não estão na escola.

Observa-se na **Tabela 22** que os adolescentes **do sexo masculino** das escolas do Grupo A e os do Grupo B, em menor percentual usam a mídia (TV, filmes vídeo e videogames) praticam esportes e jogos; praticam, estudam música. Se comparados as adolescentes do **sexo feminino**, que, em maior percentual escutam/ouvem música, estudam extraclasse, fazem tarefas da escola; tem hábito de ler (jornal, revistas, livros), cultivam a arte de desenhar, pintar, escrever. Quanto ao hábito do estudante passar seu tempo livre na rua, não se observa diferença significativa entre os estudantes do sexo masculino e feminino, eles se comportam de modo muito semelhante 61,18% dos rapazes e 63,78% das moças passam de 1 a mais de 3 horas/dia na rua além do horário escolar.

Na análise comparativa, observa-se (**Tabelas 22^{A},p. 471; 22^{B} , p. 472**) um comportamento semelhante dos adolescentes do **sexo masculino** das escolas do Grupo A e os do Grupo B. Os estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) passam de 1 a mais 3 horas diariamente ocupados com atividades extraclasse preferidas que revelam seu estilo de vida como: ver televisão e vídeo, 81,68% dos rapazes, praticar esportes, 76,88%; ouvir música,

70,71%; permanecem na rua, 58,68%; praticar jogos, 50,00%; praticar estudar música, 34,23%; ler jornal, revistas, etc., 34,03%; estudar além do período de aula normal, 32,80%; desenhar, pintar, escrever, 27,11% dos estudantes. Quando comparados com os estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) ao informarem que assistem TV, vídeo, 79,25% dos estudantes; praticam esportes, 75,11%; ouvem música, 65,94%; gostam de estar na rua 63,06%; praticam jogos 37,86%; 6º estudam extraclasse 34,51%; praticam/estudam música, 31,06%; lêem jornal, etc., 28,27%; desenhar, pintar e escrever, 20,51% dos estudantes, nota-se que o comportamento, embora semelhante, na ordem das preferências, difere em relação ao percentual do número de praticantes.

Na análise comparativa do comportamento das adolescentes do **sexo feminino** das escolas do Grupo A e as do Grupo B observa-se **(Tabelas 22^{A}, p. 471, 22^{B,} p. 472)** diferença em relação ao percentual, ou seja, número de praticantes de 1 a 3 horas/dia, mas as preferências atividades são semelhantes. As estudantes do sexo feminino das escolas do **Grupo A** cultivam as atividades, como: ouvir música, 82,71% das moças; ver/assistir programas televisão, filme vídeo, 81,48%; estar na rua, 62,23%; praticar esportes 56,03%; estudar extraclasse, 51,06%; ler jornal, revista etc., 39,55%; praticar jogos, 34,86%; desenhar, pintar e escrever, 33,20%; praticar/estudar música, 26,53% das moças. Se comparadas com as estudantes das escolas do **Grupo B** que informam o tempo extraclasse dedicado 1 a mais de 3 horas/diária para ouvir música, 77,92% das moças; para ver TV e vídeo, 72,48%; estar na rua, 65,75%; praticar esportes, 55,96%; estudar fora da classe, 55,46% das moças; para ler (jornal, revistas, etc.), 32,00%; desenhar, pintar e escrever, 26,94%; praticar jogos lúdicos, 25,42%; e, estudar/praticar música 20,44% das moças.

Observa-se que a televisão e outras formas de mídia visual desempenham um enorme papel na vida diária, especialmente nas vidas das crianças e dos adolescentes.

Embora a televisão atue na educação e socialização das crianças e adolescentes, sabe-se dos inúmeros problemas de saúde associados à permanência excessiva em frente à televisão, independentemente do conteúdo. As pesquisas comprovam que existe uma forte correlação entre a exposição das crianças e adolescentes à violência na mídia e um grande número de problemas comportamentais e psicológicos intensificados principalmente pelo comportamento agressivo. Crianças e adolescentes adquirem os valores através da observação, imitação, introjeção de comportamento adulto. As figuras parentais (pais e mães) gastam seu tempo livre ou até mesmo desenvolvendo alguma atividade doméstica com o televisor ligado. Observa-se na **Tabela 5 (p. 404)** que retrata o **estilo de vida, valores, atitudes e hábitos dos pais e mães** da população de adolescentes estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada) que 88,31% dos pais e 90,44% das mães cultivam o hábito diário de assistir televisão, filmes vídeo, etc.

Na análise do **patrimônio**/bens da família a **Tabela 2 (p. 400)** revela a condição socioeconômica dos adolescentes de ambos os sexos do estudo. Observa-se nos lares que 99,57% dos rapazes e 99,82% das moças têm televisão (a média da família possui 2 aparelhos), muitos adolescentes possuem um aparelho no seu próprio quarto; 93,51% dos rapazes e 92,07% das moças têm em seus lares um aparelho de vídeo; e 98,48% dos rapazes e 99,57% das moças têm aparelho de som/música; 98,48% dos rapazes e 99,45% das moças têm aparelho de rádio em seus lares e possuem computador em sua habitação 59,31% dos rapazes e 48,89% das moças estudantes das escolas do Grupo A e as do Grupo B.

A TV desenvolve alguns aspectos positivos: divertir, 40%; despertar curiosidade, 34%;

informar, 30%; educar, ensinar, 28%; ampliar a visão do mundo, 19%; manter as crianças em casa; mostrar diferentes realidades, 12%; facilitar a comunicação, 11%; apresentar tabus naturalmente, 3%.

Segundo os especialistas (psiquiatras, psicanalistas, psicólogos), a TV ajuda através dos programas educativos a ensinar e a conhecer o mundo. Mas também atrapalha no horário dos estudos, fere a moral com cenas de sexo e estimula a violência, além de roubar o tempo de convício familiar, distorcer a realidade, estimular o consumo; mostrar valores éticos, morais e culturais diferentes; antecipar discussões que provocam rupturas na família; apresentar programação inadequada; ignora diferenças culturais.

2.10 Crenças, Religião e práticas de Doutrinas, Seitas e Filosofias manifestadas por Adolescentes de Ambos os Sexos

A **Tabela 23 (p. 473)** mostra os valores transcendentes à fé religiosa dos estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) e os das escolas do Grupo B (rede privada) que **acreditam e praticam**, os que crêem mas **não praticam** uma **religião/doutrina** e os que não têm crença se auto denominam **ateus**.

Os dados da **Tabela 23** mostram que os adolescentes (247 rapazes e 364 moças) crêem e praticam algum tipo de religião/doutrina , tem fé e procuram acreditar num ser e /ou força superior denominada Deus, Buda, Maomé. Observa-se que a religião católica apostólica romana é a predominante, considerando os que praticam e os que não praticam são 43,29% dos estudantes do sexo masculino e 50,38% do sexo feminino. Tal percentual está relacionado com as crenças e práticas das figuras parentais. Observa-se na **Tabela 6 (p. 405),** que as figuras parentais, os seguidores/praticantes e não praticantes da religião católica são 74,56% dos pais e 72,42% das mães, tem fé e a religiosidade como um valor transcendente referencial para vida pessoal e estrutura familiar, herdada e cultivada por várias gerações de colonizadores emigrantes italianos, espanhóis, portugueses, etc.. Os adolescentes cristãos protestantes seguem as práticas parentais (pai e mãe), são emigrantes alemães seguidores de várias ramificações, mas encontram-se em menor percentual. Observa-se a atração dos adolescentes pela diversidade de religiões, cultos, seitas e filosofias. Tal atração decorre do desejo dos jovens de adotarem crenças diferentes das de seus pais dentro do padrão de contestação com que eles pautam sua relação com a geração precedente na busca de afirmação de sua identidade. Mas embora contestem , obedecem as necessidades místicas equivalentes às de seus genitores. Os jovens atualmente buscam cultos religiosos exóticos, ou seja, distintos das religiões tradicionalmente praticadas no ocidente, podemos interpretar como uma forma de expressão e desejo de contrapor-se aos valores provenientes da geração precedente. Mas observa-se que é elevado o percentual de jovens (46,54% rapazes e 32,84% moças) que são **ateus**, não acreditam em religião/doutrinas e nem mesmo buscam correntes filosóficas como forma de reencontro com a fé interior e reorientação de suas vidas.

Os dados revelam que as adolescentes do sexo feminino apreciam mais a fé religiosa se compararmos com os do sexo oposto.

Analisando separadamente os **estudantes do sexo masculino** que informam serem **ateus** são 49,07% dos estudantes das escolas do Grupo A. Se comparados aos 44,31% dos estudantes das escolas do Grupo B, que estão nesta condição.

Em relação às estudantes do **sexo feminino** que aparecem na condição de **ateu** são 33,77% das moças das escolas do Grupo A. Se comparados as 31,62% das moças das escolas do Grupo B que não têm crença em religião/doutrina (**Tabela 23, p. 473).**

A religiosidade e o misticismo têm acompanhado a história da humanidade deste os seus primórdios e acredito que continuará a fazê-lo por longo período, mesmo com todo o avanço tecnológico e nesta Era da Informação a maioria dos seres humanos têm necessidade de crença, fé religiosa, filosofia para moverem-se diante dos obstáculos de seu cotidiano e darem sentido a vida. Os jovens de hoje estão procurando outras crenças para satisfazer suas necessidades místicas, ou suas carências de sustentação moral e estando vulneráveis tornam-se presas fáceis de muitas seitas que os conduzem a processos de autodestruição, a uma ideologia fanática e indutora a drogadicção, perversões, suicídios, etc.

2.11 Hábitos de Consumo de Tabaco (Idade, Tipo, Freqüência, Local e Companhia) manifestados por Adolescentes de Ambos os Sexos

Hábitos de Consumo de Tabaco tipo freqüência e quantidade consumida por adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os das escolas do Grupo B (rede privada).

A **Tabela 24 (p. 474)** mostra os **hábitos de consumo de tabaco na vida**, tipo, freqüência, quantidade atual e formas de fumar.

Da amostra estudada de 462 estudantes do sexo masculino e 542 do sexo feminino, 29,87% dos estudantes/rapazes e 47,23% das moças já fumaram **alguma vez na vida**. As fumantes de cigarro são 100,00% dos estudantes e 99,22% das moças e, cigarrilha 0,78% das moças das escolas do Grupo A e os do Grupo B.

Fumam atualmente 16,02% dos estudantes do sexo masculino e 24,17% das do sexo feminino das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada). Quanto à **freqüência** consomem tabaco **todos os dias** 19,56% dos rapazes e 24,22% das moças, fumam **ocasionalmente** 34,06% dos rapazes e 26,95% das moças, fumaram **só uma vez na vida** 5,80% dos rapazes e 5,47% das moças. Informam serem **ex-fumantes** 40,58% dos rapazes e 43,3% das moças do total que consumiram tabaco/cigarros e cigarrilhas. (**Tabela 24**).

Quanto à **quantidade do consumo diário** observa-se que 66,22% dos estudantes do sexo masculino e 66,41% das do sexo feminino consomem menos de 5 cigarros; 20,27% rapazes e 19,85% das moças fumam de 5 a 9 cigarros; 12,16% dos rapazes e 10,69% das moças fumam entre 10 e 20 cigarros e, 1,35% dos rapazes e 3,05% das moças fumam mais de 21 cigarros ao dia, dos estudantes tabagistas das escolas do Grupo A e os do Grupo B (**Tabela 24**).

Quanto ao **consumo de tabaco na vida**, observa-se que a taxa é de 29,87% (138) dos rapazes e 47,23% (256) das moças. Afirmam que são **fumantes atualmente** 16,02% dos estudantes do sexo masculino e 24,17% do sexo feminino. Na condição de **ex-fumantes** são 13,85% dos rapazes e 23,06% das moças das escolas do Grupo A e do Grupo B, que deixaram tal hábito adicto. Observa-se na **Tabela 24** que do total da amostra (1004) estudada, informam (324) 70,13% estudantes do sexo masculino e (286) 52,77% do sexo feminino que **nunca fumaram na vida.**

Quanto à **freqüência,** os adolescentes do **sexo masculino**, do Grupo A consomem tabaco todos os dias 17,91%; fumam ocasionalmente, 25,37%. Se comparados aos do mesmo sexo estudantes das escolas do Grupo B que consomem tabaco todos os dias 21,13%; ocasionalmente, 42,25%.

Entre os adolescentes do sexo masculino de ambas as escolas do Grupo A e do Grupo B, afirmam que **nunca fumaram tabaco na vida**, são (149) 68,48% dos rapazes das escolas do Grupo A e (175) 71,35% rapazes das escolas do Grupo B.

Na análise comparativa observa-se (**Tabela 24, p. 474**) um comportamento semelhante dos adolescentes do sexo masculino das escolas do Grupo A e os do Grupo B. A diferença é nos percentuais, ou seja, 18,29% rapazes das escolas do **Grupo B** fumam atualmente e, consomem maior quantidade de cigarros todos os dias 21,13%. Se comparados aos 13,43% rapazes das escolas do **Grupo A** fumam atualmente, são 17,91% dos rapazes que fumam todos os dias, mas entre os fumantes diário e ocasional consomem menor quantidade de cigarros.

Os resultados apontam que maior percentual de estudantes do sexo masculino das escolas do Grupo A e os das escolas do Grupo B tem comportamento dependentes da nicotina considerados fumantes leves/baixa dependência fumam (1 a 5), ou seja, menos de 5 cigarros/dia.

Na análise comparativa fica **Tabela 24** os resultados apontam que as estudantes do **sexo feminino** das escolas do Grupo A (rede pública) encontram-se entre o maior número de dependentes de nicotina. Embora 60,24% fumem de 1 a 5 cigarros, menos de 5 cigarros que é considerado baixa dependência ou fumante leve, observa-se que o consumo moderado e/ou média dependência, fumantes entre 10 a 20 cigarros são 12,05%; e, altamente dependentes, as que fumam mais de 21 cigarros/dia são 3,61% das moças, quando comparadas às moças das escolas do Grupo B (rede privada) que são 77,08% fumantes leves; 8,33% moderadas e 2,08% das estudantes do sexo feminino são fumantes com alto grau de dependência.

Idade, local e na companhia de quem consumiu tabaco pela 1ª vez, experiências de adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os das do Grupo B.

Dos adolescentes consumidores de tabaco alguma vez na vida a **Tabela 24^{A} (p. 475)** mostra os resultados relativos **a idade** que **fumou pela primeira vez**. Observa-se que tiveram experiência entre as idades de 4 a 18 anos (138) 29,87% dos estudantes do sexo masculino e (256) 47,23% das do sexo feminino do total da amostra estudada 462 rapazes e 542 moças. A idade de 13 a 15 anos mostra a maior concentrações da primeira experiência são 61,60% dos rapazes e 68,76% das moças, a seguir dos 10 aos 12 anos 22,46% dos rapazes e 21,09% das moças, de 16 a 18 anos 9,42% dos rapazes e 8,20% das moças. Observa-se que a primeira experiência com tabaco também ocorreu em menor concentração na idade 4 a 6 anos 1,45% dos rapazes e 0,39% das moças; de 7 a 9 anos 5,07% dos estudantes do sexo masculino e 1,59% as do sexo feminino.

Analisando separadamente os resultados relativos a **idade da primeira experiência de consumo de tabaco** dos 67 adolescentes do **sexo masculino** das escolas do Grupo A (rede pública) observa-se maiores percentuais nas idades de 13 aos 15 anos, 61,19%; a seguir dos 10 aos 12 anos, 22,39%; menor concentração nas idades dos 16 aos 18 anos, 7,46%. A

experiência precoce dos 7 aos 9 anos, 5,97%; e, na idade 4 aos 6 anos, 2,99% dos rapazes. Comparados aos 71 estudantes do mesmo sexo das escolas do Grupo B (rede privada) que apresentam o mesmo comportamento, com percentuais semelhantes, nas idades de 13 aos 15 anos, 61,97%; de 10 aos 12 anos, 22,54%; com percentuais maiores nas idades de 16 aos 18 anos, 11,26%; e, experiências precoces de 7 aos 9 anos 4,23% dos rapazes fumaram cigarro pela primeira vez na vida.

O comportamento de **consumo de tabaco** alguma vez na vida ao compararmos os resultados relativos a **idade de primeira experiência** das 153 adolescentes do **sexo feminino** das escolas do Grupo A, observa-se (**Tabela 24^{A}, p. 475)** um percentual maior nas idades dos 13 aos 15 anos, 62,75%; a seguir dos 10 aos 12 anos, 23,53%; e, percentuais menores nas idades dos 16 aos 18 anos, 11,76%; e a experiência precoce de 7 aos 9 anos, 1,96% dos rapazes. Se consideradas as 103 moças do mesmo sexo das escolas do Grupo B que tiveram a primeira experiência com cigarro ocorre percentuais maiores nas idades dos 13 aos 15 anos, 77,67%; menor percentual dos 10 aos 12 anos, 17,48%; e nas idades 16 aos 18 anos. A experiência na infância, dos 7 aos 9 anos, (1) 0,97% e dos 4 aos 6 anos, (1) 0,97% das moças que fumaram precocemente.

Os resultados mostram percentuais maiores de **consumo de tabaco como primeira experiência** na idade dos 10 aos 15 anos, 84,06% dos rapazes e 89,85% das moças. Fica evidente que o maior percentual é das moças e não de rapazes. Na comparação entre as adolescentes do mesmo sexo, observa-se a maior concentração, 95,15% das moças das escolas do Grupo B (rede privada) e mais baixa, 86,28% das moças as escolas do Grupo A. (**Tabela 24^{A}**).

Quanto ao **local de primeira experiência** de consumo de tabaco observa-se (**Tabela 24^{A}**) que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B fumaram pela primeira vez na praia, na rua, 28,99% dos estudantes sexo masculino e 24,22% do sexo feminino, em casa da família, 23,19% dos rapazes e 23,83% das moças.

Ao analisar os **meios facilitadores** para consumo de tabaco se observa a preferência por: 1º) locais abertos, na praia, na rua; 2º) por ambientes fechados, na casa (quarto), na casa de amigos: 3º) locais públicos como nas discotecas, festas jovens, bares, cafés e 4º) nas dependências do colégio/escola (pátio, toalete) indicado pelos adolescentes escolares de ambos os sexos e das escolas do Grupo A (rede pública) e as do Grupo B (rede privada).

Quanto à **companhia com quem fumou pela primeira vez** observa-se (**Tabela 24^{A} p. 475**) que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B informam que fumaram com o grupo de amigos 54,35% dos estudantes do sexo masculino e 35,16% do sexo feminino; fumou com um amigo, 16,67% dos rapazes e 37,11% das moças; fumou só, 13,77% dos rapazes e 12,89% das moças; fumou com familiares, 12,32% dos rapazes e 13,28% das moças; fumou com o namorado, 2,17% dos rapazes e 1,56% das moças, e com outras pessoas, 0,72% dos rapazes.

Ao analisar a **escolha da pessoa** com quem **compartilhou** a sua primeira experiência de fumar cigarro, observa-se: 1º com grupo de amigos ; 2º com um amigo; 3º fumou só; 4º fumou com familiar e 5º fumou com namorado (a) indicado pelos adolescentes escolares do sexo masculino e feminino das escolas do Grupo A (rede pública) e as do Grupo B (rede

privada) mostram as preferências que revelam formas de passar o tempo livre, o ócio, lazer e socialização.

Os jovens, em sua maioria, experimentam o cigarro por inúmeros **motivos**: porque o "*grupo de iguais*" e os *amigos fumam*, para *sentir-se aceito*; *não ser diferente*; *por curiosidade*; para *ter prazer*, *sentir sensações; sentir-se forte; divertir-se; controlar emoções, ansiedade, angústia; diminuir o apetite, a voracidade alimentar*; para *não ter medos, depressões, tristeza*, etc.; *melhorar desempenho na escola*, no *esporte,* nas *relações sexuais*, etc. (Krowczuk, 1991,1994, 1997, 2002; López Campos, 1989).

Os dados indicam que ainda crianças com idade inferior a 10 anos alguns sujeitos tiveram a oportunidade de experimentar a droga/tabaco. A idade escolar média, 8 - 12 anos, é um período que as crianças em desenvolvimento tornam-se muito vulneráveis as influências pessoais, sociais e ambientais e influências nocivas como o ato de fumar podem trazer danos à saúde física e mental. A adolescência, 13 aos 18 anos, é uma etapa de vida com crises de identidade de grupos versus alienação. Na pré-adolescência, 10-11 anos, as crianças têm muito tempo livre, não estruturado e pouco supervisionados, tem oportunidade de experienciar atividades como fumar, o consumo de álcool e o abuso de drogas ilegais por serem mais susceptíveis às pressões sociais e ambientais e sem crítica elas imitam os adultos. Na adolescência elas gozam de maior liberdade perante as figuras de autoridade. Os jovens passam a fazer parte de grupos iguais, com hábitos internalizados na infância somados às crises de identidade e com alto nível de ansiedade, buscam no tabaco/cigarro alívio das tensões e frustrações. Também o ato de fumar pode ser visto como uma forma de rebeldia contra a autoridade paterna e familiar e parte de um novo estilo de vida do jovem.

2.12 Hábitos de Consumo de Álcool (Idade, Parceria, Tipo de Bebida e Freqüência na Vida) manifestados por Adolescentes de Ambos os Sexos

Consumo de bebidas alcoólicas quanto ao tipo e freqüência de uso na vida, hábitos de adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os das escolas do Grupo B(rede privada).

A **Tabela 25 (p. 476)** mostra a **prevalência** de consumo de álcool (tipo de bebida), uso na vida, em festas, só fins de semana, na semana e diário por sexo dos adolescentes. Os resultados indicam **por tipo a preferência** entre as **bebidas fermentadas**, a cerveja ocupa o 1º lugar entre o total de consumidores, 98,25% dos estudantes do sexo masculino e 98,32% do sexo feminino consumidoras; 2º lugar o vinho, sendo 78,05% dos rapazes e 82,95% das moças; em 3º lugar a champanha consumida por 76,31% dos rapazes e 78,95% das moças.

Seguida das fermentadas, observa-se (**Tabela 25, p. 476**) entre as bebidas **destiladas** as mais consumidas de acordo com a ordem de preferência são: 4º lugar o whisky, conhaque, 62,09%; em 5º lugar coquetéis, 56,36%; em 6º lugar licores, 55,61%; em 7º lugar vodka, rum, gim, 52,87%; em 8º lugar cachaça, aguardente, 49,88%; em 9º lugar vermute para 42,64% dos estudantes do **sexo masculino** que consomem bebidas alcoólicas. Quanto à freqüência maior das estudantes do **sexo feminino** consomem em 4º lugar coquetéis, 62,11%; em 5º os licores, 55,79%; em 6º vodka, rum, gim, 44,84%; em 7º whisky, conhaque, 43,58%; em 8º vermute, 38,74%; em 9º lugar 33,85% das moças consomem preparados de cachaça, aguardente (caipirinha). Foi pesquisado consumo de álcool de farmácia e encontrado que 2,99% dos rapazes e 1,26% das moças o experimentaram uma vez na vida. Os dados

confirmam que o consumo na vida de bebida alcoólica pelas (475) 87,64% adolescentes do sexo feminino é maior do que pelos (401) 86,80% do sexo masculino.

Quanto à **freqüência,** observa-se (**Tabela 25, p 476)** que os adolescentes de ambos os sexos manifestam um maior consumo de bebida alcoólica só em festas e nos fins-de-semana. Nos estudantes do **sexo masculino** ocorre maior percentual de consumidores nos **fins-de-semana** de cerveja 38,07%, e vinho, 24,60%; **só em festas** consomem cerveja 42,13%, e vinho, 50,80%; e menores percentuais consomem diferentes tipos de bebidas alcoólicas. Em média 50,00% dos rapazes consomem whisky, conhaque, vodka, rum, gim e vermute, cachaça e, mais de 60,00%, consomem coquetéis e champanha em festas. O consumo na freqüência **diária** de cerveja, 2,03% dos rapazes, e vinho 1,28%; e, bebem **dois a três dias na semana** de cerveja, 9,39%; e, vinho, 2,88%; demais bebidas alcoólicas o consumo fica abaixo de 3,00% dos rapazes das escolas do Grupo A e os das escolas do Grupo B.

Observa-se (**Tabela 25, p. 476**) que entre os adolescentes do **sexo feminino** manifestam um maior consumo de bebidas alcoólica **só em festas**, bebem cerveja 52,03%; vinho 47,46%; ainda consomem outros tipos de bebida em média 44,00% das moças; e coquetéis e champanha 75,00%. Nos **fins de semana** consomem cerveja 28,69% e vinho 24,60% das estudantes; em média 15,00% consomem também diferentes tipos de bebidas destiladas, e 10,00% das moças têm o hábito de consumir champanha e coquetéis. O consumo na freqüência de **dois a três dias na semana** de cerveja por 2,78%, e vinho por 1,78% das moças; mas o consumo **diário** é inferior a 1,00% das moças pertencentes as escolas do Grupo A (rede pública) e as do Grupo B (rede privada).

Segundo a diferença por **sexo**, observa-se que as estudantes do **sexo feminino**, em maior percentual, preferem as bebidas mais suaves, doces e aromatizadas, especialmente às bebidas de graduação média. As bebidas destiladas, mais secas, fortes com maior teor de álcool são em maior percentuais preferidas e consumidas pelos estudantes do **sexo masculino**, embora se observe que 44,00% das moças estão consumindo bebidas destiladas de alto teor de álcool.

Analisando separadamente as **Tabelas 25_{I} (p. 477)** e **25_{II} (p. 478)**, observa-se que os adolescentes do sexo masculino e feminino, estudantes das escolas do Grupo A e os das escolas do Grupo B, têm comportamento semelhante enquanto consumidores de tipo de bebida alcoólica. Observa-se que existem pequenas diferenças nos percentuais quanto à preferência por tipo de bebida e à freqüência de consumo na vida.

Ao analisar as **preferências** das mulheres, por **tipo de bebida** (**Tabelas 25_{I}** e **25_{II}**) fica evidente que as adolescentes de ambas as escolas têm comportamento semelhante aos adolescentes do sexo masculino, companheiros do mesmo tipo de escola.

Os resultados destas duas tabelas (**25_{I}** e **25_{II}**) nos levam a concluir que o comportamento, quanto à prevalência por tipo de bebida é muito semelhante entre os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada).

Quanto à **freqüência** de consumo de álcool (tipo de bebida) uso na vida, em festas, só fins-de-semana, na semana e diário os dados constam separadamente nas **Tabelas 25_{I}** e **25_{II} por sexo e tipo de escola.**

A análise quanto ao consumo de bebidas alcoólicas segundo o **tipo** e **freqüência na vida** como mostra as **Tabelas 25 (p. 476), 25_I (p. 477), 25_{II} (p. 478)** possibilitou conhecer a prevalência de abuso e a escalada da dependência de álcool, pelo comportamento revelado pelos adolescentes estudantes do sexo masculino e feminino das escolas do Grupo A (rede pública) e as do Grupo B (rede privada)**.** Os resultados mostram que as crianças internalizem desde a mais tenra idade antes dos 7 anos o comportamento parental (mãe e pai) e em sua maioria de forma velada os reproduz na pré-adolescência e de forma declarada na adolescência. Os dados da **Tabela 8 (p. 407)** mostram hábitos de uso e abuso de bebida alcoólica por tipo, prevalência, freqüência e quantidade atual de consumo das **figuras parentais** (pai e mãe) dos estudantes, objeto deste estudo. Os resultados mostram a influência dos fatores biológicos psico-sócio-cultural e econômico e religioso.

O álcool constitui-se na droga mais tolerada, e de maior permissividade social; são atribuídas a ela mais qualidades positivas do que negativas no meio sócio-cultural e familiar. O vinho e a cerveja fazem parte das refeições, porque os adolescentes são provenientes de famílias de culturas mediterrâneas e saxões (italiana, espanhola, portuguesa, alemã, eslavos, européia). Cada cultura tem seu sistema de valores que se perpetuam através de mecanismos de identificações introjetadas por várias gerações e de mecanismos institucionalizados que desempenham papel de contenção de impulsividade, de frustrações, redução do nível de *stress*, etc. Cada cultura elege sua, ou suas drogas para produzir distintos efeitos, como utilizar, onde e para que finalidades as utilizam. O álcool é uma droga que tem poder gratificante, em baixas doses produz euforia e ativação psicomotora, tem efeitos ansiolíticos e anticonflitos. O organismo, a partir de dose média manifesta disfunção psicomotriz e ataxia, em doses altas fica claro que é um depressor do SNC, indutor de sedação, analgesia, anestesia, sono profundo e coma. Provoca inúmeras alterações do sistema endócrino-neuro-vegetativo.

Os aspectos relevantes para se considerar o álcool como uma droga adictiva são: seu poder gratificante, a tolerância física e social; e a dependência que ele é capaz de gerar.

Idade, local, companhia de consumo da bebida alcoólica pela primeira vez, experiências de adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os das escolas do Grupo B (rede privada).

Os resultados **(Tabela 25^A, p. 479)** identificam a **idade** dos adolescentes que consumiram bebida alcoólica alguma vez na vida, que são (401) 86,80% dos estudantes do sexo masculino e (475) 87,64% do sexo feminino e estavam na faixa etária de 4 a 18 anos de idade quando tiveram sua primeira experiência com o consumo de álcool.

A idade de 13 a 15 anos mostra a maior concentração da **1ª experiência** de consumo de álcool, sendo 62,10% dos estudantes do sexo masculino e 70,11% do sexo feminino, seguindo de 10 a 12 anos, 21,70% dos rapazes e 21,47% das moças; na faixa etária dos 4 aos 9 anos, 9,22% dos rapazes e 4,40% das moças. Os resultados identificam que as taxas são maiores nas estudantes do sexo feminino do que nos do sexo masculino.

Quanto ao **local** de consumo da bebida alcoólica pela **primeira vez**, observa-se na **Tabela 25^A (p. 479)**, que os adolescentes do sexo masculino e feminino, de ambas as escolas (Grupo A e B), informam que ocorreu em maior concentração: 1º) em casa com pais e familiares; 2º) em locais fora do ambiente familiar, como em festas/reuniões jovens; 3º) em locais públicos fechados, nos bares/cafeterias; 4º) em casa de amigos em menor

concentração; 5º) em espaços públicos abertos, praia, na rua; 6º) beberam em casa de parentes; e 7º) local consumiram bebida alcoólica no colégio/escola.

Quanto à **companhia** de quem consumiu bebida alcoólica pela **1ª vez**, observa-se **(Tabela 25^{A})** que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e as do Grupo B (rede privada) o fizeram: 1º com familiares (pais/irmãos), 41,90% dos rapazes e 47,16% das moças; 2º com grupo de amigos, 41,64% dos rapazes e 34,95% das moças. Observa-se que tanto os estudantes do sexo masculino como as do sexo feminino estavam em companhia, em maior percentual, junto a familiares; a seguir com amigos; com um amigo; sozinho; com pais e amigos; com namorada; em menor percentual as estudantes do sexo feminino beberam em companhia do namorado; dos pais e amigos; ou estavam sós, ou em companhia de pessoas desconhecidas quando consumiram bebidas alcoólicas.

Dos **atuais consumidores** de bebida alcoólica são (353) 76,41% dos estudantes do sexo masculino e (376) 69,37% do sexo feminino que se encontram na faixa etária dos 14 aos 21 anos.

Dos **atuais** adolescentes **consumidores de bebida alcoólica** são (157) 72,69% dos estudantes do sexo masculino e (204) 66,24% do sexo feminino pertencem às escolas do Grupo A (rede pública). Se comparados aos (196) 79,68% dos estudantes do sexo masculino e (172) 73,50% do sexo feminino das escolas do Grupo B (rede privada). Fica evidente que são os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) que estão consumindo mais álcool, do que os estudantes das escolas do Grupo A (rede pública).

Os resultados **(Tabela 25^{A} , p. 479)** nos levam a concluir que o comportamento é muito semelhante entre os rapazes de ambos os sexos, a diferença entre eles é muito pequena.

Analisando, por sexo, observa-se na **Tabela 25^{B} (p. 480)** que dos atuais consumidores de bebida alcoólica com **hábito semanal** estão as estudantes do sexo feminino em maior percentual do que os do sexo masculino, mas são os adolescentes do sexo masculino, 46,74% os maiores consumidores, na quantidade de 2 copos a 1 litro (350 a 1000ml), e de mais de 2.000 ml são 16,15% dos rapazes. Se comparados a 42,02% das estudantes do sexo feminino, que ingerem a quantidade de 350 a 1000ml (2 copos a 1 litro) e, na quantidade de mais de 2000ml (2 garrafas/litros) de bebida alcoólica são 4,25% das moças.

Quanto à **freqüência de embriaguez na vida,** a **Tabela 25^{B} (p. 480)** mostra os que consumiram algum tipo de bebida alcoólica foram os 401 estudantes do sexo masculino e as 475 do sexo feminino pertencentes às escolas do Grupo A (rede pública) e as do Grupo B (rede privada). Observa-se que dentre eles 21,95% dos rapazes e 22,32% das moças se embriagaram entre 2 a 6 vezes; e, 20,20% dos rapazes e 7,79% das moças já perderam a conta do número de vezes que se embriagaram.

No cômputo geral, aqueles que já tiveram a experiência de embriaguez na vida de uma a mais de seis vezes, os que perderam a conta, e somado aos que entraram em coma, perfazem 86,80% dos estudantes do sexo masculino e 87,64% do sexo feminino . Constata-se que na vida, se embriagaram alguma vez 66,83% dos rapazes e 60,42% das moças.

Os resultados indicam que a prevalência do consumo é maior entre as adolescentes do sexo feminino do que os do sexo masculino, mas no conjunto geral são os estudantes do sexo masculino que apresentam maior percentual de embriaguez na vida.

Quanto à **freqüência de embriaguez na vida**, observa-se na **Tabela 25^{B} (p. 480)** que no conjunto geral, aqueles que já tiveram experiência de embriaguez na vida, de uma a mais de seis vezes, e os que perderam a conta e mais os que entraram em como, perfaz (155) 70,14% dos estudantes do **sexo masculino** das escolas do **Grupo B** (rede privada). Se comparados aos (113) 62,78% dos estudantes do sexo masculino das escolas do **Grupo A** (rede pública), que já se embriagaram Em relação as adolescentes do **sexo feminino** os resultados mostram que a prevalência do consumo é maior nas adolescentes das escolas do **Grupo A**, mas estas apresentam menor percentual de embriaguez na vida 56,88% das moças. Se comparadas às adolescentes do sexo feminino estudantes das escolas do **Grupo B** que apresentam menor prevalência de consumo, mas são estas que apresentam maior percentual de ocorrência de embriaguez 65,05% das estudantes.

Quanto aos **locais** onde atualmente os adolescentes de ambos os sexos das escolas do Grupo A e as do Grupo B consomem bebida alcoólica sem qualquer restrição legal e controle dos adultos, observa-se (**Tabela 25^{B} p. 480)** que a maior concentração de consumidores ocorre em ambientes públicos fechados, como em festas de jovens, boates, danceterias, bares 67,14% dos estudantes do sexo masculino e 65,69% do sexo feminino. Constata-se uma menor concentração de consumidores em locais fechados e ambientes familiares, sendo em casa com os pais e casa de amigos 28,04% dos rapazes e 31,92% das moças.

Quanto à **companhia atual**, ou seja, pessoa com quem os adolescentes consomem bebida alcoólica, observa-se **(Tabela 25^{B} p. 480)** que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) bebem : 1º com o grupo de amigos, 54,11% dos estudantes do sexo masculino e 45,22% do sexo feminino; 2º com os pais e amigos, 22,66% dos rapazes e 34,47% das moças; 3º com familiar (irmão, tio, avô, pais), 13,31% dos rapazes e 10,90% das moças; 4º com amigos e namorada, só namorada, 5,39% dos rapazes e 15,42% das moças; e em percentuais menores bebem a sós e com pessoas estranhas 4,53% dos rapazes e 3,99% das moças.

Observa-se que os adolescentes do **sexo masculino,** em percentuais maiores, bebem com o grupo de amigos, quando comparados às adolescentes do **sexo feminino**. Mas são moças que em percentuais maiores bebem em companhia de amigos e namorado, e só com o namorado; já com os estudantes do sexo masculino ocorre baixo percentual. Adolescentes estudantes de ambos os sexos, em percentuais semelhantes, manifestam que bebem atualmente em companhia dos pais e amigos, e com familiar.

Observa-se, portanto, que tanto os adolescentes estudantes do sexo masculino como as do sexo feminino em maior percentual bebem álcool em companhia de grupo de amigos, com pais e amigos, em concentração muito baixa com namorado (a) e a sós.

Quanto à companhia atual, observa-se na **Tabela 25^{B} (p. 480)** que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) atualmente bebem álcool em companhia de um familiar em percentuais muito semelhantes, mas em menor concentração se comparados aos do grupo de iguais.

Os estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A, em média 13,84%, bebem com algum familiar, já os das escolas do Grupo B, em média 10,55%, têm a mesma preferência.

Observa-se, na análise das **Tabelas 25^{A} (p. 479) e 25^{B} (p. 480)** que a média dos estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A e os do Grupo B que tiveram sua **primeira experiência** de consumo de bebida alcoólica em casa da família, com os pais, irmãos, em média 44,00% dos rapazes e moças; e também beberam álcool pela primeira vez na vida 50,49% dos rapazes e moças em companhia de grupo de amigos, de um amigo e com os pais e amigos em festas, reuniões, nos bares/cafeterias, em casa de amigos. Dos atuais consumidores de álcool fica evidente que o maior percentual, ou seja, 66,42% dos rapazes e moças, atualmente, consomem bebidas alcoólicas em festas, boates, danceterias e bares e, preferem a companhia do grupo de amigos, com amigos e namorado (a), em média 60,07% dos estudantes do sexo masculino e do sexo feminino.

2.13 Hábitos de Consumo de Medicamentos Psicofármacos, Automedicação e/ou Prescrição Médica (Idade, Motivos, Classificação Farmacológica, Tipo) manifestados por Adolescentes de Ambos os Sexos

Hábitos de Consumo de Psicofármacos e Medicamentos por adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada).(**Tabelas 26, 26^{A}, 26^{B}, 26^{B}_{I} e 26^{B}_{II})**

A **Tabela 26 (p. 481)** mostra os resultados do consumo de medicamentos e psicotrópicos com **prescrição médica** e **sem prescrição, automedicação**, por tipo de escola e sexo.

Os adolescentes de **ambos os sexos**, estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) que **se automedicaram**, sob orientação de alguém leigo e/ou automedicação orientada, os casos de reutilização de receitas médicas antigas que não foram emitidas para uso contínuo. Observa-se na **Tabela 26** que da amostra estudada de 462 estudantes do sexo masculino e 542 do sexo feminino das que consumiram medicamentos **sem orientação, sem receita médica,** as drogas do Grupo I – **Depressores do SNC**: a) Ansiolíticos, Hipnóticos e Barbitúricos foram 8,01% dos rapazes e 8,29% das moças; b) Opiáceos e analgésicos opióides (Elixir Paregórico, Xaropes, Analgésicos, Sedativos) foram 63,85% dos rapazes e 99,81% das moças; as drogas do Grupo II – **Estimulantes do SNC**: Anfetaminas, Anorexígenos e Xantinas (redução peso, moderar apetite, cafeína e antiasmático), 15,59% dos rapazes e 24,17% das moças; as drogas do Grupo III – **Perturbadores do SNC**, Medicamentos Anticolinérgicos: Antiespasmódicos, Orexígenos (cólicas, estimulantes apetite) são 7,58% dos rapazes e 6,09% das moças. O grupo das drogas de Venda Livre: minerais e vitaminas, 19,48% dos rapazes e 20,12% das moças e, uso de laxantes (intestino) 4,76% dos adolescentes do sexo masculino e 12,73% das do sexo feminino usou tais medicamentos.

Na análise comparativa por tipo de escola e sexo, observa-se, na **Tabela 26,** que o consumo de psicofármacos e outros grupos de medicamentos orientados **com prescrição médica** ocorre de forma muito semelhante entre os adolescentes do sexo masculino e feminino das escolas do Grupo A (rede pública) como os das escolas do Grupo B (rede privada). A diferença observada está no percentual de consumidores por tipo de drogas dos Grupos I, II, III, que contém substâncias psicoativas e que são drogas/fármacos de venda controlada através de receituário médico. Os medicamentos de venda livre (aquisição sem receituário médico), também são consumidos pelos adolescentes de ambos os sexos, por orientação médica.

Observa-se (**Tabela 26**) que os adolescentes do **sexo masculino** estudantes das escolas do **Grupo B** (rede privada) em maior número utilizam o profissional médico para alívio da sintomatologia e queixas motivadoras do consumo de medicamentos classificados farmacologicamente como grupo das substâncias depressoras do Sistema Nervoso Central. As drogas para insônia, ansiedade, depressão, tensão, dor, sintomas respiratório e digestivo são as mais consumidas pelos jovens. Os dados indicam que os adolescentes (rapazes) usaram ansiolíticos para alívio de queixas hipocondríacas e sintomas psicossomáticos manifestados em diversas situações de stress constante no cotidiano. Se compararmos aos estudantes do sexo masculino das escolas do **Grupo A** (rede pública) que também recorrem a consulta médica para alívio do sofrimento psicofísico através de drogas psicoativas prescritas para controlar ansiedade, depressão, sintomas e sinais indicativos de alguma enfermidade orgânica.

Dos medicamentos mais consumidos do **Grupo I** são os analgésicos para dor e xaropes. A seguir as drogas do **Grupo II** – Estimulantes do SNC – Anfetaminas, Anorexígenos e Xantinas são usadas, por um número maior dos estudantes do **sexo masculino** das escolas do Grupo B (rede privada). Já os estudantes do Grupo A (rede pública) consomem as mesmas drogas em menor número. Os maiores consumidores de minerais e vitaminas são os adolescentes do sexo masculino estudantes das escolas do Grupo A, como se observa na **Tabela 26 (p. 481)**.

Fica evidente que as estudantes do **sexo feminino** das escolas do **Grupo A** e do **Grupo B** são em maior número consumidoras de psicofármacos e outros grupos de medicamentos com orientação e **prescrição médica**, como também sem prescrição, realizaram **automedicação** de drogas contendo substâncias depressoras, estimulantes e perturbadoras do SNC; minerais, vitaminas e laxantes. Se comparadas aos estudantes do sexo masculino que também têm o hábito de consumo de medicamentos, mas são em menor número.

Dos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os das escolas do Grupo B que se automedicaram alguma vez na vida, a **Tabela 26^{A} (p. 482)** mostra os resultados relativos à **idade** com que usaram medicamentos pela **1ª vez**, **motivos** e sua finalidade para aliviar **problemas físico-emocionais**.

Quanto à **idade** (**Tabela 26^{A}**) que os adolescentes usaram medicamentos pela **1º vez,** observa-se que tiveram experiência entre as idades de 10 a 19 anos (138) 29,87% dos estudantes do sexo masculino e (225) 41,52% das do sexo feminino, do total da amostra estudada (462 rapazes e 542 moças). A idade de 13 a 15 anos mostra a maior concentração da primeira experiência, que é 19,92% dos rapazes e 28,97% das moças.

Os resultados mostram percentuais maiores de consumidores de medicamentos **automedicação**, pela **1ª vez** na idade dos 13 aos 15 anos, 19,92% dos estudantes do sexo masculino e 28,97% das do sexo feminino. Fica evidente que são as adolescentes do sexo feminino em número maior que se automedicam, do que os do sexo masculino. Na comparação entre as adolescentes do mesmo sexo, observa-se a maior concentração, 31,62% das adolescentes estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) e mais baixa, 26,95% das estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) (**Tabela 26^{A}**).

Quanto ao hábito da **automedicação** para justificar motivos de tal prática, os relacionados com **problemas físico-emocionais**, observa-se que são 13,42% dos adolescentes do sexo masculino e 21,96% das do sexo feminino estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B que consumiram algum tipo de medicamento.

Os **motivos** utilizados para justificar a **automedicação** pela **1ª vez** daqueles que consumiram algum tipo de psicofármaco/medicamento psicoativo, entre os adolescentes das escolas do Grupo A e os do Grupo B, observa-se que as estudantes do **sexo feminino** consumiram para baixar o peso/emagrecer, 28,74%; ficar acordada, 20,65%; para melhorar o raciocínio, 14,17%; para aumentar a concentração ,12,95%; para aumentar a capacidade/resistência física, 11,34%; para divertir-se, 6,48%; para ter prazer, 3,24%; e, para escapar de problemas pessoais, 2,43%.

Nos adolescentes do **sexo masculino** (**Tabela 26^{A} p. 482**) que se **automedicaram** para aumentar a capacidade e resistência física, 28,00%; melhorar o raciocínio, 19,33%; aumentar a concentração, 18,00%; para ficar acordado, 14,57%; para divertir-se, 8,00%; para ter prazer, 6,67%; para baixar o peso/emagrecer, 3,33%; para escapar de problemas pessoais, 2,00%.

Quanto ao uso de **psicofármacos por grupo de medicamentos**, tipo e freqüência na vida, hábitos de **automedicação** por adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada). A **Tabela 26^{B} (p. 483)** mostra a prevalência de uso de medicamentos que contém substâncias psicoativas (tipo de droga e nome comercial), uso única vez na vida, último ano, último mês, uso semanal, uso diário, por sexo dos adolescentes.

Do total de adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e do Grupo B que se automedicaram **uso na vida**, observa-se um decréscimo de consumo de drogas psicoativas do Grupo I , II e III e dos medicamentos de venda livre, da categoria de uso única vez na vida para categoria de uso diário.

Quanto à **freqüência**, observa-se na **Tabela 26^{B} (p. 483)** , que se automedicaram os estudantes de ambos os sexos, o maior percentual foi o de consumidores de drogas psicoativas e as de venda livre na categoria de uso **única vez na vida**. As demais categorias de consumo de medicamentos o uso no **último ano** para o **uso diário**, observa-se que os adolescentes do sexo masculino se comportam distintamente das adolescentes do sexo feminino.

O consumo pelos adolescentes do **sexo masculino** na freqüência **uso na semana** (2 a 5 dias e só fins de semana) manteve-se os medicamentos psicofármacos do **Grupo I** – a) Opiáceos: sintéticos opióides – propoxifeno, pentazocina, meperidina (analgésicos, anestésicos, calmantes) uso 14,55% dos rapazes; b) uso de xaropes, 9,27%, Elixir Paregórico 6,35% dos rapazes; consomem o **Grupo II** – Etilaminofenil, 14,28%; as Anfetaminas e Anorexígenos (Anfetaminas), 21,28% dos rapazes; uso de drogas do **Grupo III** – Anticolinérgicos – Antiparkinsonianos, 13,33% dos rapazes. Os analgésicos de **Venda Livre** (Aspirina etc.), 15,66% dos estudantes do sexo masculino das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) consomem, através da **automedicação** associados a outras drogas, como bebida alcoólica, tabaco e drogas "tóxicos".

O consumo pelas adolescentes do **sexo feminino**, uso **na semana,** (2 a 5 dias e só fins de semana), observa-se na **Tabela 26^{B}** que dos psicofármacos mais consumidos são do **Grupo I** – Benzodiazepínicos e Barbitúricos por 15,07% das moças; os Opiáceos: Xaropes,

Elixir Paregórico por 13,76%; Opióides analgésicos 11,84% das moças; as drogas do **Grupo II** – Etilaminofenil 20,00%; Anfetaminas e Anorexígenos (Anfetaminas), 16,93%, a Teofilina 7,41% das moças; o consumo das do **Grupo III** – Medicamentos Anticolinérgicos: a) Antiparkinsonianos, 22,22%; seguido o uso de Antiasmáticos por 11,11% das moças. Nos medicamentos de **venda livre** (V..L.) persiste no uso de analgésicos (Aspirina, Neosaldina etc.), 18,53% e os Anti-histamínicos 7,29% das estudantes do sexo feminino das escolas do Grupo A(rede pública) e as do Grupo B (rede privada) que fazem uso através da **automedicação.**

Observa-se (**Tabela 26^{B}, p. 483)** que as adolescentes do **sexo feminino** em maior número se automedicam com drogas do **Grupo I** – Depressores do SNC, as do **Grupo II** – Estimulantes – Anfetaminas na freqüência de uso no **último ano**. O consumo de opiáceos e analgésicos, calmantes Opióides e outras drogas estimulantes, os medicamentos Anticolinérgicos mantiveram o padrão de consumo elevado nas demais categorias. Diminuiu o percentual de consumidoras de uso **diário** das drogas Ansiolíticas, Hipnóticas, Barbitúricos e dos medicamentos Anticolinérgicos, Observa-se alto percentual de moças que consomem drogas estimulantes do SNC.

Quanto à **freqüência** de uso de psicofármacos e medicamentos de venda livre (tipo de drogas do Grupo I, II, III e V.L.) **sem receita médica – automedicação –** as **Tabelas 26^{B}_{I} (p.484), 26^{B}_{II} (p. 485)**, mostram as categorias de uso única vez na vida, último ano, último mês, fim de semana (2 a 5 dias na semana) e uso diário por sexo e tipo de escola.

Na análise por tipo de escola e sexo dos adolescentes consumidores de psicofármacos e medicamentos de venda livre, observa-se nas **Tabelas 26^{B}_{I} e 26^{B}_{II}**, que os estudantes do sexo masculino e feminino das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) têm comportamento semelhante, onde se observa que determinados medicamentos/tipo de substâncias, de acordo com a classificação farmacológica, Grupos **I**, **II** e **III** e **V.L.** são consumidos em maior e/ou menor número de estudantes do sexo masculino (rapazes) e outras pelo sexo feminino (moças), visando uma finalidade: o uso terapêutico, assim como seu abuso.

Os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) buscam ajuda e/ou aconselhamento profissional quando apresentam conflitos relacionados com sua auto-imagem corporal e social, ou com suas ambivalências afetivas, escolares, reflexo da baixa auto-estima e/ou sentimentos de onipotência; as síndromes comportamentais, associadas a transtornos fisiológicos e os fatores físicos mais freqüentes, são anorexia nervosa, bulêmia, dores no corpo, cefaléias, enxaquecas, insônia, impulso sexual excessivo, etc.; os transtornos do humor e afetivos; os de conduta antissocial ou agressivos; os transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes (ansiedade, angústia, depressão, etc.); as alterações no comportamento, resultando em conflitos nas relações interpessoais com sua família (pais e irmãos), na escola, com professores ou direção e até mesmo entre grupos de iguais.

Outros motivos que geram a busca de tratamento e a grande preocupação dos pais são as atitudes adotadas pelo adolescente, que contesta a autoridade dos pais e desafia a autoridades destes, a dificuldade em estabelecer limites, a inversão de valores morais, sociais, as críticas ao sistema educacional e a sociedade como um todo, manifestadas com atos destrutivos/vandalismo, juntando-se a gangues; as dificuldades escolares traduzidas pelo desinteresse aos estudos, o baixo rendimento, a repetência, a evasão escolar, muitas vezes

reflexos de crises de identidade, que alguns adolescentes procuram superar ou amenizar com o consumo de drogas tanto oficias/lícitas quanto às ilícitas "tóxicos".

A automedicação é um hábito cultural presente no ambiente familiar por desconhecimento dos riscos que causa à saúde e do problema da dependência.

Os adolescentes, em sua maioria, iniciam algum tipo de tratamento, quando o uso de medicação se faz necessário para controlar ansiedade e depressão manifestada através de queixas hipocondríacas. O stress constante provoca reações que o adolescente não suporta e busca alívio, para seus sintomas psicossomáticos, recorrendo a um profissional médico ou é automedicado por um familiar, ou orientado por um amigo que "tal medicamento" eliminará seu sofrimento.O consumo e o abuso de medicamentos psicoativos que produzem dependência, geralmente foi indicado, inicialmente, através de prescrição com receita médica para tratamento de alguma enfermidade orgânica e/ou tratamento psiquiátrico (Bucher,1992; GID,1995; Krowczuk, 1997; Kalina, 2001).

2.14 Hábitos de Consumo de Drogas "Tóxicos" (Idade, Parceiro, Classificação, Tipo, Freqüência, Local e Acesso) manifestados por Adolescentes de Ambos os Sexos

A **Tabela 27 (p. 486)** mostra a distribuição do consumo de substâncias psicoativas, ou seja drogas de uso ilícito, segundo o tipo de droga, agrupadas pela classificação farmacológica que as separam em três grupos de substâncias:

Grupo I) **Depressores do Sistema Nervoso Central – SNC:**

a) **Inalantes**: colas, solventes (acetona, benzina, esmalte, vernizes, tintas, tinner, gasolina, fluído de isqueiro, corretivos líquidos [error-ex]; os aerossóis inalantes (éter, clorofórmio, lança perfume e loló/cheirinho);
b) **Opiáceos** (morfina, ópio, heroína).

Grupo II) **Estimulantes do Sistema Nervoso Central – SNC**

– cocaína, **crack**, pasta de cocaína e pó.

Grupo III) **Perturbadores do Sistema Nervoso Central – SNC:**

a) Cannabis (maconha, haxixe, THC/tetrahidrocanabinol/óleo de haxixe;
b) Alucinógenos – LSD-25 (ácido lisérgico), cogumelos, DMT (psilocibina), cactos (peiote-mescalina), ecstasy (MDMA), Daime (chá), outras plantas: datura/chá de lírio/saia branca, dama da noite, cartucho, trombeta e véu de noiva.

Da amostra estudada de 462 adolescentes do sexo masculino e 542 do sexo feminino, pertencentes às escolas do Grupo A(rede pública) e do Grupo B (rede privada), a **Tabela 27 (p. 486)** mostra os que fizeram uso de drogas ilícitas (144) 31,17% dos estudantes do sexo masculino e (167) 30,81% do sexo feminino. Entre as substâncias de uso ilícito mais consumidas pelos estudantes do **sexo masculino** estão em 1º **Cannabis**/maconha, consumida por (120) 83,33%; 2º **inalantes** a) aerossóis lança perfume (43) por 29,86%; "loló"/cheirinho (30) 20,83%; b) solventes benzina (34) 23,61%; c) colas (29) por 20,14%; 3º **cocaína** (36) por 25,00%; 4º **alucinógenos**: a) cogumelo, DMT (15) por 10,42%; b) LSD-25 (12) 8,33; c) Dama da noite (10) 6,94%; 5º **opiáceos** a) morfina (8) por 5,56%; b) heroína (5) por 3,43% dos estudantes do sexo masculino.

Entre as adolescentes do **sexo feminino** as drogas mais consumidas são, em 1º **cannabis**/maconha (126), 75,45%; 2º **inalantes**: a) aerossóis: lança perfume (56) 33,53%; "loló"/cheirinho (27) 16,17%; b) solventes: benzina (38), 22,75%; acetona (25)14,97%; corretivo líquido (24) 14,37%; c) colas (20) 11,98; 3º **cocaína** pó (25), 14,97%; 4º **alucinógenos:** a) cogumelo, DMT (11), 6,59%; b) Dama da noite (7) 4,19%; 5º **opiáceos** ópio (1) 0,60% das estudantes.

A **Tabela 27 (p. 486)**, ainda mostra, por sexo, a prevalência do consumo de substâncias psicoativas, a utilização dos derivados da cannabis, da cocaína, os opiáceos, os alucinógenos e as plantas alucinógenas como Daime, Datura, Lírio, saia branca, dama da noite, cartucho, trombeta e véu de noiva, consumidas como chás, todas de conhecimento e livre acesso aos adolescentes. Os inalantes, especialmente os solventes e aerossóis (lança perfume, loló/cheirinho etc.) por tipo, possibilitam comprovar o livre acesso/aquisição e o uso indiscriminado pelos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada).

Quanto à **freqüência**, do total de usuários de ambos os sexos, o uso **só uma vez na vida** destaca-se pelo maior número de usuários denominados tipo **experimentadores** de multidrogas. As demais categorias de consumo de drogas de uso ilícito, **no último ano** para o **uso diário**, os adolescentes do sexo masculino se comportam distintamente das estudantes do sexo feminino.

Observa-se, também, (**Tabela 27**) por sexo a maior freqüência de utilização dos derivados de cada grupo de substâncias psicoativas, com taxas de uso **só uma única vez na vida,** pelos estudantes do **sexo masculinos**, a maior taxa são 1º **cannabis**/maconha (35 rapazes) 24,31%; 2º **inalantes**: a) solventes: benzina (23) 15,97%; tintas/tinner (14) 9,72%; acetona, fluído isqueiro (11) 7,63%; corretivo líquido (10) 6,94%; b) aerossóis: lança perfume (21) 14,58%; cheirinho/loló (15) 10,42%; c) colas (15) 10,42%; em 3º **cocaína** pó (17) 11,81%; em 4º **alucinógenos**: a) plantas: cogumelo, DMT (6) 4,17%; dama da noite (3) 2,08%; b) sintético LSD-25 (4) 2,78% dos rapazes; em 5º **opiáceos**: a) morfina (2) 1,39%; b) heroína (1) 0,69% dos adolescentes do sexo masculino.

Do total de adolescentes do **sexo feminino** que fizeram **uso de multidrogas uma única vez na vida**, destaca-se em 1º **cannabis**/maconha (52 moças) 31,14%; 2º **inalantes**: a) aerossóis: "lança perfume" (34) 20,36%; "loló" (14) 8,38%; b) solventes: benzina (25) 14,97%; acetona (14) 8,38%; c) colas (14) 8,38%; em 3º **cocaína** pó (11) 6,59%; em 4º **alucinógenos**: a) plantas: cogumelo, DMT (8) 4,79%; dama da noite/chá (4) 2,40%; b) sintético LSD-25-ácido (3) 1,80% das adolescentes do sexo feminino.

As outras categorias de consumo, como uso no último ano, no último mês, na semana e uso diário, observa-se um decréscimo consistente quando se caminha da categoria de uso na vida para o uso diário.

Na **freqüência de uso no último ano**, do total que consumiram drogas alguma vez na vida, as substâncias psicoativas mais consumidas pelos adolescentes do **sexo masculino** são: 1º **cannabis**: maconha (20 rapazes) 13,89%; haxixe (5) 3,47% ; 2º **inalantes**: a) aerossóis: lança perfume (11) 7,64%; cheirinho/loló (7) 4,86%; b) solvente benzina (4) 2,78%; c) colas (3) 2,08%; 3º **cocaína** pó (6) 4,17%; 4º **alucinógenos** planta cogumelo, DMT (3) 2,08%; 5º **opiáceos** morfina (1) 0,69% dos estudantes. Nos demais derivados: cannabis, cocaína, inalantes e solventes, o consumo manteve-se em taxas muito baixas.

Nos usuários do **sexo feminino**, as drogas mais consumidas no **último ano** são: 1º **cannabis**/ maconha (28) 16,78%; 2º **inalantes**: a) aerossóis: "lança perfume" (19) 11,38%; "loló" (7) 4,19%; b) solvente benzina (10) 5,99%; c) cola (4) 2,40%; 3º **cocaína** pó (7) 4,19%; 4º **alucinógenos**: a) planta cogumelo, DMT (3) 1,80%; b) sintético ecstasy (MDMA) (1) 0,60%; 5º **opiáceos** ópio (1) 0,60% das adolescentes.

Quanto ao consumo na **freqüência de uso diário** de drogas ilícitas pelos usuários do **sexo masculino**, observa-se, também, (**Tabela 27, p. 486**) a utilização de todos os derivados de cada grupo de substância psicoativa, com taxas consideráveis, não somente pelo percentual de consumidores, mas pelo uso de multidrogas de forma regular. A maior freqüência diária de consumidores é 1º **cannabis**: a) maconha (22 rapazes) 15,28%; b) THC (8) 5,56%; c) haxixe (7) 4,86%; 2º **inalantes**: a) colas (6),4,17%; b) solventes: corretivo líquido (6) 4,17%; fluído isqueiro (5)3,47%; acetona (4); benzina (4); esmalte (4) 2,78%; tintas/tinner (2) 2,56%; c) aerossóis: lança perfume (6) 4,17%; éter (4), 2,78%; clorofôrmio (3), 2,08%; 3º **opiáceos**: a) morfina (5) 3,47%; b) ópio (4) 2,78%; c) heroína (4) 2,78% 4º **cocaína**: a) forma de pó (4) 2,78%, b) crack (4) 2,78%; c) pasta de cocaína (3) 2,08%; em 5º **alucinógenos**: a) sintéticos: LSD-25/ácido (4) 2,78%; ecstasy (MDMA) (3) 2,08%; b) plantas: chá de cogumelo, DMT (3) 2,08%; chá de Daime (3) 2,08%; Dama da Noite (3); Cartucho (3); Trombeta, Véu de Noiva (3) 2,08%; cactos peiote/ mescalina (2) 1,39%; Datura, lírio, saia branca/chá (2) 1,39% dos estudantes do sexo masculino usuários dependentes.

Na **freqüência de uso diário** pelas adolescentes do **sexo feminino**, observa-se taxas inferiores de consumidoras de drogas, se comparadas aos do sexo masculino. Observa-se que consomem os derivados 1º **cannabis** – a) maconha (10 moças) 5,99%; b) haxixe e THC (2) 1,20%; em 2º **inalantes**: a) solventes: corretivos líquido (5) 2,99%; acetona e esmalte por (4) 2,40% das estudantes do sexo feminino. Os demais tipos de substâncias não se observa no uso diário, mas sim, no uso de 2 a 5 dias por semana e nos últimos 30 dias/mês, sendo consumidoras de maconha (36) 21,56%; e cocaína (7) 4,19%, mas é baixo o número de consumidoras de alucinógenos e outras plantas e inalantes, colas, solventes e aerossóis.

Quanto à **freqüência** de consumo de drogas/tóxicos ilícitas, pelos adolescentes, as **Tabelas 27_{I} (p. 487) e 27_{II} (p. 488)** mostram as categorias de uso única vez na vida, último ano, último mês, uso semanal (2 a 5 dias) e uso diário, por sexo e tipo de escola.

Da amostra de 216 estudantes do **sexo masculino** das escolas do **Grupo A** (rede pública), observa-se (**Tabela 27_{I}**) que fizeram uso de substâncias 64 rapazes, 29,63%; e do total de 308 estudantes do **sexo feminino**, fizeram uso 87 moças, 28,25%.

A **Tabela 27_{II} (p. 488)** mostra que do total de 246 estudantes do **sexo masculino** das escolas do **Grupo B** (rede privada), fizeram uso de drogas/tóxicos (80) 32,52%; e da amostra de 234 estudantes do **sexo feminino**, fizeram uso (80) 34,19%.

Observa-se que a **freqüência de uso uma vez na vida** é que tem o maior número de usuários de multidrogas, ou seja, adolescentes do sexo masculino e feminino estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada), que já tiveram contato e experimentaram drogas, os diversos tipos de substâncias psicoativas e todos os derivados da cannabis, cocaína, opiáceos, alucinógenos e plantas alucinógenas (chás) e grande grupo dos inalantes (colas, solventes e aerossóis).

As outras categorias de consumo de drogas de uso ilícito no último ano para o uso diário, observa-se decréscimo de consumidores por ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e as do Grupo B..

Na análise comparativa **por sexo**, a freqüência de **uso diário** de substâncias psicoativas, observa-se nas **Tabelas 27_{I} (p. 487) e 27_{II} (p. 488)**, que os estudantes do **sexo masculino** consomem em maior número os diversos tipos de drogas, se comparados as do **sexo feminino**. Na comparação por tipo de escola, observa-se que os estudantes do sexo masculino das escolas do Grupo A (rede pública) fazem **uso diário** de multidrogas, como dos derivados da cannabis, os opiáceos, os alucinógenos, cocaína. Se comparados aos estudantes do mesmo sexo das escolas do Grupo B (rede privada), que têm consumos diários dos derivados da cannabis e inalantes.

Observa-se que as estudantes do **sexo feminino** das escolas do Grupo A(rede pública) têm consumo de drogas de **uso diário** dos derivados da cannabis, dos inalantes. Se comparadas às adolescentes do mesmo sexo das escolas do Grupo B(rede privada), que são consumidoras dos derivados da cannabis e de solvente: esmalte.

Com a análise por **sexo** e **tipo de escola**, os resultados das **Tabelas 27_{I} e 27_{II}** apontam que os **adolescentes do sexo masculino** estudantes das escolas do **Grupo A** (rede pública) fazem uso múltiplo de drogas, consomem três ou mais drogas/tóxicos, fazem combinações "policonsumo", são maiores consumidores na freqüência de uso única vez na vida (*experimentadores*) e na categoria de uso diário (regular *dependentes*), embora apresentem menor taxa de consumidores se comparados aos estudantes do mesmo sexo das escolas do **Grupo B** (rede privada).

Quanto às **adolescentes do sexo feminino** estudantes das escolas do **Grupo A** (rede pública) também se observa alta prevalência de uso múltiplo de drogas nas categorias de uso uma vez na vida (*experimentador*), uso últimos 30 dias/mês e uso 2 a 5 dias por semana (*ocasional*). Já as estudantes das escolas do **Grupo B** (rede privada) têm maior taxa de usuárias de múltiplas drogas nas freqüências uma única vez na vida e uso no último ano.

Chama a atenção que os adolescentes de ambos os sexos experimentam uma variedade de substâncias psicoativas de uso ilícito. Usam todas as drogas que estão disponíveis, embora possuam certo grau de informação e conhecimento sobre os efeitos negativos, prejudiciais à saúde física, como mostram as **Tabelas 29 (p. 494) e 29^{A} (p. 495).**

Uso de drogas/tóxicos, **forma de consumo, idade, locais e pessoas que ofereceram pela 1ª vez** aos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada).

A **Tabela 27^{A} (p. 489)** mostra a **forma/via de consumo** dos diversos tipos de drogas, sendo que apresenta maior freqüência por via oral/fumada por 43,10% dos estudantes do sexo masculino e 43,90% do sexo feminino que usaram algum tipo de droga na vida. O consumo via inalação por 28,28% dos rapazes e 34,32% das moças e aspirada por 17,24% dos rapazes e 14,52% das moças, uso via oral por 8,97% dos rapazes e 7,26% das moças e uso via injetável E.V. por 2,41% dos rapazes.

Na análise comparativa por sexo e tipo de escola, observa-se que os estudantes do sexo **masculino** e os do **feminino** das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede

privada) consomem drogas de forma semelhante. Na forma de cigarros, baseado e/ou cachimbo os derivados da cannabis, o crack é fumado, sendo a maior taxa de consumo, seguido do consumo de inalantes: THC, colas, solventes (via inalada e aspirada/cheirada); via intra-nasal a cocaína, menor taxa de consumidores de drogas via oral, consumidores de alucinógenos e chás de plantas; e por via endovenosa e injetável (cocaína, opiáceos, morfina etc.)

Em relação à **idade** que consumiram drogas pela **primeira vez na vida**, observa-se (**Tabela 27^{A}, p. 489)**, que tiveram experiência entre as idades de 7 a 18 anos (144), 31,17% dos estudantes do sexo masculino e dos 16 aos 19 anos (167), 30,81% das do sexo feminino, do total da amostra estudada de 462 rapazes e 542 moças das escolas do Grupo A(rede pública) e os do Grupo B(rede privada).

A idade de 13 a 15 anos mostra a maior taxa da **1ª experiência** de consumo 56,25% dos estudantes do sexo masculino e 64,68% do feminino; a seguir dos 16 aos 18 anos, 31,25% dos rapazes e 29,94% das moças, a menor taxa foi na idade dos 10 aos 12 anos, 11,11% dos rapazes e 4,79% das moças. Observa-se que (2) 0,39% dos rapazes tiveram experiência precoce de consumo, na idade dos 7 aos 9 anos; e consumo tardio acima dos 19 anos (1) 0,60% das estudantes do sexo feminino.

Quanto ao **local da primeira experiência** no uso de drogas, os 144 adolescentes do **sexo masculino** estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) (**Tabela 27^{A} , p. 489**), usaram pela primeira vez na rua, parques e praças, 26,39%; na casa de amigos, 23,61%; em festas e reuniões, 20,83%; em casa da família, 11,11% dos rapazes. Já as 167 adolescentes do **sexo feminino** consumiram drogas pela primeira vez em casa de amigos 26,95%; em festas e reuniões 20,36%; na casa/residência da família, 16,77%; e fizeram uso na rua, parques e praças, 16,76% das moças. Noutros locais como na praia, colégio/escola, em bares/cafeteria, observa-se menores taxas de consumidores pela primeira vez de ambos os sexos.

Quanto a **pessoa que ofereceu pela primeira vez a droga** ao estudante, observa-se, na **Tabela 27^{A} (p.499)**, que os adolescentes do Grupo B informam que ninguém ofereceu 36,80% dos estudantes do sexo masculino e 35,33% do sexo feminino; amigos ofereceram, 29,16% dos rapazes e 33,53% das moças; foi decisão livre, 16,66% dos rapazes e 17,36% das moças; um colega, 5,56% dos rapazes e 5,99% das moças; pai e irmão, tio, 5,57% dos rapazes e 4,80% das moças; o traficante, 2,08% dos estudantes do sexo masculino.

Os resultados (**Tabela 27^{A}, p.489**) mostram que os adolescentes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada) consomem drogas/tóxicos com maior taxa no uso por **via oral (V.O.)**, fumada na forma de cigarros, baseados e/ou cachimbo (cannabis/maconha, haxixe, THC, cocaína, crack), ingestão de chás de plantas alucinógenas e drogas opiáceas; a seguir **via intra-nasal, inalada**, uso de inalantes, colas, solventes e aspirada: cocaína e, menor taxa **via endovenosa (E.V.)** de drogas injetáveis (cocaína, opiáceos).

Os **locais** de maior taxa de consumo/uso de drogas pela **primeira vez** ocorreu em casa de amigos, em lugares/espaços isolados (rua, parques, praças e praia), em espaços fechados, festas e reuniões de jovens e shows.

Quanto às **pessoas** que **ofertaram** drogas para os adolescentes de ambos os sexos para consumo/uso da **primeira vez**. Observa-se que maior número de consumidores informa que usou por decisão livre, ninguém ofereceu; a seguir foram os amigos os incentivadores e, um menor número de usuários foi oferecido e usado com familiares (pai, irmãos, tio). A oferta de drogas pelo namorado (a), de traficantes e de pessoas desconhecidas é muito baixa, conforme mostra a **Tabela 27^{A} (p. 489).**

Os **meios facilitadores** ao uso de drogas/tóxicos segundo adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada). A **Tabela 27^{B}** mostra a companhia/pessoa com quem consumiu pela primeira vez, atual companhia e local atual de consumo de drogas ilícitas, dos 144 estudantes do sexo masculino e 167 do sexo feminino que consumiram alguma vez na vida.

Os resultados (**Tabela 27^{B} p. 490**) mostram que os adolescentes de **ambos os sexos** estudantes das escolas do Grupo A (pública) e os do Grupo B (privada) consumiram drogas de uso ilícito pela **1ª vez** em maior percentual em companhia do grupo de amigos e de um amigo especial; a seguir foi com algum familiar e parente (irmão, pai, primos) e estavam sós quando do uso. Um número muito pequeno dos estudantes do sexo feminino que consumiram drogas em companhia do namorado. O mesmo caso ocorreu com estudantes do sexo masculino que consumiram drogas pela 1ª vez na companhia/pessoa desconhecida e com prostituta. Na comparação por sexo e tipo de escola observa-se que os **estudantes do sexo masculino** usaram drogas com grupo de amigos,um amigo especial, e a seguir sozinhos. Mas, as do **sexo feminino**, em maior taxa consumiram com o namorado, possivelmente o introdutor no mundo das drogas.

Quanto **à companhia atual** de consumo alto percentual de **usuários do sexo masculino** indicaram que a preferência é com o grupo de amigos e um amigo especial, e menor taxa preferem estar a sós (usuário solitário). As usuárias do **sexo feminino**, a maior taxa, têm o hábito de consumir em companhia do namorado do que os rapazes. O consumo de drogas ilícitas em companhia de algum familiar (irmãos, primos), são taxas muito baixas, tanto dos rapazes quanto das moças.

Os **locais preferidos** pelos adolescentes de **ambos os sexos** das escolas do Grupo A (rede pública) e as do Grupo B (rede privada) são os espaços isolados (ruas, praças, parques, praia), a seguir casa de amigos e espaços diversão pública, mas com aglomerado de pessoas (festas, shows, bares, boates/danceterias). Observa-se que estudantes (as) usam drogas em casa de amigos, onde os pais dos amigos não tomam conhecimento do que estão fazendo, o mesmo ocorre com um número significativo de adolescentes que consomem drogas na sua casa/residência e que os pais não supervisionam o que os filhos fazem ou são muito liberais (**Tabela 27^{B} , p. 490).**

Quanto ao **consumo de drogas ilícitas** da amostra estudada de 462 estudantes do sexo masculino e 542 estudantes do sexo feminino, destes (144) 31,17% dos rapazes e (167) 30,81% das moças consumiram **alguma vez na vida**. Observa-se na **Tabela 27^{B} (p. 490)** que são **atualmente usuários** (88) 19,05% dos rapazes e (94) 17,34% das moças; dos que **já usaram/abandonaram** são (56) 12,12% dos rapazes e (73) 13,47% das moças e; os que **nunca usaram drogas** de uso ilícito são (318) 68,83% dos rapazes e (375) 60,19% das moças das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada).

Uso de drogas/tóxicos, locais de compra, tipo de consumidores e trafico por adolescentes escolares de ambos os sexos, estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B(rede privada) (**Tabela 27^{C}, p. 491**).

Dos 144 estudantes do sexo masculino e das 167 do sexo feminino que usaram drogas ilícitas alguma vez na vida, observa-se na **Tabela 27^{C}** que os **locais de compra de drogas** sem restrições para os adolescentes do **sexo masculino** são 1º nas vilas "boca de fumo" 34,03%; 2º com amigos 15,97%; 3º na escola 14,58%. Para as adolescentes do **sexo feminino** os locais de compra de drogas de mais fácil acesso são: 1º com amigos 33,53%; 2º nas vilas "boca de fumo" 19,16%; 3º na escola 16,17%.

Analisando separadamente por tipo de escola e sexo dos adolescentes, observa-se que embora o acesso e local de compra de drogas sejam os mesmos, mas ocupam posições diferentes, de acordo com as facilidades de aquisição da droga pelos usuários de ambos os sexos.

Quanto ao **tipo de consumidores de drogas ilícitas**, observa-se na **Tabela 27^{C}** (**p.491)** que do total de 144 (31,17%) dos adolescentes do sexo masculino e 167 (30,81%) das do sexo feminino que usaram alguma vez na vida são usuários do **tipo experimentadores** (66) 45,83% dos rapazes e (85) 50,90% das moças; os usuários **ocasionais** (38) 26,39% dos rapazes e (51) 30,54% das moças; usuários **regulares (*dependência psíquica*)** (36) 25,00% dos rapazes e (29) 17,37% das moças e, estão **dependentes (*dep.física e psíquica e social*)** (4) 2,78% dos rapazes e (2) 1,19% das moças estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B.

Dos adolescentes das escolas do Grupo A(rede pública) e os do Grupo B (rede privada), 144 estudantes do sexo masculino e 167 do sexo feminino que usaram alguma vez drogas e, também **traficam** são (26) 18,06% dos rapazes e (5) 2,99% das moças. Dos só usuários de drogas não traficantes são (118) 81,94% dos rapazes e (162) 97,01% das moças estudantes.

Quanto ao **tempo de trafico** praticado por adolescentes de ambos os sexos das escolas do Grupo A e os das escolas do Grupo B, observa-se que do total de 26 (18,06% dos estudantes do **sexo masculino**, praticaram trafico uma única vez (3) 11,54% dos rapazes; só um mês (1) 3,85%; trafica há 3 meses (5) 19,23%; há 1 ano (9) 34,61%; há 2 anos (5) 19,23%; trafica de 3 a 7 anos (3) 11,54% dos rapazes. Já, do total de 5 (2,99%) das estudantes do **sexo feminino**, observa-se na **Tabela 27^{C} (p. 491)** que praticam trafico de drogas há 3 meses (1) 20,00% das moças; trafica há 1 ano (2) 40,00%; trafica drogas há 2 anos (2) 40,00% das adolescentes. As adolescentes do **sexo feminino**, das 4 moças das escolas do Grupo A informam que traficam drogas há 1 ano (2) 50,00% e há 2 anos (2) 50,00% das moças. Observa-se que apenas uma estudante das Escolas do Grupo B pratica trafico há 3 meses (1) 100,00%.

Os resultados da **Tabela 27^{C} (p. 491)** mostram que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) informam quais os **locais de fácil acesso** e sem restrições de **compra de drogas** são: 1º nas vilas "boca de fumo"; 2º com amigos; 3º na escola; 4º na rua, parques; praças; 5º próximo de casa/residência; 6º outros locais (bares, shows, festas, farmácias e shopping). Chama a atenção que compram drogas livremente dentro do ambiente físico da escola, provavelmente com amigos e colegas que traficam, onde os professores e direção não tomam conhecimento

e/ou até mesmo não conseguem identificar estudantes (as) usuários e traficantes, ou negam tal comportamento e práticas dentro da escola, atitude tipica de alienação institucional.

Quanto ao **tipo de consumidores**, observa-se que dos estudantes do sexo masculino e feminino das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada), em relação ao uso de drogas, aproximadamente 50,00% são **experimentadores**, ou seja, experimentam uma ou múltiplas drogas ao mesmo tempo ao menos uma vez na vida (pré-adolescência e adolescência). Os demais 50% dos estudantes são usuários ocasionais ou oportunistas, os regulares e os dependentes. Dos usuários ocasionais ou oportunistas, observa-se maior número de estudantes do sexo feminino quando comparadas aos estudantes do sexo masculino. Dos usuários regulares adictos, são em maior número os estudantes do sexo masculino, do que do sexo feminino. Observa-se, também, que encontram-se na última fase, a da dependência física e psíquica e social um maior número de estudantes do sexo masculino do que as do sexo feminino. Felizmente um número muito pequeno de estudantes de ambos os sexos são drogadictos e/ou drogadependentes que revelam um consumo disfuncional de drogas..

Na comparação do **sexo masculino** das escolas do Grupo B (rede privada) são em maior número/taxa de usuários ocasionais e/ou sociais e também usuários regulares, se compararmos aos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública). Mas são em maior número os estudantes do sexo masculino das escolas do Grupo A que são dependentes (físico e/ou psicologicamente) da droga da qual é usuário, do que os das escolas do Grupo B (rede privada). Já as adolescentes do **sexo feminino estudantes** das escolas do Grupo B são em maior número de usuárias ocasionais do que as estudantes das escolas do Grupo A. As estudantes das escolas do Grupo A e do Grupo B são usuárias regulares de drogas em igual número. Observa-se só na escola do Grupo A (rede pública) moças já dependentes de drogas da qual é usuária.

Os adolescentes que além de usuários de drogas também **praticam tráfico**, são em maior número os estudantes do sexo masculino do que as do sexo feminino.A diferença é muito pequena dos estudantes que traficam drogas se compararmos entre os grupos de escolas, mas os do Grupo A (rede pública) estão em maior número e em maior tempo de tráfico de drogas.Estes dados são confirmados com as pesquisas de Smart, Adlaf, Walsh (1992), e os estudos sobre a relação delinqüência e drogas (Otero, 1994; Elzo et al. 1992; Vega, 1983; Ministère de la Santé, 1994; Mutzell, 1995).

Embora um número significativo de adolescentes tenha feito uso de uma droga, poucos serão os que desenvolverão uma verdadeira drogadicção. A questão das adicções deve ser compreendida como uma etiologia multicausal, que inclui fatores de risco individuais, familiares e sociais. Devemos ter consciência que a sociedade como um todo, a família e o grupo de iguais fazem parte do contexto que poderá induzir o jovem ao uso de drogas. É importante identificar os fatôres de risco internos e externos (nível individual, microssocial e macrossocial) para prevenir-los, e evitar uma situação de risco de consumo de drogas (Orte,1994; Calafat, 1995; GID,1995; Traskunova, 1994; Gilliland,1995;Jhonson, Muffler,1992).

Ao analisar as condutas de uso e abuso de drogas observamos que ocorre uma constante interação entre diferentes subsistemas, o estudante que se articulam entorno de:

a) substâncias como elemento material;

b) os processos individuais tanto físicos como psicológicos;

c) a estrutura social e seu funcionamento;
d) o subsistema normativo de valores.

Vários estudiosos têm se voltado em identificar grupos com determinadas características na infância, que seriam preditores de envolvimento com drogas na adolescência. Crianças com dificuldade excessiva em respeitar regras e limites, hiperatividade, baixa tolerância a frustrações, dificuldades de aprendizagem escolar, crianças com figuras parentais (mãe/pai) que não estabelecem limites, não modulam afeto, tem maior propensão a se tornarem dependentes de drogas na adolescência.

2.15 Motivações Sociais, Experimentais, Sintomatológicas e Psicocognitivas para o Consumo de Drogas: Tabaco, Álcool, Psicofarmacos e Tóxicos manifestados por dolescentes de Ambos os Sexos

Motivações para o consumo de drogas: Tabaco, Álcool, Psicofármacos e Medicamentos, e Tóxicos apontados por adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada).

A **Tabela 28 (p. 492)** mostra os resultados obtidos sobre quais **Motivações Sociais** e **as Experimentais** são apontadas com maior percentual de relevância para o consumo de drogas de uso licito e ilícito por estudantes do sexo masculino e feminino das escolas do Grupo A e B, por tipo de droga. Observa-se que da amostra estudada, 462 estudantes do sexo masculino e 542 do sexo feminino, cada adolescente de ambos os sexos indicam mais de um motivo para justificar o consumo de tabaco, álcool, psicofármacos (automedicação) e "tóxicos" de uso ilícito.

Em síntese, considerando a necessidade de uso das substâncias, foi feita a análise sistemática dos resultados da **Tabela 28 (p.492)**, que se refere aos indicadores das **Motivações Sociais e Experimentais** que impulsionaram os adolescentes de ambos os sexos ao consumo de todos os tipos de substâncias psicoativas. Os resultados desta análise estão dispostos, por ordem de importância de uso, nas **Figuras 6 ,** e **7** abaixo.

Os dados, apresentados a seguir na **Figura 6** , revelam os indicadores das **Motivações Sociais** que impulsionam, basicamente, os adolescentes de ambos os sexos ao **consumo de todos os tipos de substâncias psicoativas**, apresentados a seguir em ordem de **necessidade** de **uso**:

INDICADORES DE MOTIVAÇÕES SOCIAIS

Todas Drogas	Tabaco	Álcool	Psicofármacos	Tóxicos
1.Passar o tempo	1. Passar o tempo	1. Facilitar a comunicação	1. Escapar/esquecer problemas pessoais	1. Sentir-se livre
2. Sentir-se livre	2. Escapar de problemas pessoais	2. Passar o tempo	2.Enfrentar dificuldades da vida	2. Ser algo proibido
3. Facilitar a comunicação	3. Sentir-se livre	3. Sentir-se livre	3. Obter sucesso no trabalho, esporte, namoro	3. Escapar problemas pessoais
4. Esquecer problemas pessoais	4. Enfrentar dificuldades da vida diária	4. Fugir dos problemas pessoais	4.Esquecer os problemas da família	4. Passar o tempo
5. Fazer o que todos fazem	5. Ser aceito e não ser diferente dos amigos	5. Fazer o que todos fazem	5. Ser algo proibido	5. Ser aceito e não diferente dos amigos
6. Problemas econômicos e falta de dinheiro	6. Fazer o que todos fazem	6. Esquecer os problemas da família	6. Facilitar a comunicação com as pessoas	6. Enfrentar as dificuldades da vida
7. Não ter trabalho Estar desemprego				
8. Encontrar um novo estilo de vida				
9. Obter sucesso no trabalho, esporte, namoro e amigos				
10. Por ser algo proibido				

FIGURA 6- Indicadores de Motivações Sociais ao consumo de drogas na Adolescência, segundo *Krowczuk, E. R.* (2002) Motivos da Drogadicção na Adolescência.Tese de Doutorado.

Analisando o que leva os adolescentes de ambos os sexos a consumirem cada tipo de substância psicoativa, na ordem de necessidade de uso nas motivações sociais, destaca-se o **tabaco** como a droga mais consumida, para **passar o tempo** ao ser comparado com o consumo de álcool, psicofármacos e tóxicos.

Os dados, apresentados a seguir na **Figura 7**, revelam os indicadores das **Motivações Experimentais** que impulsionam/levam, basicamente, os adolescentes de ambos os sexos ao **consumo de todos os tipos de substâncias psicoativas**, apresentados a seguir em ordem de **necessidade** de **uso**:

INDICADORES DE MOTIVAÇÕES EXPERIMENTAIS

Todas Drogas	Tabaco	Álcool	Psicofármacos	Tóxicos
1.Ter prazer e divertir-se	1. Por curiosidade	1. Ter prazer e divertir-se	1. Ter prazer e divertir-se	1. Por curiosidade
2. Curiosidade	2. Ter prazer e divertir-se	2. Curiosidade	2. Nenhum motivo especial	2. Ter prazer e divertir-se
3. Nenhum motivo especial	3. Nenhum motivo especial	3. Nenhum motivo especial	3. Por curiosidade	3.Nenhum motivo especial

FIGURA 7-Indicadores de Motivações Experimentais ao consumo de drogas na Adolescência, segundo *Krowczuk, E. R.* (2002). Motivos da Drogadicção na Adolescência.Tese de Doutorado.

Analisando o que leva os adolescentes de ambos os sexos a consumirem cada tipo de substância psicoativa, na ordem de necessidade de uso nas motivações experimentais, destacam-se o **tabaco** e **tóxicos** como as drogas mais consumidas, para satisfazer a **curiosidade** de seus efeitos mágicos**;** já o que leva ao consumo de consumo de **álcool** e **psicofármacos** é para **ter prazer** e **divertir-se** com grupos de iguais e nas suas atividades cotidianas.

A **Tabela 28^{A} (p. 493)** mostra os resultados obtidos sobre quais das **Motivações Sintomatológicas e Psicocognitivas** são apontadas com maior percentual de relevância para o consumo de drogas de uso licito e ilícito por estudantes do sexo masculino e feminino das escolas do Grupo A e B, por tipo de droga. Observa-se que da amostra estudada, 462 estudantes do sexo masculino e 542 do sexo feminino, cada adolescente de ambos os sexos indicam mais de um motivo para justificar o consumo de tabaco, álcool, psicofármacos (automedicação) e "tóxicos" de uso ilícito.

Em síntese, considerando a necessidade de uso das substâncias, foi feita a análise sistemática dos resultados da **Tabela 28^{A} (p. 493)**, que se refere aos indicadores das **Motivações Sintomatológicas e Psicocognitivas** que impulsionaram os adolescentes de ambos os sexos ao consumo de todos os tipos de substâncias psicoativas. Os resultados desta análise estão dispostos, por ordem de importância de uso, nas **Figuras 8** e **9** abaixo.

Os dados, apresentados a seguir na **Figura 8**, revelam os indicadores das **Motivações Sintomatológicas** que impulsionam, basicamente, os adolescentes de ambos os sexos ao **consumo de todos os tipos de substâncias psicoativas**, apresentados a seguir em ordem de **necessidade** de **uso**:

INDICADORES DE MOTIVAÇÕES SINTOMATOLÓGICAS

Todas Drogas	Tabaco	Álcool	Psicofármacos	Tóxicos
1. Acalmar o nervosismo	1. Acalmar o nervosismo	1. Acalmar o nervosismo	1. Para emagrecer	1. Dormir melhor
2. Dormir melhor	2. Para emagrecer	2. Vencer o cansaço	2. Dormir melhor	2. Melhor desempenho sexual
3. Vencer o cansaço	3. Melhorar o apetite	3. Melhor desempenho sexual	3. Melhorar o apetite	3. Acalmar o nervosismo
4. Emagrecer	4. Vencer o cansaço	4. Dormir melhor	4. Acalmar o nervosismo	4. Vencer o cansaço
5. Ter melhor apetite	5. Dormir melhor	5. Ter melhor apetite	5. Vencer o cansaço	5. Melhorar o apetite
6. Melhor desempenho sexual	6. Ter melhor desempenho sexual	6. Para emagrecer	6. Melhor desempenho sexual	6. Para emagrecer

FIGURA 8-Indicadores de Motivações Sintomatológicas ao consumo de drogas na Adolescência,segundo *Krowczuk, E. R.* (2002). Motivos da Drogadicção na Adolescência. Tese de Doutorado

Analisando o que leva os adolescentes de ambos os sexos a consumirem cada tipo de substância psicoativa, na ordem de necessidade de uso nas **motivações sintomatológicas**, destacam-se o **tabaco** e o **álcool** como as drogas mais consumidas, para **acalmar o nervosismo,** já o que leva ao consumo de psicofármacos é para emagrecer e o consumo de tóxicos é para dormir melhor (**Tabela 28^{A} , p. 493)**.

Os dados, apresentados a seguir na **Figura 9**, revelam os indicadores das **Motivações Psicocognitivas** que impulsionam/levam, basicamente, os adolescentes de ambos os sexos ao **consumo de todos os tipos de substâncias psicoativas**, apresentados a seguir em ordem de **necessidade** de **uso**:

INDICADORES DE MOTIVAÇÕES PSICOCOGNITIVAS

Todas Drogas	Tabaco	Álcool	Psicofármacos	Tóxicos
1. Vencer a timidez	1. Não ficar angustiado	1. Vencer a timidez	1. Aumentar desempenho escolar, ser competitivo	1. Sentir-se seguro e forte
2. Sentir-se seguro, forte	2. Vencer a timidez	2. Vencer a indecisão	2. Melhorar a concentração, assimilação, org pensamento, capacidade de síntese	2. Não ter medos
3. Não ficar angustiado	3. Sentir-se seguro, forte	3. Sentir-se seguro e forte	3. Vencer a timidez	3. Vencer a frustração
4. Não ter medos	4. Ter auto-confiança, tomar decisões	4. Não ter medos	4. Não ter depressão e tristeza	4. Vencer a timidez
5. Vencer a indecisão	5. Não ter depressão, tristeza	5. Não ter depressão e tristeza	5. Não ficar angustiado	5. Não ficar angustiado
6. Ter auto-confiança	6. Para ser criativo	6. Não ficar angustiado	6. Não ter medos /	5. Não ter depressão e tristeza
7. Melhorar a concentração, assim., org. pensamento., capacidade de síntese	7. Vencer a indecisão frustração	7. Vencer a frustração	6. Para ter auto-confiança	6. Ser criativo
8. Aumentar desempenho escolar, esporte, ser competitivo	8. Vencer a frustração	8. Ter auto-confiança	7. Sentir-se seguro e forte	7. Ter auto-confiança, tomar decisões
9. Ser criativo	9. Não ter medos	9. Ser criativo	8. Vencer a frustração	8. Melhorar a concentração, assimilação, organizar pensamentos, capacidade de síntese
10. Não ter depressão e tristeza	10. Aumentar desempenho na escola, no esporte	10. Melhorar a concentração, assimilação, organizar pensamentos, capacidade de síntese		9. Aumentar o desempenho na escola, no esporte
11. Vencer a frustração				

FIGURA 9- Indicadores de Motivações Psicocognitivas ao consumo de drogas na Adolescência, segundo *Krowczuk, E. R.* (2002). Motivos da Drogadicção na Adolescência.Tese de Doutorado

Analisando o que leva os adolescentes de ambos os sexos a consumirem cada tipo de substância psicoativa, na ordem de necessidade de uso nas **motivações psicocognitivas**, destaca-se o **tabaco** como a drogas mais consumida, para **não ficar angustiado;** o **álcool** é consumido para **vencer a timidez, indecisão**; já o que leva ao consumo de **psicofármacos** é para **aumentar o desempenho escolar, no esporte e ser mais competitivo,** e o consumo de **tóxicos** é para **sentir-se seguro e forte**, **vencer a frustração e a timidez** em qualquer situação da vida cotidiana. **(Tabela 28[A] p. 493)**

Os resultados obtidos neste estudo quanto às motivações para consumo de álcool, tabaco,psicofarmacos e as drogas ilegais são muito semelhantes aos resultados obtidos por outros pesquisadores (Bueno, Prado, Perez, Quilez, 1994; EdexKolektiboa,Gob. Vasco 1995: (26); Comas Arnau, 1990; Mendoza, Sagrera,1991; Elzo; 1993; Krowczuk, 1991, 1994,1997).

2.16 Grau de Conhecimento e/ou Nível de Informação Sobre o Tema "Drogas", Manifestados por Adolescentes de Ambos os Sexos

O grau de conhecimento e ou nível de informação sobre o tema substâncias psicoativas de uso licito e ilícito apontados por adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada), encontram-se nas **Tabela 29 e 29^{A} .**

A **Tabela 29 (p. 494)** mostra os resultados obtidos quanto ao nível de informação que os adolescentes revelam possuir, ou seja, possuem algum conhecimento sobre o tema drogas de abuso mas não sabem discriminar entre o que é **falso** e o **verdadeiro**. Possuem um conhecimento que é o do censo comum.

Os estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A e B ao validarem as respostas do questionário de avaliação, confirmam que o seu nível de informação é insuficiente, para emitir respostas com segurança. Eles demonstram incerteza quanto aos efeitos das substâncias psicoativas no organismo e cérebro (SNC) do indivíduo usuário de drogas.

Para fins de analise os resultados da **Tabela 29** deram origem a **Tabela 29^{A} (p. 495)** que é objetivo da analise e interpretação. Da amostra estudada 462 adolescentes do sexo masculino e 542 do sexo feminino, observa-se na **Tabela 29^{A}** que o nível de informação dos estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A e B é dicotômico: **tem algum grau de conhecimento** e **não tem conhecimento.**

A categoria **não tem algum conhecimento** sobre o tema drogas, os percentuais mais altos indicam um maior número de **estudantes** do sexo **masculino** e **feminino** desprovidos de informação para emitir uma resposta correta.

A categoria **tem um grau de conhecimento** sobre o tema drogas de abuso, observa-se **(Tabela 29^{A}, p. 495)** que os percentuais mais altos indicam o maior número de **estudantes** do **sexo masculino** e **feminino** possuem informações para emitir uma resposta considerada como verdadeira e ou falsa e proposição apresentada no questionário.

Os resultados observados nas **Tabelas 29** e **29^{A}** revelam que mais de cinqüenta por cento dos estudantes de ambos os sexos dos grupos de escolas A e B possuem um grau de conhecimento sobre o tema drogas de abuso, mas é o do censo comum pelo que tem demonstrado a maioria da população de adultos e também de adolescentes.

Os adolescentes ao validarem o questionário, pelo tipo de repostas emitidas revelam que desconhecem como as substâncias psicoativas dos diversos tipos de drogas agem sobre o organismo e o Sistema Nervoso Central dos usuários.

Os resultados revelam que os estudantes têm necessidade de obter informações científicas e não só as do censo comum.

Os adolescentes de ambos os sexos revelam um grande interesse que tal tema seja trabalhado com maior abrangência ao longo da formação educacional no ensino fundamental e médio. Tal interesse justifica-se para que eles possuam ter condições de dialogar, manter-se bem informados com vistas a posicionarem-se diante da constante oferta de drogas da pressão de amigos e grupos de iguais, bem como poder intervir como agente de prevenção ao uso e abuso de drogas licitas e ilícitas no seu contexto escolas e na sua comunidade/bairro residencial junto grupos de iguais.

2.17 Autoconceito de Imaginação Criadora, Qualidades Criativas Expressadas por Adolescentes de Ambos os Sexos

Autoconceito de Imaginação criadora, qualidades expressadas por adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada).

A **Tabela 30 (p. 496)** mostra aspectos relevantes do nível de consciência e percepção do potencial criativo e imaginativo, **autoconceito de imaginação criadora** dos rapazes e moças estudantes do ensino médio, bem como revelam quais são suas **qualidades criativas,** ou seja, mostra seu perfil criador por áreas de atividade humana.

Da amostra estudada de 462 estudantes do sexo masculino e 542 do sexo feminino das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada), 88,74% dos rapazes e 85,98% das moças consideram-se criativas e imaginativas; e 11,26% dos rapazes e 14,02% das moças revelam-se desprovidos de imaginação criadora, ou seja, manifestam um baixo autoconceito.

O **Quadro resumo IV** mostra, por ordem, o potencial imaginativo e criativo reveladas por adolescentes escolares de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada). A **Tabela 30 (p. 496)** mostra o perfil criador por áreas de atividades humanas.

QUADRO RESUMO IV - ORDEM DO POTENCIAL DE IMAGINAÇÃO CRIADORA DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO.

Ordem do Potencial criativo de adolescentes estudantes de Escolas "A" e "B" ·

Qualidades criativas por sexo	M %	Potencial Ordem		F %
• Música (tocar/compor)	46,10	1º	4º	37,55
• Desenho artístico	36,83	2º	5º	33,05
• Composição poesias, textos literários	20,24	3º	3º	39,48
• Culinária	20,00	4º	2º	44,21
• Desenho gráfico (computação)	17,80	5º	10º	10,30
• Decoração	13,41	6º	1º	47,21
• Pintura	12,68	7º	6º	23,39
• Esportes (basquete, futebol)	10,98	8º	13º	1,93
• Escultura, cerâmica	8,78	9º	9º	10,73
• Informática (criar programas)	4,39	10º	17º	0,43
• Publicidade, comunicação relações humanas	2,93	11º	12º	4,29
• Estilista de moda	2,68	12º	8º	20,39
• Jogos	2,68	12º	14º	1,07
• Projetos arquitetônicos	2,44	13º	18º	0,21
• Fotografia	-	-	18º	0,21
• Tecelagem, tricô, crochê, bordado	1,71	14º	7º	22,53
• Teatro: representar	1,71	14º	16º	0,64
• Dança	1,71	14º	11º	4,54
• Teatro: escrever textos	1,46	15º	14º	1,07
• Organizar eventos, passeios, viagens	1,46	15º	15º	0,8
• Projeto mecânico/auto motivos	0,98	16º	-	-
• Mágica	0,73	17º	-	-
• Humor, piadas	0,49	18º	-	-
• Canto	0,24	19º	-	-
• Política estudantil	0,24	19º	-	-
• Paisagismo, ornamentação plantas	0,24	19º	-	-
• Origami/dobradura papel	0,24	19º	-	-

Fonte: Resumo da Tabela 30 – Autoconceito de Imaginação criadora, segundo Krowczuk, E. R., (2002). Tese de Doutorado.

Observa-se na **Tabela 30 (p. 496)** que os estudantes do sexo masculino das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) apresentam qualidades criativas semelhantes. A maioria das qualidades expressadas pelos estudantes das escolas do Grupo B (privado) foram expressadas, também, pelos adolescentes das escolas do Grupo A (público). Quanto aos estudantes do sexo feminino não se observa diferença significativa entre os que pertencem às escolas do Grupo A com as do Grupo B, ambas são dotadas de talentos imaginativo e criativos, mas, o que diverge é o percentual de estudantes que informam possuir tais qualidades criativas. Ver **Quadro Resumo V (p. 458)**.

Os resultados revelam que os adolescentes escolares de ambos os sexos, das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada), expressam sua imaginação criadora que

é resultante de fatores pessoais e condições ambientais favoráveis para o desenvolvimento de determinadas qualidades reveladoras do potencial criativo.

Os adolescentes do **sexo masculino**, se destacam- nos seguintes perfis criadores: **área musical**; na **área plástica**: desenho artístico, decoração, pintura, cerâmica, escultura, arquitetura; **área da informática**: desenho gráfico, computação (criar programas); **área prática da culinária**; na **área cognitiva**: composição de poesias e textos literários; **área esportiva**: atletismo, basquete, futebol, voleibol, jogos, etc. Outras atividades imaginativas e criativas destacam-se: na **área de comunicação**: relações humanas, publicidade; na **área de confecção e designer**: estilista de moda; na **área de confecção e tecelagem**: tricô, crochê, bordados, tapeçaria; **área de conduta humana**: dança, dramatização; na **área cognitiva:** composição de peças e textos para teatro; na **área científica mecânica:** projeto mecânico automotriz; na **área de laser e turismo:** organizar eventos, excursões de passeios ecológicos e viagens; na **área humorística e ilusionista:** mágica, contador de piadas; **área do canto:** cantor; na **área paisagismo:** jardinagem, ornamentação de plantas, jardins; **área institucional-organizativa**: política estudantil e, na **arte de origami** (dobradura de papel).

As adolescentes do **sexo feminino** se destacam nos seguintes perfis criadores: na **área plástica**: decoração, pintura, desenho artístico; escultura, cerâmica, arquitetura; na **área da prática da culinária**; na **área cognitiva**: composição de poesias e textos literários; na **área musical**: interpretação e composição; na **área de confecção e tecelagem**: tricô, crochê, bordados, tapeçaria; na **área de confecção e designer**: estilista de moda; **área da informática**: desenho gráfico computação; na **área de conduta humana**: dança, dramatização; **área esportiva**: basquete, futebol, voleibol; jogos.

Destacam-se ainda outras qualidades criativas como na **área de comunicação**: relações humanas, publicidade; na **área cognitiva:** composição de peças e textos para teatro; na **área fotográfica**: fotografia; **elaboração de projetos arquitetônicos**; na **área de laser e turismo:** organizar eventos, excursões de passeios ecológicos e viagens;

Os resultados obtidos (**Tabela 30 p. 496)** revelam que os adolescentes de ambos os sexos se sentem motivados para determinadas áreas da conduta humana. Porque eles são dotados de qualidades criativas que podem expressar e demonstrar seus níveis máximos de criatividade e ou de imaginação criadora nos distintos campos do saber e do comportamento para os distintos tipos de processo criador: produzir, expressar criatividade, descobrir, inventar e inovar.

O **Quadro Resumo V** mostra, por ordem, o potencial imaginativo e criativo revelado por sexo e por tipo de escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada). A **Tabela 30** mostra o perfil criador, ou seja as qualidades criativas do adolescente por áreas de atividades humanas.

QUADRO RESUMO V - ORDEM DO POTENCIAL DE IMAGINAÇÃO CRIADORA DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO.

Ordem do Potencial criativo de adolescentes estudantes de Escolas "A" e "B"

Qualidades criativas por sexo	Masculino				Feminino			
	A %	Potencial ordem		B %	A %	Potencial ordem		B %
• Música (tocar/compor)	43,52	1º	1º	48,39	36,84	4º	3º	38,50
• Desenho artístico	33,68	2º	2º	39,63	33,83	5º	5º	32,00
• Composição poesias, textos literários	27,46	3º	5º	13,82	37,97	3º	2º	41,50
• Culinária	19,17	4º	4º	20,74	48,87	1º	4º	38,00
• Decoração	13,47	5º	6º	13,36	46,24	2º	1º	48,50
• Pintura	12,95	6º	7º	12,44	21,80	7º	6º	25,50
• Desenho gráfico (computação)	11,40	7º	3º	23,50	6,39	10º	9º	15,50
• Escultura, cerâmica	11,40	7º	8º	6,45	12,03	9º	10º	9,00
• Esportes (basquete, futebol)	9,33	8º	7º	12,44	-	-	13º	2,00
• Dança	3,63	9º	-	-	5,64	11º	12º	3,00
• Estilista de moda	3,63	9º	12º	1,84	18,42	8º	7º	23,00
• Projetos arquitetônicos	3,11	10º	12º	1,84	-	-	15º	0,50
• Organizar eventos, passeios, viagens	3,11	10º	-	-	1,50	13º	-	-
• Tecelagem, tricô, crochê, bordado	2,60	11º	14º	0,92	23,68	6º	8º	21,00
• Informática (criar programas)	2,60	11º	9º	5,99	-	-	14º	1,00
• Jogos	2,60	11º	11º	2,76	1,50	13º	15º	0,50
• Publicidade, comunicação relações humai	2,59	12º	10º	3,23	2,63	12º	11º	6,50
• Mágica	-	-	13º	1,38	-	-	-	-
• Teatro: representar	2,07	13º	13º	1,38	1,13	14º	-	-
• Teatro: escrever textos	1,04	14º	13º	1,50	1,84	12º	15º	0,50
• Projeto mecânico/auto motivos	1,04	14º	14º	0,92	-	-	-	-
• Humor, piadas	-	-	14º	0,92	-	-	-	-
• Canto	0,52	15º	-	-	-	-	-	-
• Origami/dobradura papel	-	-	15º	0,46	-	-	-	-
• Paisagismo, ornamentação plantas	-	-	15º	0,46	-	-	-	-
• Política estudantil	-	-	15º	0,46	-	-	-	-
• Fotografia	-	-	-	-	0,38	15º	-	-

Fonte: Resumo da Tabela 30 – Autoconceito de Imaginação criadora, segundo Krowczuk, E. R, (2002). Tese de Doutorado.

TABELA 14 - IDENTIFICAÇÃO PESSOAL SEGUNDO A IDADE, ETNIA DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL - por tipo de escolas e sexo

Escolas/Sexo / Identific. Estud.	ESCOLAS A n		A %		B n		B %		TOTAL n		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Idade (anos):												
• 14	9	7	4,17	2,27	4	13	1,63	5,56	13	20	2,81	3,69
• 15	48	66	22,22	21,43	75	71	30,49	30,34	123	137	26,62	25,28
• 16	56	97	25,93	31,49	86	71	34,96	30,34	142	168	30,74	31,00
• 17	68	97	31,48	31,49	62	69	25,20	29,48	130	166	28,14	30,63
• 18	25	24	11,57	7,80	17	9	6,91	3,85	42	33	9,09	6,09
• 19	9	12	4,17	3,90	2	1	0,81	0,43	11	13	2,38	2,39
• 20	1	3	0,46	0,97					1	3	0,22	0,55
• 21		2		0,65						2		0,37
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Origem/Etnia:												
• Italiana	48	62	22,22	20,13	73	65	29,67	27,78	121	127	26,19	23,43
• Alemã	29	42	13,43	13,64	37	36	15,04	15,38	66	78	14,29	14,39
• Portuguesa	16	27	7,41	8,77	19	28	7,72	11,97	35	55	7,57	10,14
• Espanhola	11	17	5,09	5,52	10	9	4,06	3,85	21	26	4,55	4,80
• Brasileira	63	100	29,17	32,47	37	37	15,04	15,81	100	137	21,64	25,28
• Africana	4	7	1,85	2,27	1	1	0,41	0,43	5	8	1,08	1,48
• Indígena	3	7	1,39	2,27	1		0,41		4	7	0,87	1,29
• Européia	30	35	13,89	11,36	61	48	24,80	20,51	91	83	19,70	15,31
• Asiática	7	7	3,24	2,27	6	6	2,44	2,56	13	13	2,81	2,40
• Outros e Mercosul	5	4	2,31	1,30	1	4	0,41	1,71	6	8	1,30	1,48
Total	**216**	**308**	**100,00**	**100,00**	**246**	**234**	**100,00**	**100,00**	**462**	**542**	**100,00**	**100,00**

TABELA 14_A - IDENTIFICAÇÃO PESSOAL SEGUNDO ESTADO CIVIL, NATURALIDADE, PROFISSÃO E RENDA MENSAL DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/ Sexo	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B		n		%	
	n		%		n		%					
Identific. Estud.	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**
Estado Civil:												
• Solteiro	212	299	98,15	97,08	244	234	99,20	100,00	456	533	98,70	98,34
• Casado		6		1,95	1		0,40		1	6	0,22	1,11
• Outros	4	3	1,85	0,97	1		0,40		5	3	1,08	0,55
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Naturalidade												
• Porto Alegre	184	261	85,19	84,74	201	194	81,71	82,51	385	455	83,33	83,95
• Interior Estado	13	33	6,02	10,72	29	29	11,79	12,39	42	62	9,10	11,44
• Outros Estados	14	11	6,48	3,57	13	8	5,28	3,42	27	19	5,84	3,50
• Outros Países	5	3	2,31	0,97	3	3	1,22	1,28	8	6	1,73	1,11
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Profissão - trabalha:												
• Sim	66	68	30,56	22,08	21	10	8,54	4,27	87	78	18,83	14,39
• Não	150	240	69,44	77,92	225	224	91,46	95,73	375	464	81,17	85,61
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Salário Oficial Refer.:												
• Menos (<) de um	17	18	25,76	26,47	8	3	38,10	30,00	25	21	28,74	26,92
• Um	18	15	27,27	22,06	5	2	23,80	20,00	23	17	26,44	21,80
• Mais (>) de um	31	35	46,97	51,47	8	5	38,10	50,00	39	40	44,82	51,28
Total	66	68	100,00	100,00	21	10	100,00	100,00	87	78	100,00	100,00
Sustenta família:												
• Sim	18	22	27,27	32,35	2	3	9,52	30,00	20	25	22,99	32,05
• Não	48	46	72,73	67,65	19	7	90,48	70,00	67	53	77,01	67,95
Total	66	68	100,00	100,00	21	10	100,00	100,00	87	78	100,00	100,00

TABELA 15-ESCOLARIDADE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, TURNO, DEDICAÇÃO, DESEMPENHO E MOTIVAÇÕES DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – por tipo de escolas e sexo

Escolas/Sexo / Idade/Motivações / Desempenho dos Estudantes	ESCOLAS								TOTAL			
	A				B				n		%	
	N		%		n		%					
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Faixa Etária:												
• 14 – 15 anos	57	73	26,39	23,70	79	84	32,11	35,90	136	157	29,44	28,97
• 16 – 17 anos	124	194	57,41	62,99	148	140	60,16	59,83	272	334	58,87	61,62
• 18 – 19 anos	34	36	15,74	11,69	19	10	7,73	4,27	53	46	11,47	8,49
• 20 – 21 anos	1	5	0,46	1,62					1	5	0,22	0,92
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Turno:												
• Manhã	216	308	100,00	100,00	229	208	93,09	88,89	445	516	96,32	95,20
• Tarde					17	26	6,91	11,11	17	26	3,68	4,80
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Desempenho:												
• Excelente	15	27	6,94	8,77	20	14	8,13	5,98	35	41	7,58	7,56
• Bom	92	177	42,60	57,47	110	141	44,71	60,26	202	318	43,72	58,68
• Regular	91	86	42,13	27,92	100	70	40,65	29,91	191	156	41,34	28,78
• Fraco	11	17	5,09	5,52	12	9	4,88	3,85	23	26	4,98	4,80
• Péssimo	7	1	3,24	0,32	4		1,63		11	1	2,38	0,18
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Motivações:												
• Exame ingresso universidade	89	162	33,46	39,90	106	115	33,65	34,85	195	277	33,56	37,64
• Profissão	109	174	40,98	42,86	132	135	41,90	40,91	241	309	41,48	41,98
• Cultura	56	61	21,05	15,02	59	66	18,73	20,00	115	127	19,80	17,26
• Outros	12	9	4,51	2,22	18	14	5,71	4,24	30	23	5,16	3,12
Total	266	406	100,00	100,00	315	330	100,00	100,00	581	736	100,00	100,00
Reprovação:												
• Sim	85	109	39,35	35,39	50	26	20,33	11,11	135	135	29,22	24,91
• Não	131	199	60,65	64,61	196	208	79,67	88,89	327	407	70,78	75,09
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Horas/diária de estudo:												
• Menos (<) de 1 hora	117	122	54,17	39,61	121	83	49,19	35,47	238	205	51,51	37,82
• De 1 a 3 horas	44	107	20,37	34,74	57	84	23,17	35,90	101	191	21,86	35,24
• Mais (>) de 3 horas	14	28	6,48	9,09	16	39	6,50	16,67	30	67	6,50	12,36
• Só 1 hora	6	15	2,78	4,87	5	11	2,03	4,70	11	26	2,38	4,80
• Só para provas de 1 a 3 h	16	21	7,41	6,82	26	11	10,57	4,70	42	32	9,09	5,90
• Mais (>) 8 h a 10 hs – fins de semana	4	5	1,85	1,62					4	5	0,87	0,92
• Nenhuma	15	10	6,94	3,25	21	6	8,54	2,56	36	16	7,79	2,96
Total	**216**	**308**	**100,00**	**100,00**	**246**	**234**	**100,00**	**100,00**	**462**	**542**	**100,00**	**100,00**

TABELA 16 - ATITUDES, VALORES E SENTIMENTOS SOBRE O ESTILO DE VIDA DOS PAIS, MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Comportamento do Estudante s/Estilo vida dos Pais	ESCOLAS A N		A %		B n		B %		TOTAL n		%	
	M 216	F 308	M	F	M 246	F 234	M	F	M 462	F 542	M	F
Atitudes/Valores/Sentimentos Manifestados:												
• Participo porque convidam	59	88	27,31	28,57	73	73	29,67	31,20	132	161	28,57	29,70
• Não convidam a participar	3	4	1,39	1,30	16	11	6,50	4,70	19	15	4,11	2,77
• Participo porque me obrigam	17	22	7,87	7,14	3	7	1,22	2,99	20	29	4,33	5,35
• Gosto de participar	110	186	50,93	60,39	128	144	52,03	61,54	238	330	51,52	60,89
• Não tenho tempo	25	20	11,57	6,49	11	17	4,47	7,26	36	37	7,79	6,83
• Não gosto de participar	36	19	16,67	6,17	28	18	11,38	7,69	64	37	13,85	6,83

TABELA 17 - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM OS PAIS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Relações Afetivas	ESCOLAS A n		ESCOLAS A %		ESCOLAS B n		ESCOLAS B %		TOTAL n		TOTAL %	
Amizade dos adolescente com seus pais	**P**	**M**	**P**	**M**	**P**	**M**	**P**	**M**	**P**	**M**	**P**	**M**
Qualidade do Relacionamento:												
• Excelente	240	299	48,48	57,95	263	303	55,72	63,52	503	602	52,02	60,62
• Bom	159	159	32,12	30,80	148	139	31,36	29,14	307	298	31,75	30,01
• Regular	54	41	10,91	7,95	47	32	9,96	6,71	101	73	10,44	7,35
• Mal	28	7	5,66	1,36	11	2	2,33	0,42	39	9	4,03	0,91
• Péssimo	14	10	2,83	1,94	3	1	0,63	0,21	17	11	1,76	1,11
Total	495	516	100,00	100,00	472	477	100,00	100,00	967	993	100,00	100,00
Valores/Atitudes no Relacionamento:												
• Confiança e amizade	291	352	58,79	68,21	327	363	69,27	76,10	618	715	63,91	72,00
• Insegurança, medo	33	16	6,67	3,10	21	11	4,45	2,31	54	27	5,58	2,72
• Demonstram me amar	200	240	40,40	46,51	266	290	56,36	60,80	466	530	48,19	53,37
• Respeito e autoridade	181	154	36,57	29,84	170	134	36,02	28,09	351	288	36,30	29,00
• Insatisfação, indiferença	37	15	7,47	2,91	22	6	4,66	1,26	59	21	6,10	2,11
• Liberal e afetivo	122	163	24,65	31,59	125	155	26,48	32,49	247	318	25,54	32,02
• Desconfiança	35	28	7,07	5,43	26	27	5,51	5,66	61	55	6,31	5,54
• Amizade e respeito					8	6	1,69	1,26	8	6	0,83	0,60
• Amizade	15	2	3,03	0,39	3	2	0,63	0,42	18	4	1,86	0,40
• Respeito	2	1	0,40	0,19	3	1	0,63	0,21	5	2	0,52	0,20
• Ausente	1	3	0,20	0,58	4	3	0,85	0,63	5	6	0,52	0,60
• Outros	24	18	4,85	3,49	3	5	0,63	1,05	27	23	2,79	2,32
Descontentamento c/atit. no relacion.:												
• Agressões e maltrato físico	16	10	13,22	10,99	7	7	10,93	13,21	23	17	12,43	11,81
• Humilhação	10	5	8,26	5,49	5	8	7,81	15,09	15	13	8,11	9,03
• Não demonstram me amar	25	14	20,66	15,38	19	6	29,69	11,32	44	20	23,78	13,89
• Não confiam/Não me valorizam	52	45	42,98	49,45	19	21	29,69	39,63	71	66	38,38	45,83
• Vítima de abuso sexual	2	2	1,66	2,20					2	2	1,08	1,39
• Vergonha p/ignorância cultural	10	9	8,26	9,89	11	8	17,19	15,09	21	17	11,36	11,80
• Vergonha p/aparência física	6	6	4,96	6,60	3	3	4,69	5,66	9	9	4,86	6,25
Total	121	91	100,00	100,00	64	53	100,00	100,00	185	144	100,00	100,00

TABELA 18 - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM SEUS IRMÃOS MANIFESTADOS PELOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B		N		%	
Relações Afetivas e de Amizade c/Irmãos	n		%		N		%					
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
	524				480				1004			
Qual. do Relacionamento:												
• Excelente	125	135	23,85	25,76	120	139	25,00	28,96	245	274	24,40	27,29
• Bom	126	136	24,05	25,94	121	130	25,21	27,08	247	266	24,60	26,49
• Regular	48	42	9,16	8,02	37	37	7,71	7,71	85	79	8,47	7,87
• Mal	13	5	2,48	0,95	11	4	2,29	0,83	24	9	2,39	0,90
• Péssimo	5	3	0,95	0,57	2	1	0,42	0,21	7	4	0,70	0,40
Vlr./Atitudes do Relacion:												
• Lealdade/confiança/amizade	157	183	29,96	34,92	191	199	39,79	41,46	348	382	34,66	38,05
• Gostaria ser parecido fisicam.	16	10	3,05	1,91	13	9	2,71	1,88	29	19	2,89	1,89
• Estabilidade emocional	50	40	9,54	7,63	46	54	9,58	11,25	96	94	9,56	9,36
• Me amam	129	136	24,62	25,45	126	141	26,25	29,38	255	277	25,40	27,59
• São inteligentes/criativos	105	124	20,04	23,66	123	123	25,63	25,63	228	247	22,71	24,60
• São alegres	139	160	26,53	30,53	133	130	27,71	27,08	272	290	27,09	28,88
• Não posso confiar segredos	63	48	12,02	9,16	50	47	10,42	9,79	113	95	11,25	9,46
• É inseguro, nervoso	25	21	4,77	4,01	27	30	5,63	6,25	52	51	5,18	5,08
• Muito responsável	75	81	14,31	15,46	52	77	10,83	16,04	127	158	12,65	15,74
• Auxilia resolução probl.	92	105	17,56	20,04	79	108	16,46	22,50	171	213	17,03	21,22
• Tenho ciúmes	30	32	5,73	6,11	13	18	2,71	3,75	43	50	4,28	4,98
Descont. c/atitudes relacion.:												
• Irresponsável	52	44	9,92	8,40	63	54	13,30	11,25	115	98	11,45	9,76
• Mentiroso, desleal	30	26	5,73	4,96	24	19	5,00	3,96	54	45	5,38	4,48
• Não guarda segredos	47	50	8,97	9,54	26	40	5,42	8,33	73	90	7,27	8,96
• Preguiçoso	123	93	23,47	17,75	102	83	21,25	17,29	225	176	22,41	17,53
• Egoísta	41	53	7,82	10,11	38	64	7,92	13,33	79	117	7,87	11,65
• Usa drogas	23	6	4,39	1,15	10	9	2,08	1,88	33	15	3,29	1,49
• Faz fofocas	50	54	9,54	10,31	44	54	9,17	9,58	94	108	9,36	10,76
• Falta de higiene	22	11	4,20	2,10	23	7	4,79	1,46	45	18	4,48	1,79
• É ciumento	41	37	7,82	7,06	30	33	6,25	6,88	71	70	7,07	6,97
• Boas maneiras	32	35	6,11	6,68	26	27	5,42	5,63	58	62	5,78	6,18
• Não respeita minha privacidade	70	72	13,36	13,74	40	68	8,33	14,17	110	140	10,96	13,94
• Sou excluído	9	12	1,72	2,29	8	14	1,67	2,92	17	26	1,69	2,59

TABELA 19 - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM SEUS COLEGAS DE CLASSE EM RELAÇÃO À QUALIDADE, VALORES, ATITUDES, DESCONTENTAMENTO, INTENSIDADE DE AFETO E AMIZADE MANIFESTADOS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Qualid., Valores, Atitudes, Descont./ Intensidade afeto e amizade	ESCOLAS A n		ESCOLAS A %		ESCOLAS B N		ESCOLAS B %		TOTAL n		TOTAL %	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Qualidade do Relacionamento:												
• Excelente	55	113	25,46	36,69	100	84	40,65	35,90	155	197	33,55	36,35
• Bom	129	166	59,72	53,90	123	129	50,00	55,13	252	295	54,55	54,43
• Regular	20	23	9,26	7,47	18	17	7,31	7,26	38	40	8,23	7,38
• Mal	2	3	0,93	0,97	1	1	0,41	0,43	3	4	0,65	0,74
• Péssimo	6	1	2,78	0,32	1		0,41		7	1	1,51	0,18
• Indiferente	4	2	1,85	0,65	3	3	1,22	1,28	7	5	1,51	0,92
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Valor./Atitudes do Relaciona.:												
• Amigo carismático	76	148	35,19	48,05	116	148	47,15	63,25	192	296	41,56	54,61
• Alegre, comunicativo	153	247	70,83	80,19	184	193	74,80	82,48	337	440	72,94	81,18
• Tímido, reservado	31	49	14,35	15,91	34	21	13,82	8,97	65	70	14,07	12,92
• Orgulhoso	8	16	3,70	5,19	14	12	5,69	5,13	22	28	4,76	5,17
• Triste, deprimido	3	9	1,39	2,92	3	8	1,22	3,42	6	17	1,30	3,14
• Líder	27	36	12,50	11,69	36	26	14,63	11,11	63	62	13,64	11,44
• Agressivo	10	8	4,63	2,60	13	5	5,28	2,14	23	13	4,98	2,40
• Conselheiro, sabe ouvir	35	122	16,20	39,61	78	136	31,71	58,12	113	258	24,46	47,60
Descontent. c/atitudes relacion.:												
• Agressivos	35	49	16,20	15,91	51	55	20,73	23,50	86	104	18,61	19,19
• Preguiçosos	57	69	26,39	22,40	71	54	28,86	23,08	128	123	27,71	22,69
• Irresponsáveis	67	122	31,02	39,61	91	97	36,99	41,45	158	219	34,20	40,41
• Mentirosos	31	50	14,35	16,23	70	61	28,46	26,07	101	111	21,86	20,48
• Uso de drogas	22	40	10,19	12,99	35	31	14,23	13,25	57	71	12,34	13,10
• Desrespeito ao professor	45	92	20,83	29,87	45	79	18,29	33,76	90	171	19,48	31,55
• Orgulhosos	35	82	16,20	26,62	74	73	30,08	31,20	109	155	23,59	28,60
• Egoístas	67	58	31,02	18,83	84	76	34,15	32,48	151	134	32,68	24,72
• Humilham os pobres	37	57	17,13	18,51	60	58	24,39	24,79	97	115	21,00	21,22
• Racista	11	10	5,09	3,25		1		0,43	11	11	2,38	2,03
Intensidade afeto e amizade:												
• Tenho muitos colegas	94	124	43,52	40,26	92	90	37,40	38,46	186	214	40,26	39,48
• Tenho muitos amigos	99	107	45,83	34,74	141	109	57,32	46,58	240	216	51,95	39,85
• Poucos amigos, porém íntimos	39	114	18,06	37,01	50	76	20,33	32,48	89	190	19,26	35,05
• Não tenho amigos	10	16	4,63	5,19	9	4	3,66	1,71	19	20	4,11	3,69

TABELA 20 - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM OS PROFESSORES E DIREÇÃO DA ESCOLA, MANIFESTADOS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B		n		%	
Relações Afetivas e de	n		%		n		%					
Amizade com Professores	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Qualidade Relacionamento:												
• Excelente	28	61	12,96	19,81	33	57	13,41	24,36	61	118	13,20	21,77
• Bom	117	187	54,17	60,71	146	153	59,35	65,38	263	340	56,93	62,73
• Regular	45	31	20,83	10,06	56	22	22,76	9,40	101	53	21,86	9,78
• Mal	2	1	0,93	0,32	4		1,63		6	1	1,30	0,18
• Péssimo	7	4	3,24	1,30	1		0,41		8	4	1,73	0,74
• Com respeito	67	113	31,02	36,69	41	36	16,67	15,38	108	149	23,38	27,49
• Indiferente	15	17	6,94	5,52	7	4	2,85	1,71	22	21	4,76	3,87
Auto-conceito e comportamento												
• Disciplinado	123	195	61,11	63,31	132	172	53,66	73,50	255	367	55,19	67,71
• Estudioso	40	119	18,52	38,64	51	89	20,73	38,03	91	208	19,70	38,38
• Afetivo	40	100	18,52	32,47	55	96	22,36	41,03	95	196	20,56	36,16
• Agressivo	13	4	6,02	1,30	8	2	3,25	0,85	21	6	4,55	1,11
• Preguiçoso	43	45	19,91	14,61	53	23	21,54	9,83	96	68	20,78	12,55
• Apático, desligado	31	21	14,35	6,82	34	8	13,82	3,42	65	29	14,07	5,35
• Criativo	65	98	30,09	31,82	88	59	35,77	25,21	153	157	33,12	28,97
• Derrotista, deprimido	9	6	4,17	1,95	6	1	2,44	0,43	15	7	3,25	1,29
• Indisciplinado	20	10	9,26	3,25	17	10	6,91	4,27	37	20	8,01	3,69
Descont. relacion. c/Professores												
• Não aceita sugestões	81	102	37,50	33,12	112	118	45,53	50,43	193	220	41,77	40,59
• Distante/indiferente	32	57	14,81	18,51	54	43	21,95	18,38	86	100	18,61	18,45
• Nada afetivo, rigidez	48	78	22,22	25,32	70	59	28,46	25,21	118	137	25,54	25,28
• Mau humor, agressivo	96	125	44,44	40,58	106	89	43,09	38,03	202	214	43,72	39,48
• Desinteresse p/turma	60	88	27,78	28,57	68	49	27,64	20,94	128	137	27,71	25,28
• Desatualizado	24	27	11,11	8,77	56	28	22,76	11,97	80	55	17,32	10,15
• Nada criativo	55	67	25,46	21,75	72	76	29,27	32,48	127	143	27,49	26,38
• Egoísta	16	20	7,41	6,49	2		0,81		18	20	3,90	3,69
• Inseguro ñ toma decisões	28	33	12,96	10,71	44	38	17,89	16,24	72	71	15,58	13,10
• Pouca cultura	19	21	8,80	6,82	34	23	13,82	9,83	53	44	11,47	8,12
• Desconfiado	41	59	18,98	19,16	55	45	22,36	19,23	96	104	20,78	19,19
• Prepotente, orgulhoso	56	65	25,93	21,10	94	77	38,21	32,91	150	142	32,47	26,20
Satisfação c/atitudes profes.:												
• Estimula criatividade	92	108	42,59	35,06	92	97	37,40	41,45	184	205	39,83	37,82
• Comunicativo/afetivo	57	136	26,39	44,16	76	126	30,89	53,85	133	262	28,79	48,34
• Dominam área conheciment.	63	124	29,17	40,26	130	144	52,85	61,54	193	268	41,77	49,45
• Honestidade de caráter	86	109	39,81	35,39	127	122	51,63	52,14	213	231	46,10	42,62
• Não exclui usa drogas	44	56	20,37	18,18	46	45	18,70	19,23	90	101	19,48	18,63
• Contribui form.consc.crítica	70	109	32,41	35,39	96	114	39,02	48,72	166	223	35,93	41,14
• Auxilia definição vocacional	41	42	18,98	13,64	40	61	16,26	26,07	81	103	17,53	19,00
• Auxilia dific. Pessoal/escolar	52	109	24,07	35,39	59	92	23,98	39,32	111	201	24,03	37,08
• Alegre, sorridente, desc.	87	164	40,28	53,25	117	138	47,56	58,97	204	302	44,16	55,72
• Auto-confiança	55	92	25,46	29,87	83	96	33,74	41,03	138	188	29,87	34,69

TABELA 21 - ESTILO DE VIDA, VALORES, ATITUDES, HÁBITOS DE 1004 ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO

Escolas/Freqüência/Sexo / Valores /Atitudes/Hábitos Adolescentes	ESCOLAS "A" E "B"												TOTAL (PRATICAM)				nunca praticam			
	Diária		1 a 3 x p/semana		Final Semana		1 x p/mês		1/5 x p/ano		Férias		n		%		n		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M 462	F 542	M	F	M	F	M	F
• Exercício Físicos/Ginástica	135	80	166	241	55	70	17	35	5	13	20	48	398	487	86,15	89,85	64	55	13,85	10,15
• Praticar esportes (cicli/atlet.)	138	41	155	126	91	125	10	47	3	12	31	107	428	464	92,64	85,61	34	78	7,36	14,39
• Praticar jogos (sinuca, xadrez)	28	22	47	36	125	107	71	100	42	38	84	156	397	459	85,93	84,68	65	83	14,07	15,32
• Ler (jornal, revista, livros, etc.)	264	273	91	127	56	60	23	37	6	17	2	16	442	530	95,67	97,79	20	12	4,33	2,21
• Assistir televisão, filme vídeo	381	439	44	50	26	37	2	7		1		2	453	536	98,05	98,89	9	6	1,95	1,11
• Escutar música	367	466	52	37	21	22	7	3	2	1	2	3	451	532	97,62	98,15	11	10	2,38	1,85
• Ir ao cinema	4	3	15	18	114	187	169	178	98	102	23	22	423	510	91,56	94,10	39	32	8,44	5,90
• Ir ao teatro			4	1	16	41	52	78	147	203	33	41	252	364	54,55	67,16	210	178	45,45	32,84
• Ir a shows	4	1	14	9	55	73	82	111	162	210	53	32	370	437	80,09	80,63	119	195	19,91	19,37
• Ir ao shopping	29	24	87	114	182	230	106	104	30	26	2	14	436	512	94,37	94,46	26	30	5,63	5,54
• Ir a clube social	27	19	48	38	106	109	57	71	37	52	54	68	329	357	71,21	65,87	133	185	28,79	34,13
• Ir a discotecas, bares	10	9	17	16	247	321	61	81	22	33	24	25	381	485	82,47	89,48	81	57	17,53	10,52
• Ir a Asso. Comunitária, bairro	3	3	10	11	14	31	10	33	15	37	4	5	56	120	12,12	22,14	406	422	87,88	77,86
• Ir a Igreja/prática culto, religião	8	10	11	23	48	82	52	73	116	136	7	14	241	338	52,16	62,36	221	204	47,84	37,64
• Ir excursões, acampar c/ amigos	1	1	1		36	36	51	42	120	158	145	184	354	421	76,62	77,68	108	121	23,38	22,32
• Viajar férias c/ a família	1	2			58	86	50	40	63	75	269	323	441	526	95,45	97,05	21	16	4,55	2,95
• Reunir-se c/família/parentes em casa	43	42	38	39	193	211	86	124	63	82	15	29	438	527	94,81	97,23	24	15	5,19	2,77
• Reunir-se com amigos em casa	36	52	76	74	150	204	87	110	46	44	13	16	408	500	88,31	92,25	54	42	11,69	7,75
• Com. datas festivas c/ família	69	94	14	18	62	86	94	110	174	181	26	27	439	513	95,02	94,65	23	29	4,98	5,35
• Estar só sair para rua	110	92	84	121	63	54	39	57	23	36	10	26	329	386	71,21	71,22	133	156	28,79	28,78
• Conversar com amigos na rua	219	228	106	103	48	79	16	34	15	14	9	19	413	477	89,39	88,01	49	65	10,61	11,99
• Cultivo de plantas	24	47	14	29	25	33	19	40	16	29	22	33	120	211	25,97	38,93	342	331	74,03	61,07
• Tocar instrumento musical	61	21	34	35	28	28	11	19	17	21	15	18	166	18	35,93	3,32	296	400	64,07	96,68
• Escrever poesias / desenhar	51	42	53	64	25	55	48	73	40	39	18	36	235	309	50,87	57,01	227	233	49,13	42,99
• Ajudar tarefas domést./ família	116	257	114	102	72	84	52	41	15	24	11	11	380	519	82,25	95,76	82	23	17,75	4,24

TABELA 21_A - ESTILO DE VIDA, VALORES, ATITUDES, HÁBITOS DE 524 ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL - POR ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO

Escolas/Freqüência/Sexo / Valores /Atitudes/Hábitos Adolescentes	ESCOLAS "A" - 1, 2, 3, 4												TOTAL (QUE PRATICAM)				NUNCA PRATICAM			
	Diária		1 a 3 x p/semana		Final Semana		1 x p/mês		1/5 x p/ano		Férias		n		%		n		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M 216	F 308			M	F	M	F
Exercício Físicos/Ginástica	56	35	69	135	29	40	9	22		6	9	31	172	269	79,63	87,34	44	39	20,37	12,66
Praticar esportes (cicli/atlet.)	61	20	68	67	49	80	4	27	2	9	14	60	198	263	91,67	85,39	18	45	8,33	14,61
Praticar jogos (sinuca, xadrez)	19	15	25	27	53	64	34	57	17	22	35	67	183	252	84,72	81,82	33	56	15,28	18,18
Ler (jornal, revista, livros, etc.)	118	153	36	56	30	38	12	26	4	13	2	14	202	300	93,52	97,40	14	8	6,48	2,60
Assistir televisão, filme vídeo	183	256	16	19	12	21		5		1		1	211	303	97,69	98,38	5	5	2,31	1,62
Escutar música	170	263	18	17	12	13	5	3	2	1	2	3	209	300	96,76	97,40	7	8	3,24	2,60
Ir ao cinema	2	2	6	7	35	82	83	101	45	70	17	17	188	279	87,04	90,58	28	29	12,96	9,42
Ir ao teatro			4	1	6	28	24	33	58	92	15	27	107	181	49,54	58,77	109	127	50,46	41,23
Ir a shows	3	1	4	5	27	47	40	61	64	91	22	20	160	225	74,07	73,05	83	173	26,95	56,17
Ir ao shopping	14	10	32	38	83	134	58	77	12	19	1	11	200	289	92,59	93,83	16	19	7,41	6,17
Ir a clube social	13	7	22	12	40	62	19	34	13	26	33	40	140	181	64,81	58,77	76	127	35,19	41,23
Ir a discotecas, bares	5	6	8	6	93	153	33	50	10	23	14	22	163	260	75,46	84,42	53	48	24,54	15,58
Ir a Asso. Comunitária, bairro	1	3	4	10	9	21	7	23	10	24	2	5	33	86	15,28	27,92	183	222	84,72	72,08
Ir a Igreja/prática culto, religião	5	8	6	15	25	53	19	44	52	67	5	14	112	201	51,85	65,26	104	107	48,15	34-,74
Ir excursões, acampar c/ amigos	1	1	1		25	28	21	23	41	78	67	106	156	236	72,22	76,62	60	72	27,78	23,38
Viajar fêrias c/ a família		2			29	46	21	19	19	37	133	194	202	298	93,52	96,75	14	10	6,48	3,25
Reunir-se c/família/parentes em casa	19	27	20	19	87	132	36	63	24	37	11	15	197	293	91,20	95,13	19	15	8,80	4,87
Reunir-se com amigos em casa	22	39	31	32	71	119	31	54	19	26	9	12	183	282	84,72	91,56	33	26	15,28	8,44
Com. datas festivas c/ família	35	56	9	12	32	54	38	53	72	92	13	23	199	290	92,13	94,16	17	18	7,87	5,84
Estar só sair para rua	60	55	37	62	27	30	18	26	16	20	4	18	162	211	75,00	68,51	54	97	25,00	31,49
Conversar com amigos na rua	113	135	36	50	28	56	7	14	7	7	3	10	194	272	89,81	88,31	22	36	10,19	11,69
Cultivo de plantas	13	35	9	18	15	21	13	29	6	12	11	17	67	132	31,02	42,86	149	176	68,98	57,14
Tocar instrumento musical	24	15	18	20	18	19	7	13	6	14	5	9	78	90	36,11	29,22	138	218	63,89	70,78
Escrever poesias / desenhar	29	28	30	38	13	36	22	40	12	19	9	19	115	180	53,24	58,44	101	128	46,76	41,56
Ajudar tarefas domést./ família	64	192	53	43	29	32	18	14	7	12	1	4	172	297	79,63	96,43	44	11	20,37	3,57

TABELA 21_B - ESTILO DE VIDA, VALORES, ATITUDES, HÁBITOS DE 480 ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL - POR ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO

EscolaS/Freqüência/Sexo / Valores /Atitudes/Hábitos Adolescentes	ESCOLAS "B" – 1, 2, 3, 4												TOTAL (PRATICAM)				NUNCA PRATICARAM			
	Diária		1 a 3 x p/semana		Final Semana		1 x p/mês		1/5 x p/ano		Férias		n		%		n		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M 246	F 234	M	F	M	F	M	F
• Exercício Físicos/Ginástica	79	45	97	106	26	30	8	13	5	7	11	17	226	218	91,87	93,16	20	16	8,13	6,84
• Praticar esportes (cicli/atlet.)	77	21	87	59	42	45	6	20	1	3	17	47	230	201	93,50	85,90	16	33	6,50	14,10
• Praticar jogos (sinuca, xadrez)	9	7	22	9	72	43	37	43	25	16	49	89	214	207	86,99	88,46	32	27	13,01	11,54
• Ler (jornal, revista, livros, etc.)	146	120	55	71	26	22	11	11	2	4		2	240	230	97,56	98,29	6	4	2,44	1,71
• Assistir televisão, filme vídeo	198	183	28	31	14	16	2	2				1	242	233	98,37	99,57	4	1	1,63	0,43
• Escutar música	197	203	34	20	9	9	2						242	232	98,37	99,15	4	2	1,63	0,85
• Ir ao cinema	2	1	9	11	79	105	86	77	53	32	6	5	235	231	95,53	98,72	11	3	4,47	1,28
• Ir ao teatro					10	13	28	45	89	111	18	14	145	183	58,94	78,21	101	51	41,06	21,79
• Ir a shows	1	1	10	4	28	26	42	50	98	119	31	12	210	212	85,37	90,60	36	22	14,63	9,40
• Ir ao shopping	15	14	55	76	99	96	48	27	18	7	1	3	236	223	95,93	95,30	10	11	4,07	4,70
• Ir a clube social	14	12	26	26	66	47	38	37	24	26	21	28	189	176	76,83	75,21	57	58	23,17	24,79
• Ir a discotecas, bares	5	3	9	10	154	168	28	31	12	10	10	3	218	225	88,62	96,15	28	9	11,38	3,85
• Ir a Asso. Comunitária, bairro	2		6	1	5	10	3	10	5	13	2		23	34	9,35	14,53	223	200	90,65	85,47
• Ir a Igreja/prática culto, religião	3	2	5	8	23	29	33	29	64	69	2		129	137	52,44	58,55	117	97	47,56	41,45
• Ir excursões, acampar c/ amigos					11	8	30	19	79	80	78	78	198	185	80,49	79,06	48	49	19,51	20,94
• Viajar férias c/ a família	1				29	40	29	21	44	38	136	129	239	228	97,15	97,44	7	6	2,85	2,56
• Reunir-se c/família/parentes em casa	24	15	18	20	106	79	50	61	39	45	4	14	241	234	97,97	100,00	5		2,03	
• Reunir-se com amigos em casa	14	13	45	42	79	85	56	56	27	18	4	4	225	218	91,46	93,16	21	16	8,54	6,84
• Com. datas festivas c/ família	34	38	5	6	30	32	56	58	102	89	13	4	240	223	97,56	95,30	6	11	2,44	4,70
• Estar só sair para rua	50	37	47	59	36	24	21	31	7	16	6	8	167	175	67,89	75,79	79	59	32,11	25,21
• Conversar com amigos na rua	106	93	70	53	20	23	9	20	8	7	6	9	219	205	89,02	87,61	27	29	10,98	12,39
• Cultivo de plantas	11	12	5	11	10	12	6	11	10	17	11	16	53	79	21,54	33,76	193	155	78,46	66,24
• Tocar instrumento musical	37	6	16	15	10	9	4	6	11	7	10	9	88	52	35,77	22,22	158	182	64,23	77,78
• Escrever poesias / desenhar	22	14	23	26	12	19	26	33	28	20	9	17	120	129	48,78	55,13	126	105	51,22	44,87
• Ajudar tarefas domést./ família	52	65	61	59	43	52	34	27	8	12	10	7	208	222	84,55	94,87	38	12	15,45	5,13

TABELA 22 - VALORES, ATITUDES, HÁBITOS E TEMPO DIÁRIO DEDICADO ÀS ATIVIDADES PREFERIDAS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Freqüência/Horas Diárias/ Sexo / Valores		ESCOLAS "A" E "B"						TOTAL			
		< 1 HORA		DE 1 A 3 HORAS		> DE 3 HORAS		n		%	
Atitudes/Hábitos Adolescentes Estud.		M	F	M	F	M	F	M 462	F 542	M	F
• Ver televisão, vídeo	%	19,64	22,43	53,05	47,15	27,31	29,52	443	526	95,89	97,05
	n	87	118	235	248	121	160				
• Ouvir música	%	31,97	19,40	48,07	39,92	19,95	40,68	441	526	95,45	97,05
	n	141	102	212	210	88	214				
• Praticar/estudar música	%	67,42	75,98	21,61	18,32	10,97	5,70	310	333	67,10	61,44
	n	209	253	67	61	34	19				
• Praticar esportes	%	24,10	44,00	48,16	45,56	27,74	10,44	411	450	88,96	83,02
	n	99	198	198	205	114	47				
• Praticar jogos	%	56,72	69,37	32,53	24,05	10,75	6,58	372	395	80,52	72,88
	n	211	274	121	95	40	26				
• Ler (jornal, livros)	%	69,16	63,94	27,80	31,28	3,04	4,78	428	502	92,64	92,62
	n	296	321	119	157	13	24				
• Estudar, fazer deveres	%	66,27	46,97	28,92	42,86	4,81	10,17	415	511	89,83	94,28
	n	275	240	123	219	20	52				
• Estar na rua	%	38,82	36,22	28,28	29,38	32,90	34,40	389	497	84,20	91,70
	n	151	180	110	146	128	171				
• Desenhar, pintar, escrever	%	76,45	69,47	16,07	21,68	7,48	8,85	361	452	78,14	83,39
	n	276	314	58	98	27	40				

TABELA 22_A - VALORES, ATITUDES, HÁBITOS E TEMPO DIÁRIO DEDICADO ÁS ATIVIDADES PREFERIDAS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR ESCOLAS E SEXO

Escolas/Freqüência/Horas Diárias/ Sexo / Valores / Atitudes/Hábitos Adolescentes Estud.		ESCOLAS "A" 1, 2, 3, 4						TOTAL			
		< 1 HORA		DE 1 A 3 HORAS		> DE 3 HORAS		n		%	
		M	F	M	F	M	F	M 216	F 308	M	F
• Ver televisão, vídeo	n	37	55	103	138	62	104	202	297	93,51	96,44
	%	18,32	18,52	50,99	46,46	30,69	35,02				
• Ouvir música	n	58	51	91	104	49	140	198	295	91,67	95,78
	%	29,29	17,29	45,96	35,25	24,75	47,46				
• Praticar/estudar música	n	98	144	34	40	17	12	149	196	68,98	63,64
	%	65,77	73,47	22,82	20,41	11,41	6,12				
• Praticar esportes	n	43	113	71	118	72	26	186	257	86,11	83,44
	%	23,12	43,97	38,17	45,91	38,71	10,12				
• Praticar jogos	n	83	142	60	58	23	18	166	218	76,86	70,77
	%	50,00	65,14	36,14	26,60	13,86	8,26				
• Ler (jornal, livros)	n	126	168	59	93	6	16	191	277	88,42	89,93
	%	65,97	60,65	30,89	33,57	3,14	5,78				
• Estudar, fazer deveres	n	127	138	56	124	6	20	189	282	87,51	91,56
	%	67,20	48,94	29,63	43,97	3,17	7,09				
• Estar na rua	n	69	105	35	70	63	103	167	278	77,31	90,26
	%	41,32	37,77	20,96	25,18	37,72	37,05				
• Desenhar, pintar, escrever	n	121	173	28	60	17	26	166	259	76,85	84,09
	%	72,89	66,80	16,87	23,17	10,24	10,03				

TABELA 22_B - VALORES, ATITUDES, HÁBITOS E TEMPO DIÁRIO DEDICADO ÀS ATIVIDADES PREFERIDAS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR ESCOLAS E SEXO

Escolas/Freqüência/Horas Diárias /Sexo Valores Atitudes/Hábitos Adolescentes Estud.		ESCOLAS "B" – 1, 2, 3, 4						TOTAL			
		< 1 HORA		DE 1 A 3 HORAS		> DE 3 HORAS		n		%	
		M	F	M	F	M	F	M 246	F 234	M	F
• Ver televisão, vídeo	n	50	63	132	110	59	56	241	229	97,97	97,86
	%	20,75	27,51	54,77	48,03	24,48	24,45				
• Ouvir música	n	83	51	121	106	39	74	243	231	98,78	98,71
	%	34,16	22,08	49,79	45,89	16,05	32,03				
• Praticar/estudar música	n	111	109	33	21	17	7	161	137	65,45	58,54
	%	68,94	79,56	20,50	15,33	10,56	5,11				
• Praticar esportes	n	56	85	127	87	42	21	225	193	91,46	82,47
	%	24,89	44,04	56,44	45,08	18,67	10,88				
• Praticar jogos	n	128	132	61	37	17	8	206	177	83,74	75,64
	%	62,14	74,58	29,61	20,90	8,25	4,52				
• Ler (jornal, livros)	n	170	153	60	64	7	8	237	225	96,34	96,15
	%	71,73	68,00	25,32	28,44	2,95	3,56				
• Estudar, fazer deveres	n	148	102	64	95	14	32	226	229	91,87	97,86
	%	65,49	44,54	28,32	41,48	6,19	13,98				
• Estar na rua	n	82	75	75	76	65	68	222	219	90,24	93,59
	%	36,94	34,25	33,78	34,70	29,28	31,05				
• Desenhar, pintar, escrever	n	155	141	30	38	10	14	195	193	79,27	82,48
	%	79,49	73,06	15,38	19,69	5,13	7,25				

TABELA 23 – CRENÇA, RELIGIÃO,SEITA E PRATICAS DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Crença/Religião/ Seita /Prat. Adolesc. Estudantes	ESCOLAS								TOTAL			
	A n		A %		B n		B %		n		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Praticam:												
• Católica	73	137	33,80	44,48	97	111	39,43	47,44	170	248	36,80	45,76
• Evangélica	2	10	0,93	3,25					2	10	0,43	1,85
• Espírita	11	17	5,09	5,52	4	14	1,63	5,98	15	31	3,25	5,72
• Esotérica						1		0,43		1		0,18
• Metodista					3	2	1,21	0,85	3	2	0,64	0,37
• Luterana		3		0,97	1	7	0,41	3,00	1	10	0,22	1,85
• Protestante	1	1	0,46	0,32	4		1,63		5	1	1,08	0,18
• Adventista	2	1	0,93	0,32					2	1	0,43	0,18
• Budista		1		0,32						1		0,18
• Africana/Umbanda	4	12	1,86	3,90		4		1,71	4	16	0,86	2,96
• Kucluskã	1		0,46						1		0,22	
• Ass. De Deus		1		0,32						1		0,18
• Testemunha de Jeová		2		0,66						2		0,37
• Sheicho-no-ye	1	2	0,46	0,66					1	2	0,22	0,37
• Morman	1	1	0,46	0,32					1	1	0,22	0,18
• Maçon/Amorc (Rosa Cruz)					2		0,81		2		0,43	
• CiênciaCristã	5	1	2,32	0,32	2	4	0,81	1,71	7	5	1,51	0,92
• Judaísmo					1	3	0,41	1,28	1	3	0,22	0,55
• Ortodoxa					1		0,41		1		0,22	
Total	101	189	46,77	61,36	115	146	46,75	62,40	216	335	46,75	61,80
Não Praticam:												
• Católica	8	15	3,70	4,87	22	10	8,94	4,27	30	25	6,49	4,62
• Espírita	1		0,46			4		1,71	1	4	0,22	0,74
Total	9	15	4,16	4,87	22	14	8,94	5,98	31	29	6,71	5,35
Ateu/não tem crença	106	104	49,07	33,77	109	74	44,31	31,62	215	178	46,54	32,84
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00

TABELA 24 - HÁBITOS DE CONSUMO DE TABACO SEGUNDO O TIPO, FREQÜÊNCIA E QUANTIDADE POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Tabaco / Hábito/Consumo de Adolescentes Estudantes	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B		n		%	
	n		%		n		%					
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Fuma atualmente:												
• Sim	29	83	13,43	26,95	45	48	18,29	20,51	74	131	16,02	24,17
• Não	187	225	86,57	73,05	201	186	81,71	79,49	388	411	83,98	75,83
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Tipo:												
• Cigarro	67	151	100,00	98,69	71	103	100,00	100,00	138	254	100,00	99,22
• Cigarrilha		2		1,31			100,00	100,00		2		0,78
Total	67	153	100,00	100,00	71	103	28,86	44,02	138	256	100,00	100,00
Freqüência:												
• Todo os dias	12	45	17,91	29,41	15	17	21,13	16,50	27	62	19,56	24,22
• Ocasionalmente	17	38	25,37	24,84	30	31	42,25	30,10	47	69	34,06	26,95
• Ex-fumante	35	58	52,24	37,91	21	53	29,58	51,46	56	111	40,58	43,36
• Só uma vez na vida	3	12	4,48	7,84	5	2	7,04	1,94	8	14	5,80	5,47
Total	67	153	100,00	100,00	71	103	100,00	100,00	138	256	100,00	100,00
Quantidade:												
• Menos (<) de 5 cigarros	17	50	58,62	60,24	32	37	71,11	77,08	49	87	66,22	66,41
• Fuma de 5 a 9 cigarros		20	13,80	24,10	11	6	24,44	12,51	15	26	20,27	19,85
• Entre 10 e 20 cigarros	7	10	24,14	12,05	2	4	4,45	8,33	9	14	12,16	10,69
• Mais (>) de 21 cigarros	1	3	3,44	3,61		1		2,08	1	4	1,35	3,05
Total	29	83	100,00	100,00	45	48	100,00	100,00	74	131	100,00	100,00
Consumo na vida:												
• Fumante Atual	29	83	13,43	26,95	45	48	18,29	20,51	74	131	16,02	24,17
• Ex-fumante	38	70	17,59	22,73	26	55	10,58	23,51	64	125	13,85	23,06
Total	67	153	31,02	49,68	71	103	28,87	44,02	138	256	29,87	47,23
Nunca fumou	149	155	68,48	50,32	175	131	71,13	55,98	324	286	70,13	52,77
Total Geral	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00

TABELA 24_A - IDADE, LOCAL E COMPANHIA DE CONSUMO DE TABACO PELA 1ª VEZ DE ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL - POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B		n		%	
Tabaco	n		%		n		%					
Consumo p/1ª vez Adolesc.	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Idade em que fumou pela 1ª vez:												
• 4 - 6 anos	2		2,99			1		0,97	2	1	1,45	0,39
• 7 - 9 anos	4	3	5,97	1,96	3	1	4,23	0,97	7	4	5,07	1,56
• 10 - 12 anos	15	36	22,39	23,53	16	18	22,54	17,48	31	54	22,46	21,09
• 13 - 15 anos	41	96	61,19	62,75	64	80	61,97	77,67	85	176	61,60	68,76
• 16 - 18 anos	5	18	7,46	11,76	8	3	11,26	2,91	13	21	9,42	8,20
Total	67	153	100,00	100,00	71	103	100,00	100,00	138	256	100,00	100,00
Local em que fumou p/ 1ª vez:												
• Casa	16	32	23,88	20,92	16	28	22,53	27,18	32	60	23,19	23,44
• Bar/café	6	7	8,96	4,58	8	5	11,27	4,86	14	12	10,14	4,68
• Discoteca, festas	8	19	11,93	12,42	14	13	19,72	12,62	22	32	15,94	12,50
• Casa de amigos	14	37	20,90	24,18	9	24	12,68	23,30	23	61	16,67	23,83
• Colégio/escola	5	25	7,46	16,34	2	4	2,82	3,88	7	29	5,07	11,33
• Praia, rua	18	33	26,87	21,56	22	29	30,98	28,16	40	62	28,99	24,22
Total	67	153	100,00	100,00	71	103	100,00	100,00	138	256	100,00	100,00
Companhia de quem fumou pela 1ª vez:												
• Só	8	21	11,94	13,73	11	12	15,50	11,66	19	33	13,77	12,89
• Com familiar	6	19	8,96	12,41	11	15	15,50	14,56	17	34	12,32	13,28
• Amigo	11	60	16,42	39,22	12	35	16,90	33,98	23	95	16,67	37,11
• Grupo amigos	39	50	58,21	32,68	36	40	50,70	38,83	75	90	54,35	35,16
• Namorado	2	3	2,99	1,96	1	1	1,40	0,97	3	4	2,17	1,56
• Outros	1		1,48						1		0,72	
Total	67	153	100,00	100,00	71	103	100,00	100,00	138	256	100,00	100,00

TABELA 25 - CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, SEGUNDO O TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO

Escolas /Freqüência/Sexo / Tipo Bebida Alocólica/Consumo		ESCOLAS "A" E "B"										TOTAL					
		Diário		2 a 3 vezes por semana		Final de semana		Só em festas		Única vez na vida		n		%		Nunca	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
												401	475	86.80	87,64		
• Cerveja	%	2,03	0,86	9,39	2,78	38,07	28,69	42,13	52,03	8,38	15,63	394	467	98,25	98,32	1,75	1,68
	n	8	4	37	13	150	134	166	243	33	73					7	8
• Vinho	%	1,28	0,76	2,88	1,78	24,60	20,05	50,80	47,46	20,44	29,95	313	394	78,05	82,95	21,95	17,05
	n	4	3	9	7	77	79	159	187	64	118					88	81
• Licores	%			0,45		16,14	10,57	46,19	41,13	37,22	48,30	223	265	55,61	55,79	44,39	44,21
	n			1		36	28	103	109	83	128					178	210
• Whisky, Conhaque	%	0,80	0,48	1,61		20,48	8,21	45,78	35,27	31,33	56,04	249	207	62,09	43,58	37,91	56,42
	n	2	1	4		51	17	114	73	78	116					152	268
• Vodka, Rum, Gim	%	0,95		2,36	0,94	16,48	7,51	45,75	46,01	33,96	45,54	212	213	52,87	44,84	47,13	55,16
	n	2		5	2	36	16	97	98	72	97					189	262
• Vermute	%	2,34		0,58	1,09	14,04	8,15	46,78	54,35	36,26	36,41	171	184	42,64	38,74	57,36	61,26
	n	4		1	2	24	15	80	100	62	67					230	291
• Champanha	%	0,98		0,33	0,27	8,17	5,33	74,84	81,07	15,68	13,33	306	375	76,31	78,95	23,69	21,05
	n	3		1	1	25	20	229	304	48	50					95	100
• Cachaça, aguardente	%	2,50		1,00		16,50	6,83	37,00	41,61	43,00	51,56	200	161	49,88	33,89	50,12	66,11
	n	5		2		33	11	74	67	86	83					201	314
• Coquetel	%	1,77	0,34	2,21	0,34	14,60	14,24	64,60	69,49	16,82	15,59	226	295	56,36	62,11	43,65	37,89
	n	4	1	5	1	33	42	146	205	38	46					175	180
• Álcool de farmácia	%									100,00	100,00	12	6	2,99	1,26	97,01	98,74
	n									12	6					389	469

TABELA 25_I - CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, SEGUNDO O TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL - POR ESCOLAS E SEXO

Escolas /Freqüência/Sexo / Tipo Bebida Alcoólica/Consumo		ESCOLAS "A" - 1, 2, 3, 4										TOTAL					
		Diário		2 a 3 vezes por semana		Final de semana		Só em festas		Única vez na vida		n		%		Nunca	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M 180	F 269	M 83,34	F 87,34	M n 36 % 16,66	F n 39 % 12,66
• Cerveja	n	3	3	16	5	67	95	77	123	16	41	179	267	99,44	99,26	1	2
	%	1,68	1,12	8,94	1,87	37,43	35,58	43,02	46,07	8,94	15,36					0,56	0,74
• Vinho	n	3	3	3	4	35	49	65	95	27	65	133	216	73,89	80,30	47	53
	%	2,26	1,39	2,26	1,86	26,32	22,68	48,87	43,98	20,30	30,09					26,11	19,70
• Licores	n			1		16	17	38	48	34	65	89	130	49,44	48,33	91	139
	%			1,12		17,98	13,08	42,70	36,92	38,20	50,00					50,56	51,67
• Whisky, Conhaque	n	2	1	1		23	14	39	34	31	60	96	109	53,33	40,52	84	160
	%	2,08	0,92	1,04		23,96	12,85	40,63	31,18	32,29	55,05					46,67	59,48
• Vodka, Rum, Gim	n	2		1	2	12	9	33	45	31	47	79	103	43,89	38,29	101	166
	%	2,53		1,27	1,94	15,19	8,74	41,77	43,69	39,24	45,63					56,11	61,71
• Vermute	n	4			1	9	13	30	59	21	36	64	109	35,56	40,52	116	160
	%	6,25			0,92	14,06	11,93	46,88	54,12	32,81	33,03					64,44	59,48
• Champanha	n	3				16	8	92	170	20	28	131	206	72,78	76,58	49	63
	%	2,29				12,21	3,88	70,23	82,52	15,27	13,60					27,22	23,42
• Cachaça, aguardente, pinga	n	5				15	9	27	31	38	55	85	95	47,22	35,32	95	174
	%	5,88				17,65	9,47	31,76	32,63	44,71	57,90					52,78	64,68
• Combinado/coquetel	n	4		4		9	21	51	90	14	28	82	139	45,56	51,67	98	130
	%	4,88		4,88		10,97	15,11	62,20	64,75	17,07	20,14					54,44	48,33
• Álcool de farmácia	n									6	5	6	5	3,33	1,86	174	264
	%									100,00	100,00					96,67	98,14

TABELA 25_{II} - CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, SEGUNDO O TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL - POR ESCOLAS E SEXO

Escola /Freqüência/Sexo / Tipo Bebida Alcoólica/Consumo		ESCOLAS "B" – 1, 2, 3, 4										TOTAL					
		Diário		2 a 3 vezes por semana		Final de semana		Só em festas		Única vez na vida		n		%		Nunca	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M 221	F 206	M 89,84	F 88,89	M n 25 % 10,16	F n 26 % 11,11
• Cerveja	n	5	1	21	8	83	39	89	120	17	33	215	201	97,29	97,57	6	5
	%	2,33	0,50	9,77	3,98	38,60	19,40	41,40	59,70	7,90	16,42					2,71	2,43
• Vinho	n	1		6	3	42	30	94	92	37	53	180	178	81,45	86,40	41	28
	%	0,56		3,33	1,68	23,33	16,85	52,22	51,69	20,56	29,78					18,55	13,60
• Licores	n					20	11	65	61	49	63	134	135	60,63	65,53	87	71
	%					14,93	8,15	48,51	45,19	36,57	46,67					39,37	34,47
• Whisky, Conhaque	n			3		28	3	75	38	47	56	153	97	69,23	47,09	68	109
	%			1,96		18,30	3,09	49,01	39,18	30,72	57,73					30,77	52,91
• Vodka, Rum, Gim	n			4		24	7	64	53	41	50	133	110	60,18	53,40	88	96
	%			3,04		18,05	6,36	48,12	48,18	30,82	45,46					39,82	46,60
• Vermute	n			1	1	15	2	50	41	41	31	107	75	48,42	36,41	114	131
	%			0,93	1,33	14,02	2,67	46,73	54,67	38,32	41,33					51,58	63,59
• Champanha	n			1	1	9	12	137	134	28	22	175	169	79,19	82,04	46	37
	%			0,57	0,59	5,14	7,10	78,29	79,29	16,00	13,02					20,81	17,96
• Cachaça, aguardente	n			2		18	2	47	36	48	28	115	66	52,04	32,04	106	140
	%			1,74		15,65	3,03	40,87	54,55	41,74	42,42					47,96	67,96
• Coquetel	n		1	1	1	24	21	95	115	24	18	144	156	65,16	75,73	77	50
	%		0,64	0,69	0,64	16,67	13,46	65,97	73,72	16,67	11,54					34,84	24,27
• Álcool de farmácia	n									6	1	6	1	2,71	0,49	215	205
	%									100,00	100,00					97,29	99,51

TABELA 25_A - IDADE, LOCAL, COMPANHIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, PELA 1ª VEZ DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Bebidas Alcoólicas / Hábito/Consumo p/Adolescentes	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B		N		%	
	n		%		n		%					
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Idade de Consumo pela 1ª Vez:												
• 4 - 6 anos	6	4	3,33	1,49	5	5	2,26	2,43	11	9	2,74	1,89
• 7 - 9 anos	9	2	5,00	0,74	17	8	7,69	3,88	26	10	6,48	2,11
• 10 - 12 anos	30	56	16,67	20,82	57	46	25,80	22,33	87	102	21,70	21,47
• 13 - 15 anos	124	193	68,89	71,75	125	140	56,56	67,96	249	333	62,10	70,11
• 16 - 18 anos	11	14	6,11	5,20	17	7	7,69	3,40	28	21	6,98	4,42
Total	180	269	100,00	100,00	221	206	100,00	100,00	401	475	100,00	100,00
Local de Consumo pela 1ª Vez:												
• Casa	83	131	46,11	48,70	85	90	38,46	43,69	168	221	41,90	46,53
• Bares/cafeterias	15	18	8,33	6,69	30	20	13,58	9,70	45	38	11,22	8,00
• Festas/reuniões	56	90	31,11	33,46	70	71	31,68	34,47	126	161	31,42	33,90
• Casa de amigos	16	21	8,89	7,81	21	12	9,50	5,83	37	33	9,22	6,95
• Colégio/escola	2		1,11						2		0,50	
• Rua	3	6	1,67	2,23	3	2	1,36	0,97	6	8	1,50	1,68
• Casa parentes	2	1	1,11	0,37	2	4	0,90	1,94	4	5	1,00	1,05
• Praia	3	2	1,67	0,74	10	7	4,52	3,40	13	9	3,24	1,89
Total	180	269	100,00	100,00	221	206	100,00	100,00	401	475	100,00	100,00
Em companhia de quem consumiu pela 1ª vez :												
• Só	5	5	2,78	1,86	7	3	3,17	1,46	12	8	2,99	1,68
• Com familiar	75	132	41,67	49,07	93	92	42,08	44,65	168	224	41,90	47,16
• Amigo	19	25	10,55	9,29	22	25	9,96	12,14	41	50	10,22	10,53
• Grupo de amigos	73	88	40,56	32,71	94	78	42,53	37,86	167	166	41,64	34,95
• Pais e amigos	6	7	3,33	2,60	1	2	0,45	0,97	7	9	1,75	1,89
• Desconhecidos		3		1,12		1		0,49		4		0,84
• Namorado(a)	2	9	1,11	3,35	4	5	1,81	2,43	6	14	1,50	2,95
Total	180	269	100,00	100,00	221	206	100,00	100,00	401	475	100,00	100,00
Consumo na vida:												
• Atual	157	204	72,69	66,24	196	172	79,68	73,50	353	376	76,41	69,37
• Já bebeu	23	65	10,65	21,10	25	36	10,16	15,39	48	101	10,39	18,63
Total	180	269	83,34	87,34	221	206	89,84	88,89	401	475	86,80	87,64
Nunca bebeu	36	39	16,66	12,66	25	26	10,16	11,11	61	65	13,20	12,00
Total Geral	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00

TABELA 25$_B$ - CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NA VIDA, QUANTIDADE, E FREQÜÊNCIA DE EMBRIAGUEZ, LOCAL ATUAL E COMPANHIA DE CONSUMO POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Bebidas Alcoólicas / Hábito/Consumo Adolescentes	ESCOLAS								TOTAL			
	A n		A %		B n		B %		n		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Quantidade Consumo semanal:												
• 1 copo/taça	39	76	24,84	37,25	58	81	29,60	47,09	97	157	27,47	41,76
• 2 a 3 copos/taças	29	53	18,47	25,98	51	50	26,02	29,07	80	103	22,66	27,39
• 1/2 garrafa/litro	19	17	12,10	8,33	20	11	10,20	6,40	39	28	11,05	7,45
• 1 garrafa/litro	22	15	14,01	7,35	24	12	12,24	6,98	46	27	13,03	7,18
• 2 garrafas/litros	7	7	4,46	3,43	7	3	3,57	1,74	14	10	3,97	2,66
• Mais (>) de 2 garrafas/litros	24	9	15,29	4,42	33	7	16,84	4,07	57	16	16,15	4,25
• Menos (<) de 1 copo	17	27	10,83	13,24	3	8	1,53	4,65	20	35	5,67	9,31
Total	157	204	100,00	100,00	196	172	100,00	100,00	353	376	100,00	100,00
Freqüência vida/porre/pileque:												
• Nunca	67	116	37,22	43,12	66	72	29,86	34,95	133	188	33,17	39,58
• Uma vez	24	70	13,33	26,02	33	51	14,93	24,76	57	121	14,20	25,47
• Entre 2 e 6 vezes	38	45	21,11	16,73	50	61	22,63	29,61	88	106	21,95	22,32
• Mais (>) de 6 vezes	17	10	9,45	3,72	23	12	10,41	5,83	40	22	9,98	4,63
• Já perdi a conta	32	27	17,78	10,04	49	10	22,17	4,85	81	37	20,20	7,79
• Outros	2	1	1,11	0,37					2	1	0,50	0,21
Total	180	269	100,00	100,00	221	206	100,00	100,00	401	475	100,00	100,00
Local atual bebe tranqüilo:												
• Em casa/só	3	3	1,91	1,47	11	1	5,61	0,58	14	4	3,97	1,06
• Em casa c/pais	32	46	20,38	22,55	23	29	11,73	16,86	55	75	15,58	19,95
• Bares	24	27	15,29	13,24	29	27	14,80	15,70	53	54	15,01	14,36
• Boates/danceterias	18	30	11,46	14,71	36	37	18,37	21,51	54	67	15,30	17,82
• Casa de amigos	21	25	13,38	12,25	23	20	11,73	11,63	44	45	12,46	11,97
• Festas	56	68	35,67	33,33	74	58	37,76	33,72	130	126	36,83	33,51
• Outro	3	5	1,91	2,45					3	5	0,85	1,33
Total	157	204	100,00	100,00	196	172	100,00	100,00	353	376	100,00	100,00
Companhia atual p/beber:												
• Só	10	1	6,37	0,49	3	3	1,53	1,74	13	4	3,68	1,06
• Com familiar	25	24	15,92	11,76	22	17	11,22	9,88	47	41	13,31	10,90
• Com pais e amigos	44	53	28,03	25,98	36	39	18,37	22,68	80	92	22,66	24,47
• Namorado	5	14	3,18	6,86		5		2,91	5	19	1,42	5,05
• Grupo de amigos	66	77	42,04	37,75	125	93	63,78	54,07	191	170	54,11	45,22
• Amigos e namorado	4	24	2,55	11,76	10	15	5,10	8,72	14	39	3,97	10,37
• Outros	3	11	1,91	5,39					3	11	0,85	2,93
Total	157	204	100,00	100,00	196	172	100,00	100,00	353	376	100,00	100,00

TABELA 26 - HÁBITOS DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS (COM E SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA) DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Medicamentos/Psicofármacos	ESCOLAS								TOTAL			
	A n		A %		B n		B %		n		%	
Consumo p/ Adolescentes	**M** 216	**F** 308	**M**	**F**	**M** 246	**F** 234	**M**	**F**	**M** 462	**F** 542	**M**	**F**
Com Receita Médica:												
• Remédios p/dormir		17	4,63	5,52	18	16	7,3	6,84	28	33	6,06	6,09
• Anfetamina (emagrecer)	8	11	3,70	3,57	4	10	1,63	4,27	12	21	2,60	3,87
• Cafeína, estimulantes SNC	6	10	2,78	3,25	11	8	4,47	3,42	17	18	3,68	3,32
• Moderad. apetite (emagrecer)	7	20	3,24	6,49	6	13	2,44	5,56	13	33	2,81	6,09
• Barbitúricos/anticonvulsivos	8	14	3,70	4,55	8	11	3,25	4,70	16	25	3,46	4,61
• Estimulantes do apetite	10	32	4,63	10,39	10	17	4,07	7,26	20	49	4,33	9,04
• Laxantes	10	16	4,63	5,19	10	12	4,07	5,13	20	28	4,33	5,17
• Opiáceos: elixir paregórico	8	12	3,70	3,90	5	12	2,03	5,13	13	24	2,81	4,43
• Minerais (ferro, cálcio, etc.)	10	9	4,63	2,92	4	9	1,63	3,85	14	18	3,03	3,32
• Calmantes para ansiedade	4	13	1,85	4,22	9	15	3,66	6,41	13	28	2,81	5,17
• Xaropes	27	61	12,50	19,80	35	47	14,23	20,08	62	108	13,42	19,93
• Vitaminas	19	33	8,80	10,71	26	26	10,57	11,11	45	59	9,74	10,89
• Para depressão/hipnóticos	7	14	3,24	4,55	8	9	3,25	3,85	15	23	3,25	4,24
• Analgésicos p/dor /aspir, etc	14	22	6,48	7,14	24	26	9,76	11,11	38	48	8,23	8,86
• Antiespasmódico	9	14	4,17	4,55	8	12	3,25	5,13	17	26	3,68	4,80
• Antiasmático	19	37	8,80	12,01	24	29	9,76	12,39	43	66	9,31	12,18
Sem Receita Médica:												
• Remédios p/dormir	5	12	2,31	3,90	2	6	0,81	2,56	7	18	1,52	3,32
• Anfetamina (emagrecer)	5	5	2,31	1,62	2	8	0,81	3,42	7	13	1,52	2,40
• Cafeína, estimulantes SNC	15	18	6,94	5,84	27	31	10,98	13,25	42	49	9,09	9,04
• Moderad. apetite (emagrecer)	2	28	0,93	9,09	2	30	0,81	12,82	4	58	0,87	10,70
• Barbitúricos/anticonvulsivos	3	1	1,39	0,32	1		0,41		4	1	0,87	0,18
• Estimulantes do apetite	13	17	6,02	5,52	13	8	5,28	3,42	26	25	5,63	4,61
• Laxantes	11	44	5,09	14,29	11	25	4,47	10,68	22	69	4,76	12,73
• Opiáceos: elixir paregórico	8	39	3,70	12,66	12	15	4,88	6,41	20	54	4,33	9,96
• Minerais (ferro, cálcio, etc.)	8	9	3,70	2,92	4	10	1,63	4,27	12	19	2,60	3,51
• Calmantes para ansiedade	3	13	1,39	4,22	7	8	2,85	3,42	10	21	2,16	3,87
• Xaropes	46	100	21,30	32,47	46	42	18,70	17,95	92	142	19,91	26,20
• Vitaminas	38	48	17,59	15,58	40	42	16,26	17,95	78	90	16,88	16,61
• Para depressão/hipnóticos	6		2,78		10	5	4,07	2,14	16	5	3,46	0,92
• Analgésicos p/dor /aspir, etc	74	190	34,26	61,69	109	155	44,31	66,24	183	345	39,61	63,65
• Antiespasmódico	3	5	1,39	1,62	6	3	2,44	1,28	9	8	1,95	1,48
• Antiasmático	10	9	4,63	2,92	9	2	3,66	0,85	19	11	4,11	2,03

TABELA 26_A - HÁBITOS DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS POR AUTOMEDICAÇÃO, POR IDADE DE USO, MOTIVOS E PROBLEMAS FÍSICO-EMOCIONAIS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Uso de medicamentos s/rec. Médica/idade/tipo	ESCOLAS								TOTAL			
	A n		A %		B n		B %		N		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Idade usou 1ª vez:												
• 10 - 12 anos	8	11	3,70	3,57	9	3	3,66	1,28	17	14	3,68	2,58
• 13 - 15 anos	44	83	20,38	26,95	48	74	19,51	31,62	92	157	19,92	28,97
• 16 - 18 anos	11	23	5,09	7,47	8	20	3,25	8,55	19	43	4,11	7,94
• Mais (>) de 19 anos		2		0,65						2		0,37
• Não recordo	7	4	3,24	1,30	3	5	1,22	2,14	10	9	2,16	1,66
Total	70	123	32,41	39,94	68	102	27,64	43,59	138	225	29,87	41,52
Nunca usei	146	185	67,59	60,06	178	132	72,36	56,41	324	317	70,13	58,48
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Motivos da Auto Medicação 1ª Vez:												
• Ficar acordado	7	18	10,00	14,63	15	33	18,75	26,61	22	51	14,67	20,65
• Ter prazer	4	3	5,71	2,44	6	5	7,50	4,03	10	8	6,67	3,24
• Divertir-se	4	3	5,71	2,44	8	13	10,00	10,48	12	16	8,00	6,48
• Escapar de problemas pessoais	2	5	2,86	4,07	1	1	1,25	0,81	3	6	2,00	2,43
• Aumentar e melhorar a concentração	13	11	18,57	8,94	14	21	17,50	16,94	27	32	18,00	12,95
• Para melhorar o raciocínio	12	21	17,41	17,08	17	14	21,25	11,30	29	35	19,33	14,17
• Para emagrecer	2	44	2,86	35,77	3	27	3,75	21,77	5	71	3,33	28,74
• P/aumentar capacidade/resist. física	26	18	37,15	14,63	16	10	20,00	8,06	42	28	28,00	11,34
Total	70	123	100,00	100,00	80	124	100,00	100,00	150	247	100,00	100,00
Consumo p/Probl. Físico-Emocional:												
• Sim	32	60	14,81	19,48	30	59	12,20	25,21	62	119	13,42	21,96
• Não	184	248	85,19	80,52	216	175	87,80	74,79	400	423	86,58	78,04
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00

TABELA 26_B – USO DE PSICOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS SEM PRESCRIÇÃO (RECEITA) MÉDICA POR TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO.

Escolas/ Freqüência/ Sexo / Uso/Tipo Psicof./medic. s/rec.médica p/adolesc.		ESCOLAS "A" E "B"										Total					
		Uso Diário		Uso semanal		ùltimo mês		Último ano		única vez na vida		n		%		Nunca usou	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M 462	F 542	M	F	M	F
I – Depressores do Sistema Nervoso Central																	
1) Ansiolíticos, Hipnóticos, Barbitúricos, Benzodiazepínicos	n	4	2	2	11	4	11	6	17	18	32	34	73	7,36	13,47	428	469
	%	11,76	2,74	5,88	15,07	11,76	15,07	17,65	23,29	52,94	43,83					92,64	86,53
2) Opiáceos e Analgésicos																	
• Xaropes para tosse: Setux, Belacodid etc.	n	7	8	14	14	33	39	44	66	53	80	151	207	32,68	38,19	311	335
	%	4,64	3,86	9,27	6,76	21,85	18,84	29,14	31,88	35,10	38,65					67,32	61,82
• Elixir Paregórico	n	3	1	4	7	15	14	17	27	24	51	63	100	13,64	18,45	399	442
	%	4,76	1,00	6,35	7,00	23,81	14,00	26,98	27,00	38,10	51,00					86,36	81,55
• Analgésico, Anestésico, calmantes opióides	n	6	7	8	9	14	17	11	16	16	27	55	76	11,90	14,02	407	466
	%	10,91	9,21	14,55	11,84	25,45	22,37	20,00	21,05	29,09	35,53					88,10	85,98
• Opióides: Lomotil, Colestese	n	3				2	2	2	1	1	5	8	8	1,73	1,48	454	534
	%	37,50				25,00	25,00	25,00	12,50	12,50	62,50					98,27	98,52
II – Estimulantes do Sistema Nervoso Central																	
• Anfetaminas	n	3	1	2	1		2	1	2	11	5	17	11	3,68	2,03	445	531
	%	17,65	9,09	11,76	9,09		18,18	5,88	18,18	64,71	45,45					96,32	97,97
• Anorexígenos (anfetaminas)	n	5	8	2	4	1	2	1	7	12	30	21	51	4,55	9,41	441	491
	%	23,81	15,69	9,52	7,84	4,76	3,92	4,76	13,73	57,14	58,82					95,45	90,59
• Xantinas, Teofilina	n	4	3	2	2	1	3	7	5	10	14	24	27	5,19	4,98	438	505
	%	16,67	11,11	8,33	7,41	4,17	11,11	29,17	18,52	41,67	51,85					94,81	95,02
• Etilaminofenil: Reativan	n	3	1	1	1				1	3	2	7	5	1,52	0,92	455	537
	%	42,86	20,00	14,28	20,00				20,00	42,86	40,00					98,48	99,08
III – Perturbadores do Sistema Nervoso Central																	
Medicamentos Anticolinérgicos																	
• Antiparkinsonianos	n	4		2	2		2	2		7	5	15	9	3,25	1,66	477	533
	%	26,67		13,33	22,22		22,22	13,33		46,67	55,56					96,75	98,34
• Antiasmático: Amosterona	n	6	2	1	3	3	2	4	5	13	15	27	27	5,84	4,98	435	515
	%	22,22	7,41	3,70	11,11	11,11	7,41	14,81	18,52	48,15	55,56					94,16	95,02
• Antiespasmódico: Bentyl	n	5	2			1	14	4	4	8	17	18	37	3,90	6,83	444	505
	%	27,78	5,41			5,56	37,83	22,22	10,81	44,44	45,95					9,61	93,17
• Orexígenos: Pereatin "Estimulante apetite"	n	8	3	3	1	1	3	4	6	26	27	42	40	9,09	7,38	420	502
	%	19,05	7,50	7,14	2,50	2,38	7,50	9,52	15,00	61,90	67,50					90,91	92,62
*** Medicamentos Venda Livre**																	
• Outros Analgésicos (AAS, Aspirina etc.)	n	8	31	39	63	201	114	62	88	39	44	249	340	53,90	62,73	213	202
	%	3,21	9,12	15,66	18,53	40,56	33,53	24,91	25,88	15,66	12,94					46,10	37,27
• Anti-histamínicos – alergia	n	6	10	5	7	4	26	13	22	27	31	55	96	11,90	17,71	407	446
	%	10,91	10,42	9,09	7,29	7,27	27,08	23,64	22,92	49,09	32,29					88,10	82,29

TABELA $26_{B\ I}$ – USO DE PSICOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS SEM PRESCRIÇÃO (RECEITA) MÉDICA POR TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL – POR ESCOLA E SEXO.

Escolas/ Freqüencia/ Sexo / Uso/Tipo Psicof./medic. s/rec.médica p/adolesc.		ESCOLAS "A" – 1, 2, 3, 4												Total					
		Diário		2/5 dias semana		Só fim-de-semana		Últimos 30 dias/mês		Último ano		Única vez na vida		n		%		Nunca usou	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M 216	F 308	M	F	M	F
I – Depressores do Sist. Nerv. Central/ SNC																			
1) Ansiolíticos, Hipnóticos, Barbitúricos, Benzodiazepínicos	n	4	2	1	5	1	6	2	5	2	8	8	16	18	42	8,33	13,64	198	266
	%	22,22	4,76	5,55	11,90	5,55	14,29	11,11	11,90	11,11	19,05	44,44	38,09					91,67	86,36
2) Opiáceos e Analgésicos																			
• Xaropes para tosse: Setux, Belacodid etc.	n	6	6	5	9	2		18	24	21	33	16	48	68	120	31,48	38,96	148	188
	%	8,82	5,00	7,35	7,50	2,94		26,47	20,00	30,88	27,50	23,53	40,00					68,52	61,04
• Elixir Paregórico	n	3		2	1	1	4	9	11	12	15	7	27	34	58	15,74	18,83	182	250
	%	8,82		5,88	1,72	2,94	6,90	26,47	18,97	35,29	25,86	20,59	46,55					84,26	81,17
• Analgésico, Anestésico, calmantes opióides	n	4	7	4	1	1	5	7	6	6	9	7	18	29	46	13,43	14,94	187	262
	%	13,79	15,22	13,79	2,17	3,45	10,87	24,14	13,04	20,69	19,56	24,14	39,13					86,57	85,06
• Opióides: Lomotil, Colestese	n	3						1	2	1			4	5	6	2,31	1,95	211	302
	%	60,00						20,00	33,33	20,00			66,67					97,69	98,05
II – Estimulantes do SNC																			
• Anfetaminas	n	3		1			1		1			2	3	6	5	2,78	1,62	210	303
	%	50,00		16,67			20,00		20,00			33,33	60,00					97,22	98,38
• Anorexígenos (anfetaminas)	n	5	3		2			1	2	1	3	5	16	12	26	5,56	8,44	204	282
	%	41,67	11,54		16,67			8,33	16,67	8,33	11,54	41,67	61,54					94,44	91,56
• Xantinas, Teofilina	n	3	2		2	1		1	3	5	3	7	8	17	18	7,87	5,84	199	290
	%	17,65	11,11		11,11	5,88		5,88	16,67	29,41	16,67	41,18	44,44					92,13	94,16
• Etilaminofenil: Reativan	n	3	1			1	1				1		2	4	5	1,86	1,62	212	303
	%	75,00	20,00			25,00	20,00				20,00		40,00					98,14	98,38
III – Perturbadores do SNC																			
Medicamentos Anticolinérgicos																			
• Antiparkinsonianos	n	3		1	1				2	1		2	4	7	7	3,24	2,27	209	301
	%	42,86		14,29	14,29				28,57	14,29		28,57	57,14					96,76	97,73
• Antiasmático: Amosterona	n	3	1	1	2		1	2	2	3	5	4	11	13	22	6,02	7,14	203	286
	%	23,08	4,54	7,69	9,09		4,54	15,38	9,09	23,08	22,73	30,77	50,00					93,98	92,86
• Antiespasmódico: Bentyl	n	5	2						10	3	3	1	8	9	23	4,17	7,47	207	285
	%	55,55	8,70						43,48	33,33	13,04	11,11	34,78					95,83	92,53
• Orexígenos: Pereatin "Estimulante apetite"	n	7	3	1		1	1	1	3	2	5	9	16	21	28	9,72	9,09	195	280
	%	33,33	10,71	4,76		4,76	3,57	4,76	10,71	9,52	17,86	32,14	57,14					90,28	90,91
*** Medicamentos Venda Livre**																			
• Outros Analgésicos (AAS, Aspirina etc.)	n	5	23	13	27	8	6	48	60	21	42	15	31	110	189	50,93	61,36	106	119
	%	4,55	12,17	11,82	14,29	7,27	3,17	43,64	31,75	19,09	22,22	13,64	16,40					49,07	38,64
• Anti-histamínicos – alergia	n	3	6		1	1	1	3	13	4	13	10	15	21	49	9,72	15,91	195	259
	%	14,29	12,24		2,04	4,76	2,02	14,29	26,53	19,05	26,53	47,62	30,61					90,28	84,09

TABELA $26_{B\ II}$ – USO DE PSICOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS SEM PRECRIÇÃO (RECEITA) MÉDICA, POR TIPO E FREQÜÊNCIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS – BRASIL – POR ESCOLAS E SEXO.

Escolas/ Freqüência/ Sexo / Uso/Tipo Psicof./medic. s/rec.médica p/adolesc.		ESCOLAS "B" – 1, 2, 3, 4												Total					
		Diário		2/5 dias semana		Só fim-de-semana		Últimos 30 dias/mês		Último ano		Única vez na vida		M	F	M	F	Nunca usou	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	n 246	n 234	%	%	M	F
I – Depressores do Sist. Nerv. Central/ SNC																			
1) Ansiolíticos, Hipnóticos, Barbitúricos, Benzodiazepínicos	n							2	6	4	9	10	16	16	31	6,50	13,25	230	203
	%							12,50	19,35	25,00	29,03	62,50	51,62					93,50	86,73
2) Opiáceos e Analgésicos																			
• Xaropes para tosse: Setux, Belacodid etc.	n	1	2	5	4	2	1	15	15	23	33	37	32	83	87	33,74	37,18	163	147
	%	1,20	2,30	6,02	4,60	2,41	1,15	18,07	17,24	27,71	37,93	44,78	36,78					66,26	62,82
• Elixir Paregórico	n		1	1	1		1	6	3	5	12	17	24	29	42	11,79	17,95	217	192
	%		2,38	3,45	2,38		2,38	14,29	7,14	11,90	28,57	58,62	57,14					88,21	82,05
• Analgésico, Anestésico, calmantes opióides	n	2		2	2	1	1	7	11	5	7	9	9	26	30	10,57	12,02	220	204
	%	7,69		7,69	6,67	3,85	3,33	26,92	36,67	19,23	23,33	34,62	30,00					89,43	87,98
• Opióides: Lomotil, Colestese	n							1		1	1	1	1	3	2	1,22	0,85	234	232
	%							33,33		33,33	50,00	33,33	50,00					98,78	99,15
II – Estimulantes do Sistema Nervoso Central/SNC																			
• Anfetaminas	n		1			1			1	1	2	9	2	11	6	4,47	2,56	235	228
	%		16,67			9,09			16,67	9,09	33,33	81,82	33,33					95,53	97,44
• Anorexígenos (anfetaminas)	n		5		2	2					4	7	14	9	25	3,66	10,68	237	209
	%		20,00		14,29	22,22					16,00	77,78	56,00					96,34	89,32
• Xantinas, Teofilina	n	1	1	1						2	2	3	6	7	9	2,85	3,85	239	225
	%	14,29	11,11	14,29						28,57	22,22	42,86	66,67					97,15	96,15
• Etilaminofenil: Reativan	n											3		3		1,22		243	234
	%											100,00						98,78	100,00
III – Perturbadores do SNC																			
Medicamentos Anticolinérgicos																			
• Antiparkinsonianos	n	1				1	1			1		5	1	8	2	3,25	0,85	238	232
	%	12,50				12,50	50,00			12,50		62,50	50,00					96,75	99,15
• Antiasmático: Amosterona	n	3	1					1		1		9	4	14	5	5,69	2,14	232	229
	%	21,34	7,14					7,14		7,14		64,28	80,00					94,31	97,86
• Antiespasmódico: Bentyl	n							1	4	1	1	7	9	9	14	3,66	5,98	237	220
	%							11,11	28,57	11,11	7,14	77,78	64,29					96,34	94,02
• Orexígenos: Pereatin "Estimulante apetite"	n	1				1				2	1	17	11	21	12	8,54	5,13	225	222
	%	4,76				4,76				9,52	8,33	80,95	91,67					91,46	94,87
*** Medicamentos Venda Livre**																			
• Outros Analgésicos (AAS, Aspirina etc.)	n	3	8	13	20	5	10	53	54	41	46	24	13	139	151	56,50	64,53	107	83
	%	2,16	5,30	9,35	13,25	3,60	33,33	38,13	35,76	29,50	30,46	17,27	8,61					43,50	35,47
• Anti-histamínicos – alergia	n	3	4	3	4	1	1	1	13	9	9	17	16	34	47	13,82	20,09	212	217
	%	8,23	8,51	8,23	8,51	2,94	2,13	2,94	27,66	2,65	19,15	50,00	34,04					86,18	79,91

TABELA 27 - DROGAS/TÓXICOS SEGUNDO O TIPO E FREQÜÊNCIA DE USO NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO

EscolaS/Freqüência/Sexo / Tipo/Consumo Drogas/ Tóxicos p/adolescentes	ESCOLAS "A" E "B"										TOTAL				NUNCA USEI			
	uso diário		semanal 2 a 5 dias		últimos 30 dias		No último ano		Única vez na vida		M		F		M		F	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	n (144)	%	n (167)	%	n	%	n	%
Cannabis:																		
• Maconha	22	10	23	15	20	21	20	28	35	52	120	83,33	126	75,45	24	16,67	41	24,55
• Haxixe	7	2	3	1	6	3	5	3	10	13	31	21,53	22	13,17	113	78,47	145	86,83
• THC	8	2	2	1	5		3			3	18	12,50	7	4,19	126	87,50	160	95,81
Cocaína:																		
• Cocaína pó	4		2	1	7	6	6	7	17	11	36	25,00	25	14,97	108	75,00	142	85,03
• Pasta de cocaína	3		2		1	3	1	2	2	2	9	6,25	7	4,19	135	93,75	160	95,81
• Crack	4		1		2		2		2	1	11	7,64	1	0,60	133	92,36	166	99,40
Opiáceos:																		
• Morfina	5						1		2		8	5,56			136	94,44	167	100,00
• Ópio	4							1			4	2,78	1	0,60	140	97,22	166	99,40
• Heroína	4								1		5	3,47			139	96,53	167	100,00
Alucinógenos:	3																	
• LSD-25 (ácido)	4		1		1		2	1	4	3	12	8,33	4	2,40	132	91,67	163	97,60
• Chá de cogumelo, DMT	3		1		2		3	3	6	8	15	10,42	11	6,59	129	89,58	156	93,41
• Cactos peiote-mescalina	2							1	1	1	3	2,08	2	1,20	141	97,92	165	98,80
• Ecstasy/Êxtase (MDMA)	3		1					1	1	1	5	3,47	2	1,20	139	96,53	165	98,80
• Daime-chá / Santo Daime	3			2					1		4	2,78	2	1,20	140	97,22	165	98,80
• Datura/chá lírio/saia branca	2			1		1			2	1	4	2,78	3	1,80	140	97,22	164	98,20
Outras plantas Alucinógenas:																		
• Dama noite	3		2	1	2	1		1	3	4	10	6,94	7	4,19	134	93,06	160	95,81
• Cartucho	3			1					2		5	3,47	1	1,60	139	96,53	166	99,40
• Trombeta	3			1					2	1	5	3,47	2	1,20	139	96,53	165	98,80
• Véu de noiva	3								1	1	4	2,78	1	0,60	140	97,22	166	99,40
Inalantes:																		
• Colas	6		1	1	4	1	3	4	15	14	29	20,14	20	11,98	115	79,86	147	88,02
Solventes:																		
• Acetona	4	4	1	4	1	1	1	2	11	14	18	12,50	25	14,97	126	87,50	142	85,03
• Benzina	4		2	3	1		4	10	23	25	34	23,61	38	22,75	110	76,39	129	77,25
• Esmalte	4	4	1	2	2	3		1	9	7	16	11,11	17	10,18	128	88,89	150	89,82
• Tintas (tiner)	2		2		2		2	2	14	6	22	15,28	8	4,79	122	84,72	159	95,21
• Gasolina	3		1		1	2			9	3	14	9,72	5	2,99	130	90,28	162	97,01
• Fluído de isqueiro	5		1	2	2	1	2	2	11	8	21	14,58	13	7,78	123	85,42	154	92,22
• Corretivos líq. (errox-ex)	6	5	2	3	1	2		3	10	11	19	13,19	24	14,37	125	86,81	143	85,63
Inalantes aerossóis:																		
• Éter	4			1		1		1	7	4	11	7,64	7	4,19	133	92,36	160	95,81
• Clorofórmio	3						1		5	2	9	6,25	2	1,20	135	93,75	165	98,80
• "Lança perfume"	6		3	1	2	2	11	19	21	34	43	29,86	56	33,53	101	70,14	111	66,47
• "Loló"/cheirinho			1	2	2	4	7	7	15	14	30	20,83	27	16,17	114	79,17	140	83,83

TABELA 27$_I$ - DROGAS/TÓXICOS SEGUNDO O TIPO E FREQÜÊNCIA DE USO NA VIDA DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE - RS - POR ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO

Escolas/Freqüência/Sexo / Tipo/Consumo Drogas/ Tóxicos p/adolescentes	ESCOLAS "A" 1, 2, 3, 4										TOTAL				NUNCA USEI			
	Uso diário		Semanal 2 a 5 dias		Últimos 30 dias		No último ano		Única vez na vida		M		F		M		F	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	n 64	%	n 87	%	n	%	n	%
Cannabis:																		
• Maconha	9	4	12	8	5	9	8	13	16	28	50	78,13	62	71,26	14	21,87	25	28,74
• Haxixe	6	2	2	2	4	1		1	4	9	16	25,00	14	16,09	48	75,00	73	83,91
• THC	4		1	1	1		2	1		2	7	10,94	4	4,60	57	89,06	83	95,40
Cocaína:																		
• Cocaína pó	4		2	1	5	3	4	2	7	10	22	34,38	15	17,24	42	65,62	72	82,76
• Pasta de cocaína	3		2		1	3		2	1	1	7	10,94	6	6,90	57	89,06	81	93,10
• Crack	4		1		1		1			1	7	10,94	1	1,15	57	89,06	86	98,85
Opiáceos:																		
• Morfina	5								1		7	10,94			57	89,06	87	100,00
• Ópio	4							1			4	6,25	1	1,15	60	93,75	86	98,85
• Heroína	4										4	6,25			60	93,75	87	100,00
Alucinógenos:																		
• LSD-25 (ácido)	4		1				1		1	1	7	10,94	1	1,15	57	89,06	86	98,85
• Chá de cogumelo, DMT	3		1		1		2		3	4	10	15,63	4	4,60	54	84,37	83	95,40
• Cactos peiote-mescalina	2							1	1	1	3	4,69	2	2,30	61	95,31	85	97,70
• Ecstasy/Êxtase (MDMA)	3									1	3	4,69	1	1,15	61	95,31	86	98,85
• Daime-chá Santo Daime	3			2					1		4	6,25	2	2,30	60	93,75	85	97,70
• Datura/chá lírio/saia branca	2			1		1			1		3	4,69	2	2,30	61	95,31	85	97,70
Outras plantas Alucinógenas:																		
• Dama noite	3		1	1	1	1			3	3	8	12,50	5	5,75	56	87,50	82	94,25
• Cartucho	3			1					2		5	7,81	1	1,15	59	92,19	86	98,85
• Trombeta	3			1					2	1	5	7,81	2	2,30	59	92,19	85	97,70
• Véu de noiva	3								1	1	4	6,25	1	1,15	60	93,75	86	98,85
Inalantes:																		
• Colas	4			1	2	1	2	1	9	8	17	26,56	11	12,64	47	73,44	76	87,36
Solventes:	2	4	1	2		1	1		6	9	10	15,63	16	18,39	54	84,37	71	81,61
• Acetona	2	3	1	2			1	5	7	12	11	17,19	19	21,84	53	82,81	68	78,16
• Benzina	2		1	2	1	2			5	7	9	14,06	14	16,09	55	85,94	73	83,91
• Esmalte	2		1		1		1	1	9	4	14	21,88	5	5,75	50	78,12	82	94,25
• Tintas (tiner)	3		1			2			5	2	9	14,06	4	4,60	55	85,94	83	95,40
• Gasolina	3		1	2	1	1	1		5	6	11	17,19	9	10,34	53	82,81	78	89,66
• Fluído de isqueiro	4	5	1	3	1	2			8	9	14	21,88	19	21,84	50	78,12	68	78,16
• Corretivos líq. (errox-ex)																		
Inalantes Aerossóis:	3			1	1	1		1	5	4	8	12,50	7	8,05	56	87,50	80	91,95
• Éter	3		1	1					3	1	6	9,37	1	1,15	58	90,63	86	98,85
• Clorofórmio	4					2	2	3	10	13	17	26,56	19	21,84	47	73,44	68	78,16
• "Lança perfume"	3			2	1	3	1	3	9	10	14	21,88	18	20,69	50	78,12	69	79,31
• "Loló"/cheirinho																		

TABELA 27 $_{II}$ - DROGAS/TÓXICOS SEGUNDO O TIPO E FREQÜÊNCIA DE USO NA VIDA, DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - POR ESCOLAS, FREQÜÊNCIA E SEXO

Escolas/Freqüência/Sexo / Tipo/Consumo Drogas/	ESCOLAS "B" 1, 2, 3, 4										TOTAL				NUNCA USEI			
	Uso diário		Semanal 2 a 5 dias		Últimos 30 dias		No último ano		Única vez na vida		M		F		M		F	
Tóxicos p/adolescentes	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**n 80**	**%**	**n 80**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Cannabis:																		
• Maconha	13	6	11	7	15	12	12	15	19	24	70	87,50	64	80,00	10	12,50	16	20,00
• Haxixe	1		1		2	2	5	2	6	4	15	18,75	8	10,00	65	81,25	72	90,00
• THC	4	2	1		4		2			1	11	13,75	3	3,75	69	86,25	77	96,25
Cocaína:																		
• Cocaína pó					2	4	2	5	10	1	14	17,50	10	12,50	66	82,50	70	87,50
• Pasta de cocaína							1		1	1	2	2,50	1	1,25	78	97,50	79	98,75
• Crack					1		1		2		4	5,00			76	95,00	80	100,00
Opiáceos:																		
• Morfina									1		1	1,25			79	98,75	80	100,00
• Ópio															80	100,00	80	100,00
• Heroína									1		1	1,25			79	98,75	80	100,00
Alucinógenos:																		
• LSD-25 (ácido)					1		1	1	3	2	5	6,25	3	3,75	75	93,75	77	96,25
• Chá de cogumelo, DMT					1		1	3	3	4	5	6,25	7	8,75	75	93,75	73	91,25
• Cactos peiote-mescalina															80	100,00	80	100,00
• Ecstasy/Êxtase (MDMA)			1					1	1		2	2,50	1	1,25	78	97,50	79	98,75
• Daime-chá Santo Daime															80	100,00	80	100,00
• Datura/chá lírio/saia branca									1	1	1	1,25	1	1,25	79	98,75	79	98,75
Outras plantas Alucinógenas:																		
• Dama noite			1		1			1		1	2	2,50	2	2,50	78	97,50	78	97,50
• Cartucho															80	100,00	80	100,00
• Trombeta															80	100,00	80	100,00
• Véu de noiva															80	100,00	80	100,,00
Inalantes:																		
• Colas	2		1		2		1	3	6	6	12	15,00	9	11,25	68	85,00	71	88,75
Solventes:																		
• Acetona	2			2	1			2	5	5	8	10,0	9	11,25	72	90,00	71	88,75
• Benzina	2		1	1	1		3	5	16	13	23	28,75	19	23,75	57	71,25	61	76,25
• Esmalte	2	1			1	1		1	4		7	8,75	3	3,75	73	91,25	77	96,25
• Tintas (tiner)			1		1		1	1	5	2	8	10,00	3	3,75	72	90,00	77	96,25
• Gasolina					1				4	1	5	6,25	1	1,25	75	93,75	79	98,75
• Fluído de isqueiro	2				2		1	2	6	2	10	12,50	4	5,00	70	87,50	76	95,00
• Corretivos líq. (errox-ex)	2		1					3	2	2	5	6,25	5	6,25	75	93,75	75	93,75
Inalantes Aerossóis:																		
• Éter	1								2		3	3,75			77	96,25	80	100,00
• Clorofórmio							1		2	1	3	3,75	1	1,25	77	96,25	79	98,75
• "Lança perfume"	2		2		2		9	16	11	21	26	32,50	37	46,25	54	67,50	43	53,75
• "Loló"/cheirinho			1		1	1	6	4	6	4	16	20,00	9	11,25	64	80,00	71	88,75

TABELA 27_A - USO DE DROGAS/TÓXICOS SEGUNDO A FORMA DE CONSUMO, IDADE, LOCAL E PESSOAS QUE OFERECERAM PELA PRIMEIRA VEZ AOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL - POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Drogas/Tóxicos / Hábitos de Consumo	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B		n		%	
	N		%		n		%					
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Via de Consumo:												
• Fumada	52	65	40,31	45,14	73	68	45,34	42,77	125	133	43,10	43,90
• Aspirada	24	16	18,60	11,11	26	28	16,15	17,61	50	44	17,24	14,52
• Inalada	36	51	27,91	35,42	46	53	28,58	33,33	82	104	28,28	34,32
• Via oral	14	12	10,85	8,33	12	10	7,45	6,29	26	22	8,97	7,26
• Injetável	3		2,33		4		2,78		7		2,41	
Total	129	144	100,00	100,00	161	159	100,00	100,00	290	303	100,00	100,00
Idade Consumiu pela 1ª vez:												
• 7 - 9 anos	1		1,56		1		1,25		2		0,39	
• 10 - 12 anos	7	4	10,94	4,60	9	4	11,25	5,00	16	8	11,11	4,79
• 13 - 15 anos	32	62	50,00	71,26	49	46	61,25	57,50	81	108	56,25	64,67
• 16 - 18 anos	24	20	37,50	22,99	21	30	26,25	37,50	45	50	31,25	29,94
• Mais (>) de 19 anos		1		1,15						1		0,60
Total	64	87	100,00	100,00	80	80	100,00	100,00	144	167	100,00	100,00
Local que usou pela 1ª vez:												
• Casa	7	16	10,94	18,39	9	12	11,25	15,00	16	28	11,11	16,77
• Bar/cafeteria	1	1	1,56	1,15		3		3,75	1	4	0,69	2,40
• Festas/reuniões	12	18	18,75	20,69	18	16	22,50	20,00	30	34	20,83	20,36
• Casa de amigos	13	19	20,31	21,84	21	26	26,25	32,50	34	45	23,61	26,95
• Colégio/escola	8	5	12,50	5,75	3	3	3,75	3,75	11	8	7,64	4,79
• Rua, parques, praças	18	20	28,13	22,99	20	8	25,00	10,00	38	28	26,39	16,76
• Praia	4	7	6,25	8,04	8	8	10,00	10,00	12	15	8,33	8,98
• Shows	1	1	1,56	1,15	1	4	1,25	5,00	2	5	1,40	2,99
Total	64	87	100,00	100,00	80	80	100,00	100,00	144	167	100,00	100,00
Pessoa que ofereceu p/1ª vez:												
• Ninguém	3	10	4,69	11,49	50	49	62,50	61,25	53	59	36,80	35,33
• Amigos	34	51	53,12	58,63	8	5	10,00	6,25	42	56	29,16	33,53
• Colega	7	10	10,94	11,49	1		1,25		8	10	5,56	5,99
• Pai	3		4,69		3	2	3,75	2,50	6	2	4,17	1,20
• Irmão	1	2	1,56	2,30	1	1	1,25	1,25	2	3	1,40	1,80
• Tio		1		1,15		2		2,50		3		1,80
• Namorado		2		2,30						2		1,20
• Traficante	3		4,69						3		2,08	
• Desconhecido	1		1,56		3	1	3,75	1,25	4	1	2,77	0,59
• Decisão livre	11	11	17,19	12,64	13	18	16,25	22,50	24	29	16,66	17,36
• Outros	1		1,56		1	2	1,25	2,50	3	2	1,40	1,20
Total	64	87	100,00	100,00	80	80	100,00	100,00	144	167	100,00	100,00

TABELA 27_B - USO DE DROGAS/TÓXICOS SEGUNDO COMPANHIA DE QUEM CONSUMIU PELA PRIMEIRA VEZ E A ATUAL, LOCAL ATUAL DE CONSUMO, DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Drogas/Tóxicos Hábitos Consumo do Adolescente	ESCOLAS A n		ESCOLAS A %		ESCOLAS B n		ESCOLAS B %		TOTAL n		TOTAL %	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Em companhia de quem Consumiu pela 1ª vez:												
• Só	8	10	12,50	11,49	5	3	6,25	3,75	13	13	9,03	7,78
• Com familiar/irmão	5	3	7,82	3,45	4	7	5,00	8,75	9	10	6,25	6,00
• Pai	1		1,56		1		1,25		2		1,40	
• Parente/primos	1	1	1,56	1,15	2	2	2,50	2,50	3	3	2,08	1,80
• Amigo	16	21	25,00	24,14	18	21	22,50	26,25	34	42	23,61	25,15
• Grupo de amigos	32	45	50,00	51,72	46	41	57,50	51,25	78	86	54,16	51,50
• Namorado		6		6,90	1	5	1,25	6,25	1	11	0,69	6,59
• Desconhecido	1	1	1,56	1,15	1		1,25		2	1	1,40	0,59
• Prostituta					1		1,25		1		0,69	
• Colegas					1	1	1,25	1,25	1	1	0,69	0,59
Total	64	87	100,00	100,00	80	80	100,00	100,00	144	167	100,00	100,00
Atual Companhia de quem consome:												
• Só	6	6	18,18	15,00	4	5	7,27	9,26	10	11	11,36	11,70
• Com familiar/irmão	2	1	6,06	2,50	1	1	1,82	1,85	3	2	3,41	2,13
• Parentes/primos					1	1	1,82	1,85	1	1	1,14	1,06
• Amigo	3	5	9,09	12,50	7	7	12,73	12,96	10	12	11,36	12,77
• Grupo de amigos	20	23	60,61	57,50	42	35	76,36	64,82	62	58	70,45	61,70
• Namorado	1	5	3,03	12,50		5		9,26	1	10	1,14	10,64
• Outro	1		3,03						1		1,14	
Total	33	40	100,00	100,00	55	54	100,00	100,00	88	94	100,00	100,00
Local Atual de Consumo:												
• Casa	6	4	18,18	10,00	7	10	12,73	18,52	13	14	14,77	14,89
• Casa de amigos	5	7	15,15	17,50	14	17	25,45	31,48	19	24	21,60	25,53
• Festas, shows	5	9	15,15	22,50	8	9	14,55	16,67	13	18	14,77	19,15
• Bares					6	2	10,90	3,70	6	2	6,82	2,13
• Rua/praças/praia	13	14	39,40	35,00	16	14	29,09	25,93	29	28	32,95	29,79
• Boates/danceterias/discotecas	1		3,03		2	2	3,64	3,70	3	2	3,41	2,13
• Colégio/Escola	2	4	6,06	10,00					2	4	2,27	4,25
• Sítio fim-de-semana (casa campo)	1	2	3,03	5,00	2		3,64		3	2	3,41	2,13
Total	33	40	100,00	100,00	55	54	100,00	100,00	88	94	100,00	100,00
Usuário:												
• Atual	33	40	15,28	12,99	55	54	22,36	23,08	88	94	19,05	17,34
• Já usou	31	47	14,35	15,26	25	26	10,16	11,11	56	73	12,12	13,47
• Nunca usou	152	221	70,37	71,75	166	154	67,48	65,81	318	375	68,83	69,19
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00

TABELA 27_C - USO DE DROGAS/TÓXICOS SEGUNDO ACESSO, TIPO DE CONSUMIDOR E TRÁFICO POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo	ESCOLAS								TOTAL			
	A		A		B		B		n		%	
Drogas/Tóxicos	n		%		n		%					
Consumo p/adolescentes	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Local de compra fácil de drogas:												
• Bares	3	9	4,69	10,34	4	4	5,00	5,00	7	13	4,86	7,78
• Rua/praças	7	11	10,94	12,64	13	8	16,25	10,00	20	19	13,89	11,38
• Próximo de casa	10	5	15,63	5,75	5	6	6,25	7,50	15	11	10,42	6,59
• Centro da cidade	3	6	4,69	6,90	1		1,25		4	6	2,78	3,59
• Vilas “boca fumo”	20	15	31,25	17,24	29	17	36,25	21,25	49	32	34,03	19,16
• Amigos	7	21	10,94	24,14	16	35	20,00	43,75	23	56	15,97	33,53
• Escola/colégio/escola	10	17	15,62	19,54	11	10	13,75	12,50	21	27	14,58	16,17
• Shows/festas/farmác./ shopping	4	3	6,25	3,45	1		1,25		5	3	3,47	1,80
Total	64	87	100,00	100,00	80	80	100,00	100,00	144	167	100,00	100,00
Tipo de Consumidor:												
• Experimentador	34	46	53,13	52,87	32	39	40,00	48,75	66	85	45,83	50,90
• Usuário ocasional	12	24	18,75	27,59	26	27	32,50	33,75	38	51	26,39	30,54
• Usuário regular	15	15	23,44	17,24	21	14	26,50	17,50	36	29	25,00	17,37
• Dependente	3	2	4,69	2,30	1		1,25		4	2	2,78	1,19
Total	64	87	100,00	100,00	80	80	100,00	100,00	144	167	100,00	100,00
Tráfico:												
• Sim	15	4	23,44	4,60	11	1	13,75	1,25	26	5	18,06	2,99
• Não	49	83	76,56	95,40	69	79	86,25	98,75	118	162	81,94	97,01
Total	64	87	100,00	100,00	80	80	100,00	100,00	144	167	100,00	100,00
Tempo de tráfico:												
• Só uma vez					3		27,27		3		11,54	
• Só um mês	1		6,67						1		3,85	
• 3 meses	3		20,00		2	1	18,18	100,00	5	1	19,23	20,00
• 1 ano	5	2	33,33	50,00	4		36,37		9	2	34,61	40,00
• 2 anos	4	2	26,67	50,00	1		9,09		5	2	19,23	40,00
• 3 a 5 anos					1		9,09		1		3,85	
• 3 a 7 anos	2		13,33						2		7,69	
Total	15	4	100,00	100,00	11	1	100,00	100,00	26	5	100,00	100,00

TABELA 28 - MOTIVAÇÕES SOCIAIS E EXPERIMENTAIS DO CONSUMO DE DROGAS: TABACO, ÁLCOOL, PSICOFÁRMACOS/MEDICAMENTOS E DROGAS/TÓXICOS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS, TIPOS DE DROGAS E SEXO

Escolas/Tipo/Sexo / Motivações de Consumo de Drogas		ESCOLAS "A" E "B"								Total			
		Tabaco		Álcool		Psicofárm / Medic.		Drogas/Tóxicos		n		%	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
		n 138	n 256	n 401	n 475	n 138	n 225	n 144	N 167	462	542		
a) Motivações Sociais:													
• Para escapar de problemas pessoais	%	10,00	12,06	8,49	12,75	ł	16,98	8,70	9,91	86	129	9,10	12,39
	n	23	38	37	52		18	20	21				
• Para enfrentar dificuldades da vida diária	%	7,39	10,48	6,19	5,64	8,16	17,92	7,83	7,55	66	91	6,48	8,74
	n	17	33	27	23	4	19	18	16				
• Para esquecer os problemas de família	%	4,78	6,03	6,42	8,58	10,20	9,43	7,39	6,60	61	78	6,46	7,49
	n	11	19	28	35	5	10	17	14				
• Por problema econômico, não ter dinheiro	%	3,04	4,76	4,13	3,68	4,08	8,49	5,22	3,77	39	47	4,13	4,52
	n	7	15	18	15	2	9	12	8				
• Por não ter trabalho, estar desempregado	%	4,35	2,54	3,90	4,66	4,08	3,77	3,48	3,77	37	39	3,92	3,75
	n	10	8	17	19	2	4	8	8				
• Para facilitar a comunicação com pessoas	%	6,09	5,71	14,45	12,25	10,20	6,60	5,22	6,13	94	88	9,95	8,45
	n	14	18	63	50	5	7	12	13				
• P/obter sucesso no trabalho, esporte, namoro, amigos	%	7,39	3,81	6,42	2,94	14,29	7,55	3,91	6,60	61	46	6,46	4,42
	n	17	12	28	12	7	8	9	14				
• Por ser algo proibido	%	7,83	5,08	4,82	4,90	10,20	7,55	10,87	10,38	69	66	7,30	6,34
	n	18	16	21	20	5	8	25	22				
• Para ser aceito e não ser diferente dos amigos	%	9,57	5,71	7,11	5,39	4,08	4,72	7,83	7,55	73	61	7,72	5,86
	n	22	18	31	22	2	5	18	16				
• Para encontrar novo estilo de vida	%	6,96	4,13	5,73	5,39	6,12	7,55	9,57	6,60	66	62	6,98	5,66
	n	16	13	25	22	3	8	22	19				
• Para sentir-se livre	%	9,13	12,70	12,39	12,75	6,12	2,83	14,35	14,62	111	126	11,75	12,10
	n	21	40	54	52	3	3	33	51				
• Para passar o tempo	%	16,09	19,68	12,84	12,75	6,12	3,77	8,26	8,49	115	136	12,17	13,06
	n	37	62	56	52	3	4	19	18				
• Para fazer o que todos fazem	%	7,39	7,30	7,11	8,33	4,08	2,83	7,39	5,66	67	72	7,08	6,92
	n	17	23	21	34	2	3	17	12				
Total	%	44,66	42,68	38,90	37,99	22,37	24,48	40,78	35,63	39,07	36,65	100,00	100,00
	n	230	315	436	408	49	106	230	212	945	1041		
b) Motivações experimentais:													
• Para ter prazer, divertir-me	%	30,36	29,38	50,55	44,92	39,14	37,14	42,03	36,88	240	271	43,80	38,12
	n	34	62	139	137	9	13	58	59				
• Por curiosidade	%	51,79	44,08	28,00	24,26	30,43	20,00	45,65	45,00	205	246	37,41	34,60
	n	58	93	77	74	7	7	63	72				
• Por nenhum motivo especial	%	17,85	26,54	21,45	30,82	30,43	42,86	12,32	18,12	103	194	18,79	27,28
	n	20	56	59	94	7	15	17	29				
Total	%	21,75	28,59	24,53	28,40	10,50	8,08	24,47	26,90	22,65	25,03	100,00	100,00
	n	112	211	275	305	23	35	138	160	548	711		

TABELA 28_A - MOTIVAÇÕES SINTOMATOLÓGICAS E PSICOCOGNITIVAS DO CONSUMO DE DROGAS: TABACO, ÁLCOOL, PSICOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS E TÓXICOS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS, TIPOS DE DROGAS E SEXO

Escolas/Tipo/Sexo / Motivações de Consumo de Drogas		ESCOLAS "A" E "B"								Total			
		Tabaco		Álcool		Psicof./Medic.		Drogas/Tóxicos		n		%	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M 138	F 256	M	F
c) Motivações Sintomatológicas:													
• Para acalmar o nervosismo	%	36,20	58,33	31,43	31,88	14,61	17,98	20,00	18,33	70	121	24,39	30,02
	N	21	56	22	22	13	32	14	11				
• Para vencer o cansaço	%	12,07	7,29	20,00	21,74	16,85	12,93	12,86	18,33	45	56	15,68	13,90
	N	7	7	14	15	15	23	9	11				
• Para dormir melhor	%	12,07	6,25	11,43	18,84	20,22	17,41	20,00	20,00	47	62	16,38	15,38
	N	7	6	8	13	18	31	14	12				
• Para emagrecer	%	15,52	13,54	10,00	4,35	14,61	27,53	11,43	11,67	37	72	12,89	17,88
	N	9	13	7	3	13	49	8	7				
• Para ter melhor apetite alimentar	%	12,07	9,38	12,86	4,35	20,22	15,73	18,57	10,00	47	46	16,38	11,41
	N	7	9	9	3	18	28	13	6				
• Para ter melhor desempenho sexual	%	12,07	5,21	14,29	18,84	13,48	8,43	17,14	21,67	41	46	14,28	11,41
	N	7	5	10	13	12	10	12	13				
Total	%	11,28	13,01	6,24	6,42	40,64	41,11	12,41	10,08	11,86	14,20	100,00	100,00
	N	58	96	70	69	89	178	70	60	287	403		
d) Motivações psicocognitivas:													
• Para vencer a timidez	%	12,17	12,07	26,47	27,05	12,07	4,39	11,11	8,59	125	112	19,56	16,35
	N	14	14	90	79	7	5	14	14				
• Para vencer a indecisão	%	7,83	6,90	12,65	9,59	6,90	3,51	6,35	7,36	64	52	10,02	7,59
	N	9	8	43	28	4	4	8	12				
• Para sentir-se seguro, forte	%	12,17	10,34	10,29	11,64	10,34	4,39	11,11	11,66	69	70	10,80	10,22
	N	14	12	35	34	6	5	14	19				
• Para não ficar angustiado	%	10,43	21,55	6,76	9,25	6,90	11,40	8,73	10,43	50	82	7,82	11,97
	N	12	25	23	27	4	13	11	17				
• Para não ter depressão, tristeza	%	9,57	9,48	6,76	10,27	6,90	13,16	8,73	10,43	49	73	7,67	10,65
	N	11	11	23	30	4	15	11	17				
• Para não ter medos	%	6,96	6,90	10,29	9,93	6,90	7,89	7,14	14,72	57	70	8,92	10,22
	N	8	8	36	29	4	9	9	24				
• Para vencer a frustração	%	8,70	5,17	6,76	8,22	6,90	7,02	10,32	11,04	50	56	7,82	8,18
	N	10	6	23	24	4	8	13	18				
• P/melhorar a concentração, assimilação, org. pensamento, cap. de síntese	%	8,70	6,03	4,71	3,08	12,07	19,30	8,73	5,52	44	47	6,89	6,86
	N	10	7	16	9	7	22	11	9				
• P/aumentar desempenho escolar, no esporte, ser competitivo	%	6,09	3,45	3,24	2,05	19,97	14,91	7,94	6,13	39	37	6,10	5,40
	N	7	4	11	6	11	17	10	10				
• Para ser uma pessoa criativa	%	7,83	7,76	5,29	3,08	5,17	6,14	11,11	6,75	44	36	6,89	5,26
	N	9	9	18	9	3	7	14	11				
• P/ter auto-confiança, tomar próprias decisões	%	9,57	10,34	6,47	5,82	6,90	7,89	8,73	7,36	48	50	7,51	7,30
	N	11	12	22	17	4	9	11	12				
Total	%	22,33	15,72	30,33	27,19	26,49	26,33	22,34	27,39	26,42	24,12	100,00	100,00
	N	115	116	340	292	58	114	126	163	639	685		
Total Geral	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00		
	N	515	738	1121	1074	219	433	564	595	2419	2840		

TABELA 29 - GRAU DE CONHECIMENTO (VERDADEIRO-FALSO-NÃO SABE) - SOBRE O TEMA DROGAS DE 1004 ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Conhecimento/Sexo	Escolas "A" e "B"															
	Verdadeiro				Falso				Total				Não sabe			
	n		%		N		%		n		%		n		%	
Conhecimentos/Informações sobre Drogas	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
01. O tabaco/fumo atua diretamente sobre o cérebro, a nicotina é um estimulante do SNC	194	217	72,39	80,97	74	51	27,61	19,03	268	268	100,00	100,00	194	274	41,99	50,55
02. O álcool etílico não é um estimulante, e sim um depressor do SNC	106	122	54,64	67,40	88	59	45,36	32,60	194	181	100,00	100,00	268	361	58,01	66,61
03. O LSD-25 e "Ácido" são nomes de drogas alucinógenas diferentes	112	135	56,85	54,22	85	114	43,15	45,78	197	249	100,00	100,00	265	293	57,36	54,06
04. A cocaína produz só dependência psicológica	95	95	31,25	25,40	209	279	68,75	74,60	304	374	100,00	100,00	158	168	34,20	31,00
05. O alcatrão da maconha é mais cancerígeno que o do tabaco/cigarro	98	127	39,20	39,69	152	193	60,80	60,31	250	320	100,00	100,00	212	222	45,89	40,96
06. A heroína é um derivado do ópio mais potente que a morfina e responsável pelo aumento de crimes.	163	161	81,50	72,52	37	61	18,50	27,48	200	222	100,00	100,00	262	320	56,71	59,04
07. Os barbitúricos não produzem dependência	38	33	30,16	18,64	88	144	69,84	81,36	126	177	100,00	100,00	336	365	72,73	67,34
08. Os calmantes para dormir ajudam a diminuir a ansiedade e a agitação	189	245	71,05	70,20	77	104	28,95	29,80	266	349	100,00	100,00	196	193	42,42	35,61
09. O consumo de estimulantes/anfetaminas aumenta a capacidade intelectual	59	56	27,31	19,58	157	230	72,69	80,42	216	286	100,00	100,00	246	256	53,25	47,23
10. Os remédios "anorexigenos"/para perda de peso, diminuir o apetite, ficar mais acordado e resistir ao cansaço criam dependência por conterem anfetaminas	151	234	78,24	84,48	43	43	22,16	15,52	194	277	100,00	100,00	268	265	58,01	48,89
11. O chá de cogumelo "Psilocibes" é um alucinógeno que apresenta efeitos comportamentais semelhantes aos do LSD "Ácido Lisérgico"	164	184	88,65	89,32	21	22	11,35	10,68	185	206	100,00	100,00	277	336	59,96	61,99
12. Os chás de Daime, de Lírio e Dama da Noite são preparados de plantas que têm substâncias alucinógenas e as pessoas usam para ter "miração" e sentir "barato"	141	188	85,98	89,52	23	22	14,02	10,48	164	210	100,00	100,00	298	332	64,50	61,25
13. Os inalantes como "lança-perfume", "cheirinho da loló", colas, acetona, tiner, líquido corretivo errox-ex, usados por meninos de rua e experimentados por alguns estudantes do ensino fundamental e médio no Brasil produzem dependência	220	297	77,74	83,19	63	60	22,26	16,81	283	357	100,00	100,00	179	185	38,74	34,13
14. O usuário de inalantes, com o uso crônico podem ter lesão no fígado, rins, pulmão, coração e tornar-se agressivo e praticar atos anti-sociais	224	279	89,86	90,58	25	29	10,04	9,42	249	308	100,00	100,00	213	234	46,10	43,17
15. O café e o chá não são considerados drogas.	147	186	47,11	50,54	165	182	52,89	49,45	312	368	100,00	100,00	150	174	32,47	32,10
16. O consumo moderado de álcool, tabaco/fumo não prejudica a saúde	104	129	30,41	30,64	238	292	69,59	69,36	342	421	100,00	100,00	120	121	25,97	22,32
17. O consumo de álcool aumenta a capacidade sexual	31	29	10,13	8,19	275	325	89,87	91,81	306	354	100,00	100,00	156	188	33,77	34,69
18. O consumo de drogas favorecem as relações sociais, ajuda a ter amigos, namorar, etc.	52	43	16,10	10,59	271	363	83,90	89,41	323	406	100,00	100,00	139	136	30,09	25,09
19. Os efeitos do uso crônico da maconha diminuem os níveis de hormônios reprodutivos no homem e na mulher adolescentes e levam a esterilidade	135	176	67,50	74,58	65	60	32,50	25,42	200	236	100,00	100,00	261	306	56,49	56,46
20. A SIDA (AIDS), doença causada pelo vírus HIV está se tornando epidemia entre os adolescentes que consomem drogas injetável (compartilha de seringas)	328	403	95,91	95,50	14	15	4,09	4,50	342	422	100,00	100,00	120	120	25,97	22,14

TABELA 29_A - GRAU DE CONHECIMENTO (TEM, NÃO TEM) SOBRE O TEMA DROGAS DE 1004 ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR AMBOS GRUPOS DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Conhecimento/Sexo / Conhecimentos/Informações sobre Drogas	ESCOLAS "A" E "B"									
	Tem Conhecimento				Não tem Conhecimento					
	M		F		M		F		M	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
01. O tabaco/fumo atua diretamente sobre o cérebro, a nicotina é um estimulante do SNC	268	58,01	268	49,45	194	41,99	274	50,55	462	100,00
02. O álcool etílico não é um estimulante, e sim um depressor do SNC	194	41,99	181	33,39	268	58,01	361	66,61	462	100,00
03. O LSD-25 e "Ácido" são nomes de drogas alucinógenas diferentes	197	42,64	249	45,94	265	57,36	293	54,06	462	100,00
04. A cocaína produz só dependência psicológica	304	65,80	374	69,00	158	34,20	168	31,00	462	100,00
05. O alcatrão da maconha é mais cancerígeno que o do tabaco/cigarro	250	54,11	320	59,04	212	45,89	222	40,96	462	100,00
06. A heroína é um derivado do ópio mais potente que a morfina e responsável pelo aumento de crimes.	200	43,29	222	40,96	262	56,71	320	59,04	462	100,00
07. Os barbitúricos não produzem dependência	126	27,27	177	32,66	336	72,73	365	67,34	462	100,00
08. Os calmantes para dormir ajudam a diminuir a ansiedade e a agitação	266	57,58	349	64,39	196	42,42	193	35,61	462	100,00
09. O consumo de estimulantes/anfetaminas aumenta a capacidade intelectual	216	46,75	286	52,77	246	53,25	256	47,23	462	100,00
10. Os remédios "anorexigenos"/para perda de peso, diminuir o apetite, ficar mais acordado e resistir ao cansaço criam dependência por conterem anfetaminas	194	41,99	277	51,11	268	58,01	265	48,89	462	100,00
11. O chá de cogumelo "Psilocibes" é um alucinógeno que apresenta efeitos comportamentais semelhantes aos do LSD "Ácido Lisérgico"	185	40,04	206	38,01	277	59,96	336	61,99	462	100,00
12. Os chás de Daime, de Lírio e Dama da Noite são preparados de plantas que têm substâncias alucinógenas e as pessoas usam para ter "miração" e sentir "barato"	164	35,50	210	38,75	298	64,50	332	61,25	462	100,00
13. Os inalantes como "lança-perfume", "cheirinho da loló", colas, acetona, tiner, líquido corretivo errox-ex, usados por meninos de rua e experimentados por alguns estudantes do ensino fundamental e médio no Brasil produzem dependência	283	61,26	357	65,87	179	38,74	185	34,13	462	100,00
14. O usuário de inalantes, com o uso crônico podem ter lesão no fígado, rins, pulmão, coração e tornar-se agressivo e praticar atos anti-sociais	249	53,90	308	56,83	213	46,10	234	43,17	462	100,00
15. O café e o chá não são considerados drogas.	312	67,53	368	67,90	150	32,47	174	32,10	462	100,00
16. O consumo moderado de álcool, tabaco/fumo não prejudica a saúde	342	74,03	421	77,68	120	25,97	121	22,32	462	100,00
17. O consumo de álcool aumenta a capacidade sexual	306	66,23	354	65,31	156	33,77	188	34,69	462	100,00
18. O consumo de drogas favorecem as relações sociais, ajuda a ter amigos, namorar, etc.	323	69,91	406	74,91	139	30,09	136	25,09	462	100,00
19. Os efeitos do uso crônico da maconha diminuem os níveis de hormônios reprodutivos no homem e na mulher adolescentes e levam a esterilidade	200	43,29	236	43,54	261	56,49	306	56,46	462	100,00
20. A SIDA (AIDS), doença causada pelo vírus HIV está se tornando epidemia entre os adolescentes que consomem drogas injetável (compartilho de seringas)	342	74,03	422	77,86	120	25,97	120	22,14	462	100,00

TABELA 30 - AUTOCONCEITO DE IMAGINAÇÃO CRIADORA, QUALIDADES EXPRESSADAS POR ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE - RS - BRASIL – POR TIPO DE ESCOLAS E SEXO

Escolas/Sexo / Auto-Conceito / Imaginação Criadora de Adolesc.	ESCOLAS A n		ESCOLAS A %		ESCOLAS B n		ESCOLAS B %		TOTAL n		TOTAL %	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Considera-se Criativo /Imaginativo:												
• Sim	193	266	89,35	86,36	217	200	88,21	85,47	410	466	88,74	85,98
• Não	23	42	10,65	13,64	29	34	11,79	14,53	52	76	11,26	14,02
Total	216	308	100,00	100,00	246	234	100,00	100,00	462	542	100,00	100,00
Qualidades Criativas:												
• Mágica					3		1,38		3		0,73	
• Dança	7	15	3,63	5,64		6		3,00	7	21	1,71	4,51
• Música (tocar, compor)	84	98	43,52	36,84	105	77	48,39	38,50	189	175	46,10	37,55
• Desenho	65	90	33,68	33,83	86	64	39,63	32,00	151	154	36,83	33,05
• Desenho Gráfico	22	17	11,40	6,39	51	31	23,50	15,50	73	48	17,80	10,30
• Decoração	26	123	13,47	46,24	29	97	13,36	48,50	55	220	13,41	47,21
• Pintura	25	58	12,95	21,80	27	51	12,44	25,50	52	109	12,68	23,39
• Escultura, cerâmica	22	32	11,40	12,03	14	18	6,45	9,00	36	50	8,78	10,73
• Teatro: escrever textos	2	4	1,04	1,50	4	1	1,84	0,50	6	5	1,46	1,07
• Compor: poesias e textos literários	53	101	27,46	37,97	30	83	13,82	41,50	83	184	20,24	39,48
• Estilista de moda	7	49	3,63	18,42	4	46	1,84	23,00	11	95	2,68	20,39
• Tecelagem, tricô, crochê, bordado, tapeçaria	5	63	2,60	23,68	2	42	0,92	21,00	7	105	1,71	22,53
• Computação (criar programas.)	5		2,60		13	2	5,99	1,00	18	2	4,39	0,43
• Teatro: representar, dramatizar	4	3	2,07	1,13	3		1,38		7	3	1,71	0,64
• Jogos lúdicos	5	4	2,60	1,50	6	1	2,76	0,50	11	5	2,68	1,07
• Esportes (basquete./futebol)	18	5	9,33		27	4	12,44	2,00	45	9	10,98	1,93
• Projeto mecânico / automotriz	2		1,04		2		0,92		4		0,98	
• Projeto arquitetônicos	6		3,11		4	1	1,84	0,50	10	1	2,44	0,21
• Fotografia		1		0,38								0,21
• Canto, cantar	1		0,52						1		0,24	
• Culinária	37	130	19,17	48,87	45	76	20,74	38,00	82	206	20,00	44,21
• Organizar eventos, passeios, viagens	6	4	3,11	1,50					6	4	1,46	0,86
• Publicidade/comunicação/rel.humanas	5	7	2,59	2,63	7	13	3,23	6,50	12	20	2,93	4,29
• Política					1		0,46		1		0,24	
• Paisagismo, jardin, ornament. c/plantas					1		0,46		1		0,24	
• Humor / piadas					2		0,92		2		0,49	
• Origami / dobradura papel					1		0,46		1		0,24	

Parte II

3 TURBILHÃO DE IDÉIAS (TI) OU "BRAINSTORMING", FLUIDEZ DE PENSAMENTOS, IMAGINAÇÃO, VISUALIZAÇÃO DE CENAS, SENTIMENTOS, MITOS E CRENÇAS, CURIOSIDADES SOBRE O TEMA "DROGAS DE USO LÍCITO E ILÍCITO" OPINIÕES EXPRESSADAS POR ADOLESCENTES DE AMBOS OS SEXOS ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS - BRASIL

3.1 O Que Pensa, Visualiza, Idéias, Mitos e Sentimentos Sobre o Uso de Drogas

A análise das respostas (fluidez de pensamentos "***brainstorming***") às proposições (questão 1) que solicita aos estudantes que descrevam com plena liberdade de expressão tudo o que passa na mente "cabeça", ou seja, o que **pensa, visualiza, imagina**, sente **emoções**, **acredita** e **tem curiosidades** sobre o tema "drogas de uso lícito e ilícito", tão polemico e, estimulador de debates entre os jovens e os grupos de iguais, fenômeno preocupante para a família e para a sociedade.

Ao analisar o conteúdo das respostas, revela que os adolescentes quando isentos de julgamentos e sentido crítico (adultos) e despreocupados com elaboração cognitiva de pensamentos organizados, aproveitam a oportunidade para registrarem o turbilhão de idéias, pensamentos, visualização de cenas positivas e negativas de usuários de drogas, revelarem sentimentos, mitos e crenças em relação à diversidade de substâncias psicoativas consumidas pelo ser humano. Os mesmos registram posicionamento a favor do uso e legalização de determinadas drogas, já outros se posicionam contra o uso de drogas especialmente na adolescência.

Os estudantes ao descrever tudo o que pensam sobre o uso e abuso de drogas estão revelando ter consciência das conseqüências de atos/comportamentos irresponsáveis e possuidores de um bom grau de conhecimentos dos danos biofisicopsicosociais causados pelas drogas ao usuário.

Eles descrevem as drogas como um veículo que escraviza, aprisiona, ameaça e rouba a liberdade dos usuários porque causa dependência física e ou psíquica, provoca sofrimento e muita dor, afeta o organismo e sistema nervoso, causa doenças, algo destruidor e ruim (usuário e família), faz mal à saúde e pode levar a morte do dependente se não abandonar o vício.

Os adolescentes visualizam a pessoa usuária de drogas e os já dependentes/ drogadictos e descrevem as características destes como: jovens e adultos com baixa auto-estima, sem personalidade, sem espiritualidade e uma fé religiosa, são auto-destrutivos, desprovidos de valores psicobiológicos, morais, sociais, estéticos- intelectuais e transcendentes. Consideram o dependente uma pessoa doente, que, pela aparência física e alterações no comportamento, confirmam estar enferma, necessita de apoio e amor (amigos e família), de tratamento especializado para libertar-se das drogas e reconstruir um significado para sua vida, pois se encontra em conflito consigo mesmo, com sua família e com a sociedade.

Eles ao visualizar cenas de uso de drogas descrevem-na como algo positivo que ela proporciona, por ser socializante para os jovens e a associam a adolescência, juventude,

amigos, festas, alegria, muito prazer, emoções, paixão, sucesso, plena liberdade, facilita a livre comunicação com as pessoas, livre expressão de imaginação e criatividade. Ainda associam o uso de drogas com jovens irresponsáveis, emoções perigosas, desafiar os adultos, transgredir normas e valores ético moral e condutas anti-sociais.

Os estudantes visualizam cenas com características destrutivas e muita violência, como conseqüência do abuso de drogas e descrevem experiências traumáticas de familiar em coma alcoólico, amigos dependentes de cocaína "*overdose*", brigas de jovens com pais, se auto-destruíndo, abandonando a família. Lembranças emergem e registram associações a pessoas drogadas com pó, seringa, loucura, clínicas de tratamento, viagem sem retorno e a morte.

Eles indicam alguns motivos e causas do uso de drogas por adolescentes. Acreditam que a maioria dos jovens usa drogas para sonhar outra realidade, é uma forma de curtir a vida, ou para chamar a atenção dos pais, da família e dos amigos, não se frustrar e fugir dos problemas. Outros afirmam que a droga ajuda a obter melhor desempenho sexual e ser criativo.

Os adolescentes a favor do uso revelam suas crenças deturpadas, os mitos sobre drogas. Chama atenção que alguns estudantes não consideram o álcool e o cigarro drogas que fazem mal a saúde, e ainda são favoráveis à legalização da maconha. Eles acreditam que o uso das drogas é normal na adolescência por ser esta uma fase passageira e de muita curiosidade.

Para a grande maioria ao se posicionarem sobre o uso de drogas concluem que os jovens que tem amor e muito diálogo com os pais e auto-estima não precisam de drogas para se divertir, serem felizes, competirem, alcançar algum sucesso na vida.

Os sentimentos revelados, pelos adolescentes, em relação ao uso de drogas apontam que não precisam delas para viver, "sou feliz sem, tenho carinho da família e dos amigos"; outros externalizam sentimentos ambivalentes, sentem muita pena do usuário de drogas, mas também raiva por ele ser fraco e escravo delas.

Uma minoria dos estudantes revela desejos ocultos de fazer uso de drogas. Eles citam que tem curiosidade de experimenta-las, mas têm medo das conseqüências sobre o organismo e o sistema nervoso. Outro diz não experimentar porque o pai exerce o papel de controle "superego social"; ou ainda, um jovem sente-se atraído pela maconha mas fica nervoso só em pensar nas conseqüências.

O **Quadro VII** indica o que pensam os estudantes ao descreverem o turbilhão de idéias sobre os danos biofisicopsicosociais ao adolescente usuário de drogas; apresenta as características fisicopsicológica de pessoa usuária recreacional e do dependente/drogadicto; relata as cenas com características positivas "socialização" e aquelas com características destrutivas e violência associadas ao uso de drogas; indica alguns dos motivos e causas do consumo, os mitos e as crenças, os posicionamentos, sentimentos e, desejos ocultos revelados pelos adolescentes em relação ao uso de drogas.

QUADRO VII INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE – RS - BRASIL O QUE PENSA, VISUALIZA, IDÉIAS, MITOS E SENTIMENTOS SOBRE O USO DE DROGAS.

CATEGORIA 1 – DANOS BIOFISICOPSICOSOCIAIS AO ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS

Os adolescentes ao pensar nas drogas responsabilizam-nas por:

- Muitos problemas, dor sofrimento ao usuário e sua família;
- Destruição do cérebro porque afeta o Sistema Nervoso Central; causam dependência física e/ou psíquica, fazem mal a saúde ao destruir o organismo lentamente;
- Mal a saúde, uma falsa ilusão, é um caminho que o jovem não vale a pena conhecer, é ruim, deve ficar longe, e saber dizer não, falta inteligência para resistir a pressão de usar;
- Danos irreversíveis a saúde física e mental dos adolescentes, mesmo assim sabendo que causa algum mal às drogas atraem e, diariamente mais jovens experimentam diferentes tipos de drogas por curiosidade e/ou para fugir da realidade;
- Mal, leva o usuário a dependência sem perspectiva de um futuro, porque é um veículo que escraviza, aprisiona, ameaça e rouba a liberdade, podendo levar a morte;
- Mal a saúde, é uma coisa "xarope", não faz bem e pode matar;
- Desemprego e desigualdade social.

Os adolescentes ainda expressam:

- A droga me trouxe mais problemas à minha vida, perto daqueles que enfrentai antes de usá-la;
- Arrependo-me de ter experimentado, foi uma infantilidade, muita pressão dos amigos, eu queria ser aceito, hoje sou contra o uso, devemos ajudar alguém a sair desse mundo de dependência de drogas.

CATEGORIA 2 - CARACTERÍSTICAS DO USUÁRIO DE DROGAS

Os adolescentes ao visualizarem o usuário de drogas descrevem ser:

- Jovens e adultos frágeis, fracos, inconscientes, auto-destrutivos, sem personalidade, com baixa auto-estima e sentimento de inferioridade, falta de objetivos e perspectiva de vida saudável;

- Jovem e curiosidade, atração, modismo, estupidez, mediocridade, ignorância, covardia, alienação, fraqueza humana;

- Pessoas sem fé, sem espiritualidade, sem religião desprovida de valores morais e sociais, fim do mundo, auto-destruição, nuvem negra na vida.

CATEGORIA 3 - CARACTERÍSTICAS DO USUÁRIO DEPENDENTE DE DROGAS

Os adolescentes ao visualizarem o dependente de drogas descrevem ser:

- Pessoa pálida, magra, lenta, abobada, chapado, tontura, garganta seca, olhos avermelhados, nariz escorrendo, alteração no comportamento, no humor, desorientação na vida, desleixo na aparência pessoal, no vestuário, higiene precária, insegurança, reflexos e o sistema nervoso afetado, falta de atenção, concentração, memória fraca, baixo rendimento escolar, abandono da escola, do trabalho, e da família;

- Doentes que necessitam de apoio e muito amor na família; de tratamento especializado para viver sem a droga;

- Doentes que se encontram em conflito com sua família e, com a sociedade.

CATEGORIA 4 - VISUALIZA CENAS DO USO DE DROGAS COM CARACTERÍSTICAS POSITIVAS

Os adolescentes ao visualizarem cenas do uso de drogas associam:

- Adolescência, jovem, juventude, amigos, festa, alegria, euforia, sensação de grande liberdade, prazer, fantasia, emoção, loucura, sucesso, paixão, praia, perigo, arriscar-se, pegar onda no mar, conquistas, sedução, e imaginação, criatividade, expressão sem medo a criticas, êxtase, liberação de sentimentos, viagem astral, irresponsabilidade, melhor comunicação com as pessoas.

CATEGORIA 5 - VISUALIZA CENAS DO USO DE DROGAS COM CARACTERÍSTICAS DESTRUTIVAS E VIOLÊNCIA

Os adolescentes ao visualizarem cenas negativas do uso de drogas fazem lembrar:

- Pessoas drogadas, pó, erva, fumaça, seringa, loucura, suicídio, clínicas de tratamento, hospital, dependência a substância, veneno, destruição da vida, viagem sem retorno “um buraco negro” e a morte;

- Uma amiga e amigos dependentes de cocaína que passaram muito mal com alterações psicológicas e no comportamento, para min foi uma experiência horrível, por isso nunca usei drogas;

- Familiar em coma por causa da droga (bebida alcoólica), foi horrível;
- Brigas do jovem com os pais, abandonando a família, se auto-destruíndo;
- Recaída de colegas consumidores de vários tipos de drogas, passando mal, jogados no chão, decadência na vida;
- Jovens que abandonaram os estudos, entraram em gangues cometeram assaltos, tudo sob a ação da droga, sendo até presos;
- Drogados, muita morte;
- Depressão, tristeza, infelicidade, angústia, ansiedade, alucinação, apatia, agressividade, desespero, insônia, solidão, perda de amigos, medo, morte lenta, desilusão;
- Desgraça, violência, sarjeta, marginal, marginalidade decadência, assalto, assassinato, estupro, prisão, prostituição, acidentes de trânsito, mutilação física e psíquica, discriminação social, fracasso, lixo humano e inferno;
- Traficante, usuário, dependente, morro, favela, paisagens e locais desertos, bares, boates, shows de jovens, dinheiro, poder, miséria, pobreza social, gangues, riqueza, gente má, pessoas boas, autoridade, polícia.

CATEGORIA 6 - MOTIVOS E CAUSAS DO USO DE DROGAS PELOS ADOLESCENTES

Os adolescentes têm a idéia e acreditam que os jovens usam:

- Drogas para sonhar outra realidade, é uma forma de curtir a vida, uma opção individual a outro estilo de vida;
- Drogas para viver outra realidade, fugir dos seus problemas, para não se frustrar, para chamar a atenção dos pais, da família e dos amigos;
- A droga ajuda a um melhor desempenho sexual, a liberdade de praticar sexo de forma criativa (anal, oral, orelha e nariz);
- A droga me atrai, tenho vontade de experimentar, não é ruim, quero ser feliz por alguns momentos na vida.

CATEGORIA 7 -MITOS E CRENÇAS SOBRE O USO DE DROGAS

Os adolescentes a favor do uso de drogas acreditam:

- A pessoa faz o quer de sua vida; é uma opção individual;
- Deve-se usar drogas com consciência, para não ficar dependente dela;

- Álcool, cigarro não fazem mal a saúde, somente as drogas pesadas cocaína, crack, etc.;
- Deve-se saber regular a dosagem do consumo de drogas para não ficar viciado;
- O consumo moderado de drogas é legal;
- A maconha não considero droga, ela deveria ser legalizada como o cigarro, o álcool, e os medicamentos;
- A droga vicia, mesmo sabendo pensam que o uso ocasional e em certos momentos é legal, não estraga a saúde;
- O uso da droga é normal, é uma fase passageira de descobertas e curiosidades na vida do jovem;
- O uso moderado de drogas até pode ajudar a pessoa a ser mais feliz no mundo atual de tanta violência e sofrimento humano;
- Drogas um descanso para a "mente", um bem necessário para condição de vida da grande maioria dos seres humanos.

CATEGORIA 8 - POSICIONAMENTO DE ADOLESCENTES AO USO DE DROGAS

Os adolescentes ao pensarem sobre o uso de drogas concluem:

- Os jovens não precisam de drogas para se divertir, serem felizes, competirem, alcançar algum sucesso na vida;
- Quer distância, não servem para nada, não tenho nada a ganhar/lucrar;
- Droga é um lixo que eu gostaria de espancar o bastardo que criou isso para ganhar dinheiro;
- O que está acontecendo com a pessoa para ela gostar tanto de usar drogas e não poder libertar-se desse vício; como uma coisa dessas (drogas) surgiu no mundo?;
- Drogas são drogas, o nome já diz tudo, não trazem nenhum benefício na vida presente e, nenhum bem para o futuro do usuário;
- Uma bobagem para quem não descobriu seu amor pela vida;
- É a maior besteira que um adolescente comete na vida;
- Não leva a nada, é uma perda de tempo na vida de quem usa;
- Uma forma de chamar atenção, não conversa com os pais, sua vida é vazia.

CATEGORIA 9 - SENTIMENTOS REVELADOS PELOS ADOLESCENTES EM RELAÇÃO AO USO DE DROGAS

Os adolescentes ao pensarem sobre drogas revelam sentimentos:

- Tenho pena de quem usa drogas e ao mesmo tempo muita raiva pelo auto-engano, a pessoa pensa sentir-se livre, mas está sendo escravo dela;
- Não preciso de drogas para viver, tenho muito carinho em casa de minha família e de amigos;
- Estou livre das drogas, sou feliz sem, nunca pensei em usar;

- Não vale a pena caminhar para o mundo das drogas, pois para libertar-se delas exige grande sacrifício, força de vontade e muito controle fisico-emocional.

CATEGORIA 10 - DESEJOS DO ADOLESCENTE EM USAR DROGAS

Os adolescentes revelam desejos ocultos de fazer uso de drogas:

- Tenho uma curiosidade imensa mas ao mesmo tempo muito medo pelas conseqüências caso venha a experimentar;

- Gostaria de fumar maconha para sentir o "barato" que dizem dos seus efeitos, mas fico nervoso só em pensar nas conseqüências;

- Tenho curiosidade de experimentar drogas, mas ouço a voz do meu pai dizendo "filho não entra nessa".

3.2 Aspectos Positivos e Negativos do Uso de Drogas Descritos

A análise das respostas (fluidez de pensamento) às proposições (questões dois e três) que solicita aos estudantes que pensem e descrevam, com plena liberdade de expressão, aspectos positivos e aspectos negativos das drogas que eles acreditam existir. Eles revelam o que pensam sobre os aspectos positivos das drogas a pessoa usuária e destacam suas propriedades terapêuticas do uso pela medicina, para pesquisas e fins médicos, tratamento do câncer, AIDS, dependência química, etc. Para os jovens algumas substâncias são utilizadas para fabricação de medicamentos e descoberta de novos que contribui para a ciência .

Os adolescentes, usuários de drogas, descrevem os aspectos gratificantes, o que elas proporcionam como prazer, a pessoa se sente mais feliz, ajuda relaxar o corpo e a mente; o consumo moderado de bebida alcoólica é benéfico à saúde, ajuda a libertar-se da timidez, auxilia nos relacionamentos; as drogas alucinógenas proporcionam momentos de prazer solitário e nos grupos de amigos; melhora a comunicação, ajuda a passar o tempo, a viajar a outro planeta, fugir da realidade, se desligar de problemas do cotidiano; a maconha diminui a ansiedade, auxilia a perda de peso. Deste modo eles destacam os inúmeros benefícios que acreditam que as drogas proporcionam aos jovens.

Eles apontam os aspectos sociais que a droga proporciona, no caso de adolescentes que consomem bebida alcoólica, fumam maconha, cocaína, para serem aceitos pelos amigos e no grupo de iguais; consomem bebida alcoólica para descontrair-se, vencer a timidez, insegurança, sentir alegria e prazer.

Os jovens revelam seu posicionamento em relação ao uso de drogas, quanto às finalidades e as motivações para o consumo. Os que são contra o uso de drogas dizem não existir nada de positivos porque elas destroem os sonhos, escraviza e aprisiona, além de causar danos a saúde do usuário. Outros destacam como aspectos positivos à droga como geradora de emprego, trazendo muito dinheiro, só para os traficantes.

Eles apontam que os aspectos negativos das drogas são os danos orgânicos e psicológicos à pessoa usuária, e descrevem como um veneno que destrói lentamente o cérebro e o organismo, causando dependência física e psíquica, muda a personalidade; as drogas como cocaína, crack, LSD, altas doses "overdose" pode ser uma "viagem sem retorno" levar a morte do jovem. As drogas escravizam, aprisionam, afetam a consciência, o sono; provocam desinteresse pelos estudos, trabalho, esportes, perda de amigos.

Os estudantes descrevem os danos psicológicos ao usuário de drogas e atribuem a ela o problema da depressão, ansiedade, angústia, descontrole emocional, muita tristeza, destruição de toda a família, e não só do dependente.

Ainda o uso de drogas causa danos morais e sociais ao usuário, à família, outras pessoas, e à sociedade. Atribuem que sob efeitos de substâncias psicoativas, a pessoa torna-se muito violenta, pode cometer suicídio, provocar acidentes de trânsito, causar a morte de jovens e adultos. A maioria dos crimes, de assassinatos, de assaltos a mão armada e delinqüência estão relacionada com a ação das drogas.

Os estudantes estão conscientes das conseqüências aos usuários e dependentes de drogas e a sua família. Além dos aspectos descritos anteriormente, também causam danos econômicos, como o prejuízo financeiro pelos gastos com problemas de saúde, com o

tratamento de desintoxicação, a perda de emprego do usuário e até a destruição do patrimônio econômico da família.

A análise de conteúdo das respostas possibilita conhecer mais o que os adolescentes pensam, visualizam e expressam sobre os aspectos positivos e negativos do consumo de múltiplas substâncias psicoativas de uso licito e ilícito.

O **Quadro VIII** indica o que os adolescentes pensam, acreditam e revelam, no turbilhão de idéias, ao descreverem como aspectos positivos das drogas a pessoa usuária, as suas propriedades terapêuticas, os aspectos prazerosos e sociais e as finalidades e motivações de consumo de drogas; e destacam quais são os aspectos negativos, ou seja, os danos orgânicos e psicológicos à pessoa usuária, os danos psicológicos, morais, sociais e econômicos ao drogadicto e sua família.

QUADRO VIII - INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL SOBRE OS ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO USO DE DROGAS

ASPECTOS POSITIVOS DAS DROGAS

CATEGORIA 1 - ASPECTOS TERAPEUTICOS DAS DROGAS

Os adolescentes ao pensar nas propriedades terapêuticas das drogas destacam:

- Algumas drogas são utilizadas para fabricar remédios, medicamentos que ajudam aliviar a dor, na cura e tratamento de doenças, para solucionar problemas relacionados ao estado de saúde da pessoa que depende da droga para viver;
- Uso para fins médicos, pesquisas dos aspectos positivos e descoberta de novos medicamentos, uso de drogas recomendado por médicos para tratamento do câncer, AIDS, dependência química, etc.;
- O consumo de alguns tipos de remédios naturais são fracos, não tem contra indicação porque são medicamentos feitos de plantas, podem ser tomados, não criam dependência, não tem efeitos colaterais no organismo, na mente e no corpo da pessoa;
- Algumas bebidas alcoólicas com baixo teor como o vinho e licores consumidas em pequenas doses geram benefícios a saúde.

CATEGORIA 2 - ASPECTOS PRAZEROSOS DAS DROGAS

Os adolescentes usuários de drogas descrevem seus aspectos gratificantes:

- Existem drogas que ajudam a pessoa ser mais feliz, sair da amargura, fugir da realidade, do sofrimento, no relaxamento do corpo e da mente;

- O consumo de bebida alcoólica moderado é benéfico a saúde, aumenta o ânimo, ajuda a libertar-se da timidez, a sentir-se menos inibido e mais descontraído;
- As drogas alucinógenas ajudam o jovem a desligar-se de seus problemas, dão momentos de prazer solitário ou no grupo de amigos embora possam provocar delírios e alucinações "visão colorida da vida";
- O uso de drogas ajuda a passar o tempo, viajar para outro planeta distante do nosso, proporciona um bem estar momentâneo, uma paz, sensação de liberdade, de leveza, estimula voar alto, desligar-se dos problemas dessa realidade, provoca sensações maravilhosas de descontração, muito prazer "maior tesão";
- O uso de drogas ajuda a vencer a timidez, a desinibir, a perder a vergonha de tudo, a se divertir, traz alegria, faz sorrir/rir, proporciona ver a vida "colorida" com outros olhos, desperta muitos sentimentos;
- O uso de drogas melhora a comunicação, ajuda a ser espontâneo "falar livremente", a ter amigos, controla o estresse, melhora o sono, faz dormir; ajuda a vencer a angústia, a vencer a solidão, a não ter medo, a ter coragem para enfrentar os pais e as pessoas; estimula o apetite alimentar, inibe a compulsão a comer/alimentos, a livrar-se de culpas, tudo fica mais fácil para o adolescente;
- A maconha diminui a ansiedade, dá tranqüilidade, tira o desejo de comer, diminui o apetite alimentar, ajuda a emagrecer "perder peso" do adolescente que está insatisfeito, aumenta os reflexos, é menos prejudicial que o cigarro/tabaco;
- Efeito legal da droga só na hora do "barato", experiência com maconha aumenta os reflexos; LSD ativação do subconsciente e amortecimento da consciência, tira/inibe a fome; o tabaco/cigarro relaxa e tira a fome.

CATEGORIA 3 - ASPECTOS SOCIAIS DAS DROGAS

Os adolescentes ao pensar no consumo de drogas destacam os aspectos sociais:

- As drogas fazem parte de toda sociedade, algumas são aceitas e liberadas, o álcool é uma bebida social; o tabaco e alguns medicamentos estão em comercias são anunciados na televisão e em outros meios de comunicação; outras drogas (maconha, cocaína, etc.) de uso ilícito são condenadas pela sociedade e revertem em prisão do usuário e do traficante;
- Alguns adolescentes para não serem descriminados pelos amigos consomem bebida alcoólica, fumam maconha, cocaína, etc., experimentam para saber exatamente do que eles falam sobre a droga;
- O consumo de bebida alcoólica deixa o jovem, a pessoa descontraída, alegre, falante/comunicativa, mais espontânea, melhora o relacionamento com o grupo, ajuda a fazer amigos, traz felicidade e muito prazer.

CATEGORIA 4 - POSICIONAMENTO EM RELAÇÃO AO USO DE DROGAS

Os adolescentes ao pensarem nas finalidades, motivações de consumo de drogas se posicionam:

- A droga deve proporcionar algo de bom, são milhares de pessoas adultas e de jovens que usam para se divertir, ficar alegre, devem sentir algum tipo de prazer interno e externo ao consumir;
- Nada na vida que escraviza a pessoa é positivo, as drogas destroem os sonhos, a saúde e aprisionam o usuário;
- Para adolescentes informados, conscientes não existe nenhum aspecto positivo de qualquer tipo de droga;
- A droga gera emprego;
- Aspecto positivo só para os traficantes, muito dinheiro;
- Os dependentes das drogas pesadas "ilegais" a utilizam como remédio, porque acreditam que elas proporcionam bem estar psíquico ao fugirem de sua realidade;
- A droga para o usuário é uma falsa ilusão, está seduzido pelo prazer imediato do gosto, do sabor, da sensação de bem estar passageiro, para enfrentar a situação que ele se encontra na vida, muitas vezes a droga é a sua última salvação;
- As drogas seduzem as pessoas fracas, para os adolescentes é mais fácil transgredir, acreditar que deve experimentar tudo que proporcione emoção, descontração, alegria e diversão;
- Alguns adolescentes acham que devem experimentar drogas para sentir os efeitos sobre a saúde física e mental, e saber avaliar e parar.

ASPECTOS NEGATIVOS DAS DROGAS

CATEGORIA 1 - DANOS ORGÂNICOS E PSICOLÓGICOS

Os adolescentes descrevem os danos orgânicos e psicológicos ao usuário:

- Faz mal a saúde, é um veneno que lentamente destrói o cérebro e o organismo e, seu uso contínuo além de viciar deixa o ser humano um morto vivo;
- Afeta o Sistema Nervoso Central, causa dependência física e psíquica, muda a personalidade da pessoa usuária, faz perder o controle de si, pode ter alucinações, causa doenças;
- O uso contínuo de doses altas de drogas cocaína, Crack, LSD, leva a "overdose" causam mal estar violento, uma sensação horrível como

alucinações e confusão mental, pode ser uma "viagem sem retorno" levar a pessoa a morte;

- A droga aprisiona a pessoa numa espécie de funil, escraviza o usuário, afeta o organismo e o psiquismo;
- Algumas drogas afetam a consciência, o raciocínio fica lento, dificuldade de concentração e perda de memória, mata a inteligência, dificulta os estudos, provoca abandono da escola, desinteresse pelo trabalho e por outras atividades;
- Afeta o sono do usuário, pode sofrer de insônia, passar a ter pesadelos; efeitos imediatos depois do consumo, a fome, a tristeza e muita solidão;
- Droga causa destruição física e mental, é um atraso na vida do usuário, ela gera fantasia da realidade, provoca falsas emoções, muda o pensamento, a pessoa passa a enxergar a vida de outra forma muito diferente;
- O uso de drogas destrói os sonhos, atrapalha os estudos, esporte, o namoro e causa danos na saúde e prejuízo financeiro à pessoa usuária;
- Causa dependência, leva a loucura, deixa seqüelas irreversíveis, "horror na vida".

CATEGORIA 2 - DANOS PSICOLÓGICOS

Os adolescentes descrevem os danos psicológicos causados ao usuário de drogas:

- Altera o comportamento do jovem, torna a pessoa agressiva, grosseira, auto-destrutiva, provoca descontrole emocional, são "invocados", desconfiados, leva a loucura;
- O uso contínuo causa depressão, ansiedade, angústia, revolta, isolamento, perda dos amigos, conflitos com os pais, abandono da família, tristeza familiar, destrói os sonhos dos jovens;
- A droga aprisiona o indivíduo numa espécie de funil, escraviza o usuário, destrói nos aspectos psicológicos, afeta toda a família;
- Algumas drogas afetam a consciência, o raciocínio fica lento, dificuldade de concentração e perda de memória, mata a inteligência, dificulta os estudos, provoca abandono das escolas, desinteresse pelo trabalho e outras atividades;
- Afeta o sono do usuário; ele pode sofrer de insônia e passa a ter pesadelos, os efeitos imediatos após o uso de drogas: sente fome, tristeza, muita solidão;
- A droga causa autodestruição, é um atraso na vida do usuário, fantasia a realidade, provoca falsas emoções, muda o pensamento, a pessoa enxerga a vida diferente.

CATEGORIA 3 - DANOS MORAIS E SOCIAIS

Os adolescentes ao pensarem sobre os danos moral e social provocado pelo consumo de drogas afirmam:

- A droga é responsável pelo aumento da violência, de brigas, discussões, de assassinatos, de suicídios, de assaltos a mão armada, de acidentes de trânsito, faz aumentar o numero de mortes de jovens e adultos;
- O adolescente dependente pode cometer assaltos e até matar para conseguir dinheiro para comprar drogas; muitos ficam violentos e tornam-se delinqüentes;
- Destruição à vida da pessoa nos aspectos moral e social, leva a discriminação social do dependente de drogas e de sua família;
- As drogas causam destruição à vida do dependente, degradação do indivíduo, desestrutura toda sua família, causa violência, separação;
- As drogas só trazem desgraças à vida do usuário que fica isolado de amigos e do mundo.

CATEGORIA 4 - DANOS ECONÔMICOS

Os adolescentes ao pensarem no consumo de drogas apontam serem elas responsáveis pelos:

- Prejuízos financeiros, gastos com tratamento, hospitalização problemas de saúde, desintoxicação, perda de emprego do usuário, e destruição do patrimônio econômico da família.

3.3 O Que Necessitam Saber Sobre o Uso e Abuso de Drogas

A analise das respostas às proposições (questões quatro e cinco) que indagam o que os adolescentes gostariam de saber sobre "drogas de uso licito e ilícito" revelam a necessidade que o estudante tem de conhecer em profundidade tudo o que se refere a problemática das drogas, como uma forma de se instrumentalizar e enfrentar as situações decorrentes do problema.

Os estudantes sedentos de saber sugerem um programa de conteúdos que embasem cientificamente o conhecimento sobre o uso e abuso de drogas.

O **Quadro IX** indica que aspectos dos conhecimentos devem ser abordados sobre o tema drogas de abuso.

QUADRO IX - INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL O QUE NECESSITAM SABER SOBRE USO E ABUSO DE DROGAS "LICITAS E ILÍCITAS"

PROGRAMA DE CONTEÚDOS

1 - Aspectos históricos, antropológicos e sociológicos das drogas:

- Origem do hábito de beber, fumar;
- Origem do consumo das drogas "tóxicos";
- Século/ano da descoberta; início do uso;
- Cultura e civilização;
- Finalidade do uso.

2 - As substância químicas (natural e sintética) que compoem a droga:

- Composição química do álcool;
- Composição dos psicofarmacos, medicamentos de "faixa preta";
- Todas as substâncias que contém o tabaco;
- Todas as substâncias que contém cada tipo de droga "tóxico": Cannabis sativa/ maconha, cocaína, ópio, heroína, alucinógenos, colas, solventes, inalantes;
- Diferenças e semelhanças entre as drogas de uso lícito e ilícito.

3 - Classificação das drogas:

- Drogas/substâncias que são depressoras do Sistema Nervoso Central/ SNC;
- Drogas que são psicoestimulantes do SNC;
- Drogas perturbadoras do SNC (alucinógenas), que produzem distorção da mente;.

4 - As conseqüências do uso das drogas

5 – Conceitos:

- O que é droga, drogas psicotrópicas, tóxico;
- O que é tolerância;
- O que é dependência física e dependência psíquica;
- O que é compulsão;
- O que é overdose;
- O que é síndrome de abstinência;

- Qual a diferencia entre a dependência física e química a droga;
- Qual a diferencia entre usuário, viciado, drogado, abusador de drogas e tóxicômano;
- Qual a diferença entre usuário experimentador, usuário ocasional/sociais, usuário regular e o dependente de drogas.

6 - Drogas de Uso Lícito/ Oficiais: álcool, tabaco, medicamentos

6.1- Álcool

6.1.1 - Conhecimentos cientifico sobre o álcool:

- Tipos de bebidas;
- Efeitos sobre o Sistema Nervoso Central;
- Efeitos sobre o organismo, órgãos e sistemas do corpo humano mais afetado pelo consumo abusivo;
- Efeitos do uso crônico; efeitos da falta (sintomas de abstinência);
- Sinais e sintomas (físicos e psíquicos) de intoxicação alcoólica (embriagues);
- Tolerância e tipo de dependência (sinais e sintomas);
- Doenças causadas ao indivíduo que podem levar a morte;
- Dose/quantidade de consumo de vinho e cerveja com efeitos positivos sobre o corpo (faz bem a saúde);
- Dose/quantidade do consumo de bebida alcoólica que afetam o corpo/ organismo e SNC;
- O consumo moderado de álcool pode afetar o cérebro e o organismo da pessoa;
- Tempo de consumo de álcool para manifestar as seqüelas no corpo/organismo do alcoolista;
- Conseqüências/ problemas sociais relacionados ao uso abusivo do álcool;
- A relação alcoolismo e embriagues com as estatísticas de morte no Brasil.

6.1.2 - Aspectos críticos do consumo de álcool

- Por que tanta propaganda nos meios de comunicação: TV, rádio, jornal, revistas ?
- Por que a bebida alcoólica é vendida livremente ?
- Por que não existem leis para proibir comerciais que estimulam o consumo de álcool na televisão e revistas ?
- Por que a bebida alcoólica apesar de ser proibida para menores de dezoito anos é vendida nos supermercados e bares sem controle da polícia?
- Por que o álcool e o tabaco que são piores que outras drogas são de uso legal e têm garantias, por lei, da sua fabricação e comercialização ?
- Porque o governo não faz na TV campanhas de esclarecimento sobre as conseqüências do álcool no organismo e no Sistema Nervoso Central do indivíduo, na família e na sociedade ?
- Por que os estudiosos dizem que o álcool é muito pior que outras drogas ilícitas, qual a diferença ?

6.1.3 - Informações sobre o consumo de álcool

- Como identificar um alcoolista?
- Quantos anos são necessários para uma pessoa se tornar alcoólatra ?
- Qual o número de mortes (acidentes, doenças) no Brasil como conseqüência de embriagues e alcoolismo?

- O início do consumo na adolescência é mais grave no que na idade adulta ?
- O que está sendo feito no Brasil para coibir as vendas de bebida alcoólica para menores de dezoito anos ?
- Como sair da dependência do álcool? O que podemos fazer para ajudar o dependente de álcool a abandonar o vicio e nunca mais voltar a usar, é possível isso?
- O que leva uma pessoa (motivações) a sentir-se atraída a consumir bebida alcoólica e não saber como parar?
- A dependência do consumo de bebida alcoólica pode ser hereditária?
- Quais são as técnicas de tratamento para deixar o hábito de consumir álcool? Quais têm resultados mais satisfatórios?
- Como se faz a prevenção da recaída do hábito de consumo de álcool?
- Quais são os serviços de saúde para o tratamento da dependência do álcool? E quais são os que prestam atendimentos gratuitos (pagos pelo governo)?

6.2 – Tabaco

6.2.1 - Conhecimentos científicos sobre o tabaco:

- Componentes do tabaco;
- Quais são todas as substâncias que contém na folha da planta;
- Efeitos nocivos do tabaco sobre o organismo;
- Efeitos fisiológicos imediatos do tabaco sobre o organismo de quem fuma;
- Efeitos nocivos sobre o Sistema Nervoso Central;
- Qual das substâncias que cria dependência;
- Quais são as doenças relacionadas com o hábito de fumar;
- Qual o tipo de dependência (física, psíquica) que é causada pelas substâncias que contém no tabaco;
- Quais são o os benefícios de fumar;
- Efeitos do uso crônico; efeitos da falta (sintomas de abstinência); sinais e sintomas físicos e psíquicos do tabagismo;
- Quantidade e freqüência de cigarro consumido por dia que não prejudica a saúde;
- Freqüência e quantidade de cigarro fumado que leva a dependência; quanto tempo/anos;
- Quais são os sinais e sintomas (físico e psíquico) do dependente do tabaco; como reage o organismo do fumante;
- Porque é muito difícil conseguir deixar o habito de fumar;
- Efeitos nocivos do tabaco para mulher grávida, o que causa no organismo e quais os efeitos sobre o feto/bebê;
- Qual a relação no número de mortes entre os fumantes e ex-fumantes;

6.2.2 - Aspectos críticos do hábito de fumar

- Porque tanta propaganda nos meios de comunicação, TV, jornal, revistas, publicidade em geral, estímulo de atores de novela fumando e ao mesmo tempo aparece, “o fumo faz mal a saúde” ?
- Porque o governo brasileiro não faz na TV, campanhas de esclarecimento sobre as conseqüências do tabaco no organismo e Sistema Nervoso Central do indivíduo e para sociedade?
- Porque o governo não proíbe o cigarro como a maconha pois ele cria dependência, provoca câncer de pulmão e causa outras doenças levando a morte do fumante?

- Porque o governo brasileiro não controla mais os fabricantes, aumentando os impostos sobre o cigarro? O que o governo está lucrando com a produção e venda livre de cigarro a população?
- Porque não existem leis que controlem a venda de cigarros para menores de 18 anos?
- Porque o cigarro prejudica mais o organismo dos adolescentes que dos adultos?

6.2.3 - Informações sobre o consumo de tabaco:

- Quantos anos são necessário para uma a pessoa que fuma ter um câncer de pulmão, ou outro tipo de doença causada pelo hábito de fumar?
- Quais os motivos justificados pela pessoa para fumar e não saber como parar;
- Como se livrar da dependência do cigarro?
- Quais são as técnicas de tratamento para deixar o habito de fumar que têm resultados mais satisfatórios?
- As pessoas fumantes listam inúmeros benefícios do cigarro, dizem que ajuda a acalmar os nervos, relaxar, na concentração, controla o desejo de comer e auxilia no emagrecimento alem de facilitar a comunicação e a fazer amizades; Existem todos esses benefícios para o organismo físico e psíquico do fumante?
- Como se faz a prevenção da recaída do habito de fumar?
- O que as substancias do tabaco causam para o desenvolvimento físico e psíquico na adolescência; Porque é mais grave do que na idade adulta?
- Qual é o numero de mortes, estatísticas relacionadas com o tabagismo?

6.3 - Medicamentos

6.3.1 - Conhecimentos científicos sobre os medicamentos:

- Composição química dos medicamentos "faixa preta", as drogas de prescrição (receita) médica;
- Quais são os medicamentos que contém substâncias denominadas psicoativas "psicofármacos" ?
- Quais são os medicamentos que criam dependência física e psíquica?
- Efeitos nocivos dos psicofarmacos sobre o Sistema Nervoso Central, e sobre o organismo e no físico da pessoa;
- Quais são os efeitos dos remédios tranqüilizantes; hipnóticos; barbitúricos; os analgésicos; os sedantes/calmantes?
- Quais são os efeitos das drogas estimulantes: as anfetaminas, os remédios para emagrecer ou anorexígenos, os anabolizantes?
- Quais são os efeitos dos remédios Antiparkinsonianos; Antiasmáticos; Antiespasmódicos (cólicas); os estimulantes do apetite/ Orexígenos?
- O uso prolongado de medicamento barbitúricos que tipo de problemas pode causar ao cérebro e ao organismo do usuário? O caso de dose excessiva "overdose" pode causar a morte?
- Efeitos da falta de barbitúricos (abstinência) o que pode causar? Quais são os sintomas da crise de abstinência?
- O uso de "calmantes" e "remédios para dormir" e para "ansiedade" além de 30 dias podem causar dependência? Quais são os efeitos do uso crônico? O uso só no final de semana e esporadicamente o que pode causar ao adolescente?
- O uso prolongado de medicamentos opiáceos e opióides analgésicos: xaropes para tosse; Elexir Paregórico, Lomotil, Demerol e outros analgésicos/calmantes podem causar tolerância? Qual o tipo de dependência (física, psicológica) que é causada pelo

uso crônico? Eles podem causar tolerância? Quais são os sinais e sintomas da falta (abstinência)?

- O uso diário de remédios laxantes faz algum mal ao organismo? Que tipos de problemas podem causar? Podem criar dependência?
- Quais são os efeitos nocivos ao organismo no uso diário de analgésicos de venda livre (AAS, Aspirina, Acetaminofem)?
- Quais são os efeitos nocivos ao organismo do uso diário de megadoses de vitaminas? Que tipos de problemas ou doenças podem causar?
- Remédios a base de ervas/plantas (fitoterapicos) podem ser usados como calmantes, para insônia, nervosismo, ansiedade, angustia e compulsão alimentar? Eles podem criar algum tipo de dependência? Qual a diferença destes remédios com os outros calmantes (Diazepam, barbitúricos, etc.) ?
- O uso de medicamentos e psicofármacos sem orientação médica na gravidez, que tipo de problemas podem causar a mulher gestante sobre o feto/criança ?

6.3.2 - Aspectos críticos do hábito do consumo de medicamentos sem prescrição (receita) médica

- Porque o governo não proíbe comerciais, propagandas nos meios de comunicação, TV, rádios que estimulam o consumo de medicamentos?
- Porque o governo não faz uma rigorosa fiscalização nas farmácias para controle da venda livre de medicamentos, em geral sem prescrição (receita) médica especialmente os "faixas pretas" psicotrópicos?
- Porque os governos não realizam mais campanhas para prevenir o uso indevido de medicamentos na população principalmente os jovens?
- Porque os médicos que sabem que o uso crônico de medicamentos controlados faz mal a saúde da pessoa (paciente), continuam prescrevendo sem nenhum controle, tornando a pessoa dependente da droga?
- Quanto o governo está lucrando com a venda livre de medicamentos que criam algum tipo de dependência na pessoa? E com o aumento da produção da indústria farmacêutica e do aumento abusivo de preços?

6.3.3 - Informações sobre o consumo de medicamentos sem controle médico

- Porque alguns medicamentos têm controle "apreensão" de receita médica, e outros são vendidos livremente a população?
- Quais as os riscos para o adolescente que esta usando medicação controlada "calmantes, barbitúricos, asma" caso sejam misturados com bebida alcóolica?; corre o risco de entrar em coma ?
- Existe algum medicamento que substitua o Diazepam sem causar efeitos colaterais?
- O consumo de estimulantes, remédios para emagrecer e anabolizantes afetam mais o organismo do adolescente homem ou da mulher ?
- Qual é o número de mortes entre jovens e pessoas idosas relacionadas com o uso excessivo e/ou prolongado ou "overdose" de barbitúricos, tranqüilizantes e analgésicos sedantes/ dor?
- Quais são os cuidados que a pessoa deve ter ao tomar medicamentos para evitar a dependência às drogas?
- Qual das drogas licita é a menos prejudicial à saúde, e que cria menos dependência ao consumidor ?
- Os medicamentos antialérgicos (anti histaminicos) são sedativos e também ajudam a relaxar e servem para dormir. Porque são de venda livre e não tem um controle de

uma prescrição médica? Eles podem causar algum tipo de dependência? O uso crônico pode causar alguma doença física ou psíquica ?

- É possível identificar a pessoa dependente de medicamentos controlados pela aparência física e pelo comportamento ?

7 - Drogas de Uso Ilícito "Tóxicos": cannabis, cocaína, opiáceos, alucinógenos, inalantes

7.1 - Cannabis (Maconha, Haxixe, THC)

7.1.1 Conhecimentos científicos sobre a cannabis e seus produtos

- Quantos produtos químicos ativos produz a planta Cannabis Sativa?
- Dos derivados da planta Cannabis é o THC (Delta 9 - Tetrahidrocanabinol) a substância que causa alucinações? Que outros problemas podem causar ao usuário crônico?
- O haxixe é composto de que parte da planta? Como é usado?
- A maconha é mais conhecida e consumida pelos jovens, que outros nomes ela é chamada na população usuária?
- Das três substancias derivadas da Cannabis qual é a mais forte? Qual a mais perigosa para o cérebro?
- Quais das substâncias derivadas da Cannabis que podem afetar o crescimento e provocar alterações no desenvolvimento sexual do adolescente? Como a maconha atua no Sistema Reprodutor e afeta os hormônios sexuais do homem e da mulher? Ela pode causar esterilidade, depois de quanto tempo de consumo?
- Efeitos principais da maconha, do Haxixe, do THC sobre o organismo e o Sistema Nervoso Central de quem fuma "cigarros" ("baseado")?
- Efeitos nocivos do uso crônico da Cannabis (maconha) que sinais e sintomas são apresentados pelo usuário?
- Efeitos da falta (abstinência) da droga. Depois do uso que sinais e sintomas é apresentado pelo usuário?
- Pode ocorrer intoxicação por "overdose" de maconha, THC ou outros derivados da Cannabis? Quais são os sinais e sintomas físicos e psicológicos que a pessoa intoxicada pode apresentar?
- Quantas horas permanecem o quadro de intoxicação pela maconha? Pode causar a morte do usuário?
- Quais são as doenças relacionadas com o uso crônico de maconha? Quais os órgãos mais afetados? A maconha possui algum substancia que pode provocar câncer?
- A maconha produz tolerância? Porque?
- Que tipo de dependência (física e psicológica) estas substâncias provocam no usuário crônico? Quais são os sinais e sintomas apresentados?
- Freqüência e quantidade de cigarro "baseado" maconha consumido (por dia, na semana) que leva a dependência? Quanto tempo, meses, anos?
- Efeitos nocivos da maconha e THC para mulher grávida? Que tipos de problemas físico e cerebral causam no feto e na criança? A mãe que usou, ou usa maconha pode amamentar o bebê? A droga está presente no leite materno e pode afetar a criança?

7.2 - Cocaína (cocaína, pasta de cocaína, crack, merla)

7.2.1 – Conhecimentos científicos sobre a cocaína e seus derivados

- Qual o nome cientifico da planta da Coca?
- Como é preparada a cocaína em pó? Que produtos são adicionados a ela ? O que significa o grau de pureza?
- Qual a diferença da composição química da cocaína em pó, da pasta de cocaína e do crack e da merla?
- Qual das formas de apresentação de cocaína é mais forte e causa maiores danos a saúde do usuário?
- Efeitos fisiológico e psicológico principais da cocaína em pó, em pasta, do crack e da merla sobre o físico, o organismo e Sistema Nervoso Central do usuário?
- Efeitos da falta (sinais e sintomas de abstinência) de cocaína apresentados pelo usuário crônico?
- Quais são os sinais e sintomas físicos e psicológicos que pode apresentar o usuário intoxicado por cocaína? Quantas horas permanecem o quadro de intoxicação pela cocaína, o crack e a merla?
- A "overdose" além de provocar delírios e alucinações que outros problemas podem desencadear?;
- Porque a cocaína pode provocar parada respiratória e causar a morte do usuário?
- O uso crônico da cocaína, crack, merla pode desenvolver algum tipo de tolerância? Que tipo de dependência (física e psicológica) apresenta o usuário? Quais são os sinais e sintomas da dependência da cocaína e seus derivados?
- O uso de cocaína, de forma injetável na veia, além da AIDS, que outras doenças podem desenvolver no usuário crônico?
- Quais as conseqüências orgânicas, tipo de problemas mais graves que o uso prolongado causa?
- Que desordens mentais são produzidas pelo uso crônico da cocaína, crack, merla? Se se parar de usar as drogas é possível reverter os danos causando ao cérebro?

7.3 – Opiáceos

7.3.1 – Conhecimentos científicos sobre os opiáceos e seus derivados

- Qual o nome cientifico de planta de papoula? De onde é extraída a droga ópio?
- A heroína e a morfina são derivadas do ópio, que efeitos causam no organismo?
- Classificação de Opiáceos e outros analgésicos narcóticos: naturais, semi-sintéticos e sintéticos (opióides);
- Qual o nome comercial das drogas derivadas do ópio fabricadas pela industria farmacêutica?
- As drogas heroína, morfina, codeína (xaropes para tosse) e o Pó de Ópio (Elexir Paregórico) são todos derivados de ópio? Qual a diferença entre cada uma delas?
- Qual das drogas é a mais potente, perigosa e letal sobre o organismo e sistema nervoso do toxicômano? Que órgãos do corpo são mais afetados?
- Qual o tipo de dependência (física e psicológica) que estas drogas desenvolvem no usuário? Quais são os sintomas e sinais da dependência?;
- O uso crônico de opiáceos pode desenvolver tolerância? Quais são os efeitos no corpo e nos órgãos?

- Efeitos (físico e psicológico) principais da heroína, morfina, ópio, demerol e outros analgésicos sobre o físico, o organismo e Sistema Nervoso Central dos usuários destas drogas?
- Efeitos da falta (abstinência) da Morfina. Heroína, Pó de Ópio, Demerol, Dolantina após a dependência? Quais os sinais e sintomas que apresenta o usuário?
- Intoxicação por opiáceos, sinais e sintomas físico e psicológico;
- A "overdose" de consumo de opiáceos e opióides pode levar ao coma e a morte do dependente?
- Padrões de consumo de opióides;
- Dose e freqüência de abuso de heroína, morfina, ópio, Demerol e outros analgésicos derivados que desenvolvem dependência e podem afetar o cérebro;
- Formas de utilização, vias de consumo de cada tipo de droga: opiáceos e opióides;
- Conseqüências e problemas sócio-econômicos relacionados com o consumo de opiáceos, especialmente heroína, morfina e analgésicos opióides;
- Doenças relacionadas com o consumo de opióides.

7.4 – Alucinógenos: sintéticos e naturais

Drogas sintéticas: LSD - 25
MDMA (Esctasy/extasy)

Plantas alucinógenas: Cogumelos, DMT (Psilocibina)
Cactus Peiote (Mescalina)
Daime
Datura; "Lírio/ Saia Branca"
Dama da Noite
Cartucho
Trombeta
Véu de Noiva

7.4.1 – Conhecimentos científicos sobre alucinógenos sintéticos e naturais

- Nome cientifico das drogas extraídas das plantas?
- Que substâncias possuem as plantas alucinógenas?
- Quais as drogas sintéticas fabricadas em laboratório?
- Quais são os efeitos fisiológicos, psicológicos e no comportamento do usuário de cada droga?
- Duração/tempo/horas, dias do efeito da droga;
- Quais são os sintomas (físico e psicológico) de intoxicação de cada tipo de droga? Qual o grau de toxidade?
- Quais são os efeitos do uso crônico de alucinógenos sintéticos e de plantas sob a forma de chás observados no usuário?
- Estas drogas desenvolvem tolerância?
- Que tipo de dependência desenvolve para o usuário recreacional? E o toxicômano?
- As plantas alucinógenas como o Santo Daime, Datura, "Saia Branca e Lírio", Dama da Noite sob a forma de chás/ infusão, que tipo de dependência desenvolvem no organismo do usuário recreacional?
- Porque a ingestão destes alucinógenos leva a pessoa a cometer tentativa de suicídio?
- Uma única dose pode levar a "overdose" e causar a morte do usuário, ou torná-lo um doente mental?

7.5 – Inalantes: Colas, Solventes e Aerossóis

7.5.1 – Conhecimentos científicos sobre os inalantes

- Que efeitos são buscados pelos usuários de drogas voláteis?
- Quais são os efeitos no organismo e Sistema Nervoso e comportamento do dependente?
- Que reação provoca no início do uso; aparência física, comportamento do usuário?
- Porque as substâncias inalantes provocam risos descontrolados, alucinações, convulsões e podem ocasionar a morte?
- Todos os inalantes causam dependência física e psíquica?
- Quais são os efeitos que o indivíduo pode apresentar ao deixar de usar por alguns dias os inalantes? Porque a pessoa pode ter convulsões? Existe tratamento como as outras drogas tóxicas? É possível recuperar-se do vício?

7.6 - Aspectos críticos do consumo de drogas "tóxicas": Cannabis, Cocaína, Opiácios, Alucinógenos, Plantas Alucinógenos, Inalantes e Solventes

- Porque as crianças e os adolescentes que sofrem maior assédio dos traficantes, e são pressionados pelos amigos e grupos de iguais a usarem drogas?
- Porque drogas "tóxicos" são ilícitas proibidas pelo governo e ao mesmo tempo são tão acessíveis aos jovens e crianças?
- Porque algumas drogas são usadas para fazer medicamentos e tratar doenças, e ao mesmo tempo elas são consideradas de uso ilícito?
- Porque médicos e pessoas cultas de bom nível social embora saibam dos perigos e danos que o consumo de drogas causa ao organismo usam-nas para enfrentar os problemas no trabalho e vencer o estresse da vida atual?
- Porque alguns adolescentes iniciam nos pequenos tráficos e depois se torna um traficante de drogas cometendo delitos, crimes e caindo na marginalidade?;Que fatores da sociedade contribuem para o jovem se tornar um marginal?
- Porque dizem que a criminalidade anda de mãos dadas com os dependentes de opiácios, especialmente os usuários de heroína?
- Como o governo brasileiro permite a entrada de heroína e derivados do ópio no país e não controla o seu uso por meninos de rua, adolescentes e nas zonas de prostituição?
- Porque a justiça é tão passiva com os usuários de drogas e não toma atitudes mais drásticas como faz com os traficantes?
- Porque o Governo Federal não destina mais recursos econômicos para o preparo da polícia (civil e militar) e para o combate rigoroso do narcotráfico e distribuição de venda nas ruas, parques, bares e na porta das escolas?
- Porque o governo não intensifica uma política educacional de prevenção ao uso de drogas tóxicas para os estudantes do Ensino Fundamental e Médio?
- Porque o governo não implanta e destina recursos financeiros para programas de formação de professores atuarem na prevenção do uso e abuso das drogas de uso lícito e ilícito para todas as escolas de Ensino Fundamental e Médio?
- Porque os meios de comunicação: televisão, rádio, imprensa jornalística não organizam debates abertos com a participação de médicos, psicólogos, professores, pais, ex-drogadictos prestando informações científicas e esclarecendo as dúvidas e, orientando os jovens a rejeitar as drogas, para evitar que usuários ocasionais/sociais se tornem habituais e dependentes a algum tipo de drogas tóxicas?
- Porque têm grupos de pessoas e até políticos que são a favor da legalização da maconha? Que interesses econômicos estão por traz dessa intenção?

- Porque a direção e professores das escolas não exercem um controle rigoroso sobre os estudantes suspeitos de exercerem tráfico dentro da escola, restringindo a livre distribuição das drogas dentro e combatendo os traficantes que ficam nas imediações e portas das escolas?
- Porque os professores junto com estudantes e pais não organizam campanhas de prevenção do uso e abuso de drogas de uso ilícito dentro da escola e fora, envolvendo as lideranças do bairro onde está localizada? Porque atualmente com todas as informações os adolescentes e os adultos estão cada vez mais consumindo drogas de uso licito e ilícito para viver? O que está acontecendo com a sociedade capitalista?
- Porque o governo brasileiro não oferece tratamento gratuito em clinicas e serviços especializados para tratamento de dependência química? Porque existem poucos serviços públicos já que os tratamentos para desintoxicação e reabilitação são onerosos e as famílias não tem condições econômicas para pagar tratamento particular em clínicas e centros de reabilitação de toxicômanos?

7.7 - Informações sobre o consumo de drogas "tóxicas": Cannabis, Cocaína, Opiáceos, Alucinógenos, Plantas Alucinógenos, Inalantes e Solventes

- Como identificar o usuário que está sob o efeito da maconha, cocaína, opiáceos, plantas alucinógenos, inalantes e solventes? A aparência física e o comportamento podem revelar quem é usuário ocasional e ou dependente?
- Porque o uso da maconha provoca o aumento do apetite "fome química" especialmente por doces? E na abstinência do uso pesado diminui o apetite e o peso?
- O consumo da maconha associada com o crack, que efeitos causam no cérebro e no organismo do usuário, ao ponto, de modificar com rapidez o comportamento e liberar o potencial de agressividade e violência sendo friamente capaz de levá-lo a cometer assaltos e assassinatos sob a ação das drogas?
- O que acontece no cérebro do usuário crônico de maconha que fica desmotivado e apático, pode apresentar confusão mental, dificuldade de concentração e perda da memória e dificuldades para operações de matemática? Se parar de usar a droga pode recuperar as perdas da memória?
- Existem outras formas de consumir Cannabis (maconha, haxixe, THC) alem de ser fumada sob a forma de cigarro "baseado" e ou cachimbo?
- Como a maconha e outros derivados da planta Cannabis são comercializadas além da forma de erva, cigarros "baseados"?
- O fato de um jovem ter experimentado maconha , usou uma única vez na vida pode afetar o comportamento, a memória e viciar?
- Fumar crack uma única vez pode causar danos irreversíveis ao cérebro e ao organismo da pessoa que usou?
- Quanto tempo leva o tratamento de recuperação do dependente de cocaína , de crack e merla?
- Qual é o número de mortes por "overdose", suicídios, acidentes de trânsito, assassinatos, assaltos, crimes, relacionados com dependentes de inalantes, cocaína, crack, ópio e seus derivados (a heroína e a morfina) e das drogas alucinógenas ?
- O uso de cocaína, opiáceos, alucinógenos e outras drogas "tóxicos" via endovenosa pode infectar o usuário com vírus do HIV e ter AIDS?; Que outras doenças podem ter? O que acontece com as defesas do organismo do drogadicto?
- Quais são às drogas "tóxicos" que causam dependência, viciam já na primeira vez de uso? Quais levam mais tempo, e porque isso acontece?

- Qual destas drogas: maconha, cocaína, crack, merla, LSD - 25, ecstasy, cogumelos, plantas alucinógenas, ópio, heroína e morfina é a mais letal/perigosa ao usuário?Quanto tempo de uso para tornar-se dependente? Os efeitos manifestados como delírios alucinações, depressão, paranóia, pânico, agressividade, violência, confusão, e desorientação mental tem alguma relação com a qualidade/potência da droga, a quantidade e a freqüência de uso e a forma/ via de administração e consumo da droga?
- Além da AIDS, que outras doenças graves podem sofrer os usuários de drogas injetáveis?
- Que conseqüências e danos às drogas tóxicas causam no sistema endócrino, coração, pulmão, rins, aparelho reprodutor e hormônio sexual, desenvolvimento do corpo físico e mental do adolescente usuário?
- O uso crônico de inalantes como o Lança Perfume e o Cheirinho de Loló que órgãos são afetados para causar convulsão e a morte violenta do usuário? Colas, solventes e inalantes podem causar estados depressivos e levar a pessoa à loucura?
- Tem alguma relação com o tipo de personalidade e predisposição da pessoa a experimentar, usar socialmente e vir a tornar-se um consumidor regular dependente físico e ou psicológico das drogas do qual é usuário?
- Existe algum fator orgânico e químico no cérebro de algumas pessoas que experimentam e rejeitam "não gostam", outros usam esporadicamente/ socialmente, já outros tem uma atração, experimentam e sente a necessidade da droga substância para divertir-se, trabalhar e viver?
- Porque os drogadictos se expressam (falam), reagem e se comportam de forma tão distinta de quem não usa drogas?
- Se o drogadicto parar de usar tem a possibilidade de curar-se e nunca mais usar tóxicos? Porque é tão difícil largar e libertar-se do vício? Além do tratamento em clínicas de desintoxicação, existem outras formas para o drogado não sofrer recaídas?
- Quais são os motivos e fatores familiares e do ambiente que podem levar uma criança e o adolescente a usar drogas tóxicas?
- Porque atualmente com todas as informações os adolescentes e até mesmo os adultos estão consumindo drogas "licitas e ilícitas" para viver?
- Todas as drogas de uso ilícito "tóxicos" levam o toxicômano/drogadicto a morte?
- Qual o tempo de vida de um toxicômano usuário de múltiplas drogas?
- Como o adolescente pode resistir a pressão dos amigos usuários e saber dizer "não" as drogas?
- Existe algum poder medicinal na maconha que possa ajudar as pessoas que sofrem de algum tipo de doença, como o câncer e a droga vir a ser legalizada no Brasil?
- Quanto tempo leva o tratamento de recuperação do dependente de crack e cocaína?
- Como são os tratamentos de desintoxicação de todas as drogas tóxicas e o que deve fazer o usuário para evitar as recaídas? Somente em clínicas especializadas é possível fazer o tratamento e conseguir largar da dependência das drogas tóxicas?
- O que está sendo feito no Brasil pelas autoridades competentes de controle de narcotráfico para coibir a distribuição e uso de tóxicos por crianças e adolescentes que vivem nas ruas de grandes e pequenas cidades?

3.4 O Que os Pais Devem Fazer Junto aos Filhos como Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas

A analise das respostas (listagem de opiniões e sugestões) à proposição (questão seis) que pergunta aos estudantes o que os pais deveriam fazer para prevenção do uso e abuso de drogas, revela que os pais devem possuir um elevado grau de conhecimento sobre drogas; participar de ações concretas sobre prevenção ao uso de drogas de abuso; manter os filhos ocupados e, manter uma atitude educativa constante.

O **Quadro X** indica qual deve ser o comportamento dos pais, sua formação, fontes de informações e orientações necessárias, as ações e atitudes educativas voltadas para prevenção do uso e abuso de drogas junto aos filhos.

QUADRO X - INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL SOBRE O QUE OS PAIS DEVEM FAZER JUNTO AOS FILHOS COMO PREVENÇÃO DO USO E ABUSO DE DROGAS.

CATEGORIA 1 - COMPORTAMENTO DOS PAIS

Os pais deveriam demonstrar para os filhos:

- Amor;
- Afeto, carinho;
- Aceitação, amizade, não rejeição/desamor;
- Mais respeito, apoio da família;
- União na família;
- Paciência, equilíbrio emocional;
- Compreensão;
- Coerência e segurança;
- Ser vigilante e observador;
- Ter energia sem agressão;
- Autoridade com flexibilidade;
- Autoconfiança;
- Maior confiança;
- Solidariedade;
- Presença com responsabilidade;
- Ser enérgico/severo, estabelecer limites, cortar as verbas (mesada);
- Liberdade com sabedoria;
- Que aceitem a comunicação livre com os filhos, discussões;
- Estrutura familiar equilibrada, harmônica;
- Bons hábitos e comportamento, servir de exemplo “não fumar, não beber, não se automedicar”;
- Agir com autonomia , ser mais responsável, levar o filho para uma clínica e participar do tratamento, nunca deixa-lo na solidão;

- Não ter vergonha de conversar com o filho sobre sua vida.

CATEGORIA 2 - FORMAÇÃO DOS PAIS

Os pais deveriam:

- Ampliar e aprofundar conhecimentos sobre o problema das drogas e sua relação com o adolescente;
- Buscar informações atualizadas no seu contexto onde ocorre o fenômeno para realizar intervenções educativas preventiva junto aos filhos;
- Buscar informações e orientações com outros pais que enfrentam o mesmo problema de drogas na família;
- Buscar orientações atualizadas como abordar o tema as drogas com profissionais especialistas;
- Buscar desenvolvimento espiritual para agir com equilíbrio;
- Realizar uma formação operativa, prática em cursos de "prevenção ao uso indevido de drogas" para a compreensão e desenvolvimento de habilidades para tornar-se um agente de prevenção, e saber como enfrenta a situação de conflito com os filhos.

CATEGORIA 3 - FONTES DE INFORMAÇÃO E ORIENTAÇÃO

Os pais devem conhecer os problemas em profundidades através de:

- Leitura de jornais;
- Livros;
- Publicações cientificas, pesquisas de realidade escolar;
- Panfletos;
- Vídeos;
- Palestras com especialistas;
- Palestras com ex-drogados;
- Participações em reuniões;
- Informações com a polícia sobre pontos de venda livre, bares, parques, etc.;
- Programas de TV;
- Cursos de prevenção ao uso de drogas;
- Aconselhamento com amigos, com pessoas bem informadas;
- Buscar orientações médicas, psiquiatras, psicólogas, professores.

CATEGORIA 4 - AÇÕES DOS PAIS

Os pais deveriam:

- Participar de campanhas de prevenção ao uso e abuso de drogas, de movimentos de bairro junto com a escola, policia e comunidade;
- Ocupar o tempo livre do filho:
- Com tarefas domésticas;
- Incentivar a prática de esportes;
- Cultivar hábitos de vida saudável;
- Amor pela natureza, pela vida, companheirismo;
- Proporcionar um ambiente familiar saudável, feliz.

CATEGORIA 5 - EDUCAÇÃO

Manter uma atitude educativa constante:

- Dialogar;
- Falar abertamente;
- Aconselhar;
- Explicar com calma; alertar, mostrar os perigos; os aspectos positivos e negativos;
- Mostrar ao filho que a vida não é feita de drogas;
- Usar da franqueza e da serenidade que o assunto requer;
- Mostrar que usar drogas é ruim, mas sem proibir;
- Acompanhar o crescimento do filho;
- Estar atento ao desenvolvimento físico e mental e, ao seu comportamento;
- Demonstrar interesse pelos afazeres dos filhos;
- Ajudar o adolescente a vencer seus conflitos;
- Procurar conhecer os sentimentos e hábitos dos filhos;
- Ser amigo e companheiro em todas as fases de sua vida, ajudando-o a crescer seguro com caráter e personalidade;
- Ajudar o adolescente a controlar sua sexualidade, mostrar os riscos das doenças sexualmente transmissíveis em relação ao uso de drogas.

3.5 O Que Deveria Ser Feito na Escola (Sala de Aula) Pelos Professores Para Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas

A analise das respostas (listagem de opiniões e sugestões) à proposição (questão sete) que indaga aos estudantes o que deveria ser feito na escola (classe/sala de aula) pelos professores para prevenção do uso e abuso de drogas (licitas e ilícitas) entre os adolescentes, revela que os professores além do bom nível educacional e social, necessitam de capacitação, autocapacitação e atualização de conhecimentos científicos, metodológico sobre drogas, bem como devem conhecer o contexto onde ocorre o fenômeno; devem possuir algumas qualidades e demonstrar atitudes e valores construtivos; aprofundar conhecimentos científicos ao desenvolver conteúdos informativos, utilizando-se da metodologia participativa (estudante + professor + outros especialistas + usuários de drogas) e, outros meios de intervenção educativa, preventiva capaz de mobilizar nos jovens atitudes e valores orientadores do seu potencial sócio - afetivo em direção a um estilo de vida saudável, onde a droga não exerça poder de sedução, ou então tenha autocontrole sob o seu fascínio.

Para os estudantes as escolas enquanto centros educativos devem contar com uma estrutura e organização que viabilizem uma educação preventiva do uso e abuso de drogas junto à comunidade escolar.

O **Quadro XI** indica que requisitos são fundamentais para professores, direção e administração da escola realizarem intervenção educativa de prevenção ao uso e abuso de drogas junto aos estudantes; que informações e conhecimentos devem orientar os estudantes e contribuir para formação de consciência critica e mudança de comportamento e atitudes diante das drogas.

QUADRO XI - INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL SOBRE O QUE DEVERIA SER FEITO NA ESCOLA (CLASSE - SALA DE AULA) PELOS PROFESSORES PARA PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS.

CATEGORIA 1 - FORMAÇÃO DO PROFESSOR

Os professores deveriam possuir :

- Bom nível educacional e social;
- Fundamentação teórica e metodológica no que diz respeito ao tema drogas;
- Conhecimentos sobre o tema tanto sob aspecto cientifico como em relação ao contexto sócio - econômico, político e cultural onde ocorrem os fenômenos;
- Conhecimento e vivência espiritual.

CATEGORIA 2 - ATITUDES DO PROFESSOR

Os professores deveriam demonstrar (para estudante):

- Afetividade, sensibilidade;
- Autenticidade;
- Saber conquistar sua confiança;
- Respeito e amizade;
- Ser amigo e companheiro;
- Saber manter diálogos;

- Segurança e autoridade;
- Autoconfiança;
- Aceitar opiniões e sugestões;
- Não ser preconceituoso, evitar o preconceito;
- Saber tomar decisões;
- Disposição em ajudar;
- Ser vigilante e observador;
- Responsabilidade;
- Coerência;
- Bons hábitos e comportamentos, servir de exemplo "não fumar, não se drogar";

CATEGORIA 3 - QUALIDADES DO PROFESSOR

O professor deve ser:

- Criativo;
- Dinâmico;
- Envolvente;
- Comunicativo;
- Inovador;
- Flexível;
- Tolerante;
- Responsável;
- Honesto;
- Estudioso e atualizado;
- Autoconfiante;
- Critico;
- Realista;
- Objetivo;
- Solidário;
- Possuidor de um estilo de vida saudável.

CATEGORIA 4 - CONTEÚDO SOBRE DROGAS

Os professores deveriam buscar informações e aprofundar conhecimentos científicos sobre todos tipos de drogas de uso licito e ilícito:

- Origem, história das drogas;
- Tipos de drogas: substâncias químicas naturais e sintéticas;
- Apresentação;
- Formas consumo/uso;
- Classificação: drogas depressoras, psicoestimulantes e alucinógenas;
- Efeitos no organismo e no sistema nervoso central;
- Causa, motivos e fatores para o uso de drogas pelos adolescentes;
- Conseqüências do uso (seqüelas) inclusive para aquele que não usa (fumo/tabaco) mas a ele está exposto; do abuso; overdose ;
- Tipos de dependência (física e psíquica) que desenvolve cada tipo de drogas;
- Doenças relacionadas com o uso de drogas; drogas e SIDA/AIDS;
- Estatísticas de morbidade e mortalidade de usuários de drogas;
- Quadro informativo sobre todos os tipos de drogas;

- Relação uso de drogas e sexualidade; gravidez na adolescência;
- Legislação sobre entorpecentes ,aspectos legais jurídicos e judiciais, tráfico;

CATEGORIA 5 - MÉTODO DE TRABALHO

Os professores deveriam abordar os conteúdos sobre drogas através dos seguintes meios:

- Palestras com pessoal especializado (psiquiatras, psicólogos, etc.) para responder perguntas anônimas dos estudantes da escola com objetivo de esclarecer duvidas, obter informações e orientações adequadas;
- Debates mesa redonda com a participação de especialistas, juizes, delegados ex-drogadictos, pais/familiares, estudantes e professores envolvidos com prevenção de drogas;
- Palestras na sala de aula dentro da própria disciplina, uma freqüência semanal ou mensal para debater os aspectos negativos e positivos de uso de drogas e tratar todos os assuntos voltados para a prevenção;
- Conversas informais com pessoas que já usaram drogas/experimentadores, com ex-drogadictos;
- Conversas, entrevistas com profissionais médicos, psicólogos, juizes;
- Filmes;
- Vídeos;
- Trabalhos através de pesquisa bibliográfica de publicações cientificas (livros, jornais, revistas);
- Apresentação de pesquisas sobre drogas da realidade atual do Brasil e Porto Alegre;
- Grupos de apoio e prevenção de uso e abuso de drogas formado por professores, estudantes e pais organizadores de debates, palestras, etc.;
- Gincanas, atividades esportivas e outros eventos;
- Quadro mural como veículo de comunicação de notícias,indagações e sugestões;
- Folhetos informativos sobre drogas distribuídos em todas as series da escola;
- Cartazes sobre o tema drogas;
- Panfletagem com todos os tipos de drogas e seus efeitos sobre o organismo sistema nervoso dos usuários;
- Campanhas antidrogas através de textos, panfletagens, cartazes, palestras, debates, mesa redonda;
- Projetos de conscientização envolvendo estudantes e professores visando a prevenção de uso e abuso de drogas;
- Teatro, peças de representação de prevenção de drogas na escola estudantes atores.

CATEGORIA 6 – ESCOLA - ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

1 - O Serviço de Orientação Escolar/ SOE deveria ter:

- Professores especializados com cursos de formação de prevenção do uso de drogas para prestar aconselhamento, orientação ao estudante usuário;
- Agenda organizada com espaços para conversas livres e participação voluntária do estudante.

2 - Organização curricular:

- Todas as disciplinas devem ter espaços para trabalhar o tema drogas;

- Criar uma disciplina especifica que trabalhe "prevenção ao uso se abuso de drogas licita e ilícitas" na escola a partir das sugestões dos estudantes.

3 - Atitudes da escola:

- A direção e administração da escola deveriam:
- Estabelecer normas de convivência social e seu comprimento;
- Proibir o uso de cigarro/tabaco e de bebida alcoólica na escola tanto pelos estudantes quanto aos professores;
- Controlar/ supervisionar corredores, banheiros (onde ocorre maior consumo) e pátios internos da escola;
- Vigilância, maior controle de circulação de drogas nas dependências internas e externas, procurar identificar estudantes usuários e traficantes;
- Dar maior segurança aos estudantes colocando policiamento ostensivo em torno da escola;
- Colocar cães farejadores de drogas na entrada principal da escola para evitar a entrada de estudantes que exercem o tráfico e usuários portando drogas;
- Solicitar policiamento no quarteirão da escola para reprimir os traficantes;
- Maior responsabilidade e autoridade;
- Deixar de ser omissa e mais consciente da realidade;
- Melhor preparo da direção e corpo docente para enfrentar o problema das drogas;
- Incentivar e oportunizar (professores e estudantes) a participação em congressos que tratem dos problemas drogas e adolescência;
- Dispensar especial atenção aos estudantes problemáticos, (conversar, aconselhamento semanal e ou mensal);
- Prestar socorro aos estudantes usuários adictos que se encontram "chapados", conduzindo-os a serviços de emergências e ou hospital;
- Comunicar e solicitar a presença urgente de pais ou familiares do estudante usuário de drogas e em situação de intoxicação, responsabilizar a família do estudante para tomar providências;
- Encaminhar os estudantes usuários crônicos para tratamento especializado e acompanhamento terapêutico;
- Não adotar atitudes rígidas de exclusão social, não expulsar o estudante da escola;
- Incentivar os estudantes a ocupar-se na pratica de esportes, jogos lúdicos, outras atividades nos espaços livres, faltas de professor, recreio.

4 - Infra-estrutura da escola:

- Administração escolar deverá:
- Prever espaços livres para teatro, reuniões, sala de jogos e canchas de esporte para os estudantes utilizarem o tempo livre;
- Equipar com material esportivo, jogos lúdicos, laboratórios etc.;
- Equipar biblioteca com livros, revistas, publicações atualizados sobre o tema drogas.

3.6 O Que Deveria Ser Feito Entre Colegas e Amigos na Escola (entre eles) para Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas

A analise das respostas (listagem de opiniões e sugestões) à proposição (questão oito) que indaga aos adolescentes o que deveria ser feito na escola por eles estudantes para a prevenção do uso e abuso de drogas entre grupo de amigos e colegas, revela que os adolescentes têm consciência que devem buscar formas de possuir um elevado grau de conhecimento através da autocapacitação e atualização constante sobre o problema das drogas na adolescência. Eles apontam como requisito possuir determinadas qualidades e demonstração de atitudes e valores construtivos na sua convivência escolar entre os grupos de iguais (amigos e colegas); serem capazes de promover e de participar de ações concretas voltadas para a prevenção do uso de drogas de abuso; propiciar formas mais atrativas de socialização e recreação/diversão visando manter os jovens (amigos e colegas) ocupados no seu tempo livre dentro da escola; devem manter atitudes educativas conducentes ao incentivo a auto-realização, a auto-estima, ao desenvolvimento do senso de responsabilidade com relação à própria vida e ao próprio corpo, e ainda sugerem a necessidade dos estudantes usuários de drogas reavaliar seu comportamento e atitudes para com os amigos e colegas da escola.

O **Quadro XII** indica que requisitos são fundamentais para que os próprios estudantes possam realizar intervenção educativa de prevenção do uso e abuso de drogas entre os grupos de amigos e colegas da escola, que ações e atitudes educativas os jovens devem manter ,que atitudes e comportamentos devem ser reavaliados pelos usuários de drogas.

QUADRO XII - INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DE REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL SOBRE O QUE DEVERIA SER FEITO ENTRE COLEGAS E AMIGOS NA ESCOLA (ENTRE ELES) PARA PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS.

CATEGORIA 1 - PREPARO DO JOVEM

Os jovens deveriam:

- Ampliar o conhecimento sobre o tema drogas através de leituras, diálogos, conversas com autoridades, especialistas, com ex-drogados, etc.;
- Buscar informações atualizadas no seu contexto;
- Utilizar-se das informações para ações concretas diante de alterações do comportamento dos usuários de drogas.

CATEGORIA 2 - QUALIDADES DO JOVEM

- Possuir e demonstrar bom caráter, maturidade, responsabilidade;
- Empatia,ser simpático;
- Auto-estima positiva, autoconfiança;
- Autodisciplina, ser inteligente;
- Autocritica;
- Ser comunicativo;
- Boas relações interpessoais no grupo de iguais, comunicativas;
- Saber ouvir;

- Ser conselheiro;
- Ser tolerante;
- Demonstrar autonomia, independência;
- Demonstrar coragem;
- Inconformismo;
- Ter percepção aguçada.

CATEGORIA 3 - ATITUDES E COMPORTAMENTO DOS JOVENS NÃO USUÁRIOS

Os jovens deveriam demonstrar:

- Saber selecionar/escolher amigos;
- Ser amigo e companheir;
- Mais respeito e amizade sincera;
- Mais união entre colegas/grupos;
- Afetividade, responsabilidade, mais amor;
- Disposição/interesse em ajudar enfrentar dificuldades, crises;
- Sentimentos nobres,espírito humanitário, amor incondicional;
- Não ser preconceituoso;
- Tolerância;
- Saber argumentar;
- Querer dialogar e saber manter diálogo;
- Comprometimento, prevenir o uso e combater o abuso;
- Aceitar o ponto de vista do outro, não impor suas crenças;
- Segurança, não se deixar influenciar, demonstrar bom nível de conhecimento e informação sobre o tema, autoconfiança;
- Bons hábitos, estilo de vida saudável;
- Maior flexibilidade;
- Responsabilidade;
- Iniciativa.

CATEGORIA 4 - AÇÕES DOS JOVENS ENTRE COLEGAS E AMIGOS

- Sensibilização e mobilização dos estudantes a participação voluntária em atividades voltadas a prevenção do uso de drogas na escola;
- Promover debates e palestras;
- Utilizar relatos, experiências com drogas, histórias de vida para maior conscientização e responsabilidade;
- Formar grupos de auto-ajuda mútua de prevenção ao uso de drogas nos grupos de amigos,colegas em todas as séries do Ensino Fundamental e Médio;
- Elaborar cartazes, panfletos informativos, combate ao uso e tráfico de drogas;
- Promover eventos, festas, gincanas, torneios, peças de teatro, reuniões sociais para ocupar tempo livre/ócio e incentivo hábitos de estilo de vida saudável;
- Realizar campanhas antidrogas envolvendo toda comunidade escolar;
- Formar grupo de combate aos estudantes usuários e traficantes de drogas;
- Repressão a distribuição e circulação de drogas nas dependências da escola (salas de aula, corredores, banheiros) e pátio/área externa ;
- Vigilância constante para identificar usuários;
- Conversar com professores e direção da escola sobre estudantes problemáticos;

- Buscar ajuda de profissional especializado para auxiliar estudantes usuários de drogas, para fazer tratamento e reabilitação.

CATEGORIA 5 - EDUCAÇÃO

Manter uma atitude educativa constante:

- Dialogar, debater entre os amigos, trocar experiências, esclarecer duvidas sobre o tema drogas na adolescência;
- Aconselhar;
- Informar dos aspectos negativos, alertá-los das conseqüências para o seu desenvolvimento biopsicosocial;
- Mostrar aos mais jovens que podem divertir-se ,crescer sem usar drogas;
- Ajudar os amigos/colegas a refletir sobre suas atitudes, comportamentos e valores e, fazer escolhas de um novo estilo de vida mais saudável do que usar drogas;
- Auxiliar a trabalhar o autoconhecimento e desenvolvimento espiritual, maior tolerância sem preconceitos;
- Ser amigo sincero em todos os momentos de sua vida ajudando a crescer saudável com personalidade, ter objetivos, ser feliz e ter muito amor pela vida;
- Mostrar aos amigos/colegas que a vida não é feita de drogas, que usar é ruim mas sem proibir;
- Ajudar os amigos usuários de drogas a enfrentarem seus problemas e manter-se distante dos amigos e do mundo das drogas;
- Auxiliar os amigos/colegas usuários de drogas a recuperar sua auto-estima, sonhar, amar, divertir-se, reconstruir seus projetos de vida com caráter e personalidade;
- Saber ouvir, procurar conhecer os motivos que levou o amigo/colega a usar drogas, sem discriminar;
- Falar abertamente, com convicção, com criticas construtivas conducentes à conscientização que usar drogas demonstra falta de personalidade e de objetivos na vida;
- Estabelecer regras, acordos entre os amigos do grupo que jamais devem adotar atitudes drásticas como linchar, ridicularizar, ironizar, desprezar o usuário do convívio do grupo, e sim ajudá-lo a fazer uma autocrítica e mudar de comportamento.

CATEGORIA 6 - ATITUDES DOS JOVENS USUÁRIOS

- Fazer autocrítica;
- Conscientizar-se das conseqüências, com responsabilidade sobre seus atos/comportamento;
- Aceitar ajuda de colegas e amigos;
- Respeito às decisões e opiniões dos não usuários;
- Buscar ajuda de profissional especializado (médico, psicólogo);
- Recuperar a confiança e amizade dos colegas,amigos;
- Aceitar dialogar.

3.7 O Que Deveria Ser Feito Por Eles Jovens para Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas Entre os Amigos e Grupos de Iguais no Bairro Residencial e na Comunidade

A analise das respostas (listagem de opiniões e sugestões) à proposição (questão nove) que indaga o que deveriam fazer os adolescentes para prevenir o uso e abuso de drogas entre os grupos de iguais e amigos na sua comunidade, bairro residencial, revela que existe uma forte preocupação com sua vida afetiva e dos amigos do grupo de iguais.

Ao indagar os jovens sobre como trabalhar com sua comunidade, percebe-se uma demonstração de maior independência, de liberdade, de ação e do grau de comprometimento e extrema responsabilidade enquanto agentes presentes e capazes de desenvolver ações voltadas à prevenção de uso e abuso de drogas entre eles do grupo de iguais e fora do grupo. O adolescente descobrindo-se como um agente de mudanças, sente-se, enquanto grupo, um co-participante de sua vida afetiva, ao demonstrar compreensão, solidariedade, afeto e apoio e o desejo de ajudar os amigos a enfrentar a crise existencial, tomando decisões certas "não usar drogas", também busca no grupo de iguais espaços para expor seus sentimentos, receber apoio para superar suas curiosidades, vencer a pressão, controlar a ansiedade, ter personalidade.

Eles apontam que para enfrentar os problemas das drogas devem estar unidos e com autodeterminação, devem demonstrar atitudes e valores construtivos e um estilo de vida saudável "sem drogas" no grupo. A amizade entre os jovens é muito importante para o exercício constante do auto-controle, as trocas de informação sobre o tema "drogas na adolescência", para a busca de conhecimentos e outras formas de auto-capacitação conducentes a fazer autocrítica, uma reflexão a tomada de decisão com responsabilidade. A demonstração de atitudes educativas voltadas à prevenção do uso de drogas de atitudes educativas voltadas para intervenção no caso de usuários dependentes, que necessitam de acompanhamento terapêuticos de especialistas, e a ajuda dos pais para reduzir e ou libertar o jovem da dependência de multidrogas é importantíssimo.

O **Quadro XIII** indica aspectos de vida afetiva dos adolescentes e grupo de iguais, revela que atitudes e ações devem os jovens promover, que atitudes educativas voltadas à prevenção do uso de drogas e quais atitudes de intervenção devem ser posta em prática pelos adolescentes na sua comunidade bairro/residencial.

QUADRO XIII - INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL SOBRE O QUE DEVERIA SER FEITO POR ELES JOVENS PARA PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS ENTRE OS AMIGOS E GRUPOS DE IGUAIS NO BAIRRO RESIDENCIAL E NA COMUNIDADE

CATEGORIA 1 - VIDA AFETIVA DO ADOLESCENTE

Os adolescentes sugerem que devem:

- Incentivar os amigos dos grupos de iguais a revelar seus sentimentos, conflitos e dificuldades na sua vida (com pais, na escola e no namoro);
- Buscar apoio, compreensão, carinho do grupo de amigos para enfrentar a crise existencial "sem usar drogas";
- Buscar ajuda/apoio no grupo de iguais para superar curiosidades, vencer suas fraquezas e a pressão exercida pelos companheiros usuários;

- Solicitar ajuda e acompanhamento constante dos pais, de especialistas para administrar sua ansiedade, seus conflitos, ter autoconfiança, ter mais amor próprio, aprender a conviver com suas curiosidades, ter personalidade , ser independente, fazer autocrítica e poder concluir que usar drogas é uma ilusão, só traz conseqüências e atraso na vida;
- Aproximar-se dos pais e revelar que experimentou e ou é usuário de drogas, expor os motivos que levou a tal atitude e comportamento; solicitar ajuda do seu pai para vencer a dependência e poder se libertar do mundo das drogas.

CATEGORIA 2 - ATITUDES DOS ADOLESCENTES NO GRUPO DE IGUAIS

Os adolescentes deveriam demonstrar:

- Autoconfiança;
- Autodeterminação;
- Autocontrole;
- Amizade sincera, mais carinho/afeto;
- Ser tolerante, mais tolerância entre amigos;
- Ser confiável, existir maior confiança no grupo;
- Ser responsável, maior responsabilidade em grupo;
- Ser autentico;
- Ter coragem, não se amedrontar;
- Mais respeito e consideração com as opiniões divergentes;
- Melhor comunicação e franqueza entre os amigos;
- Mais união entre os jovens;
- Confiar mais nos amigos;
- Cautela, ser prudente, reservado com desconhecidos dos grupos;
- Menos egoísmo, não ser egoísta;
- Compreensão e solidariedade com os amigos em crise existencial;
- Disposição e sinceridade em ajudar os amigos usuários de drogas;
- Saber respeitar às normas de convivência em grupo, ser respeitado;
- Saber discordar, criticar e posicionar-se dentro e fora do grupo;
- Mais respeito e consideração com os pais.

CATEGORIA 3 - AÇÕES DOS ADOLESCENTES JUNTO AOS GRUPOS DE IGUAIS NO SEU BAIRRO RESIDENCIAL E NA COMUNIDADE

Os adolescentes deveriam:

- Promover e ou participar de campanhas de prevenção ao uso e abuso de drogas;
- Envolver, mobilizar as lideranças (do bairro) de grupos de jovens, de agremiações esportivas e recreativas em campanhas de prevenção as drogas;
- Elaborar panfletos informativos para combater o uso e o tráfico de drogas e distribuir em sua comunidade, no bairro;
- Mobilizar, incentivar os jovens, os amigos dos grupos de iguais do bairro residencial a ocuparem seu tempo livre, desfrutarem o ócio utilizando-se dos recursos existentes como espaços de lazer, parques, quadras de esporte e jogos, grêmio esportivo, clubes sociais, salas de cinema e teatro;
- Restringir ação dos traficantes denunciando aos pais e autoridades.

CATEGORIA 4 - EDUCAÇÃO

Os adolescentes no grupo de iguais devem manter uma atitude educativa preventiva constante:

- Orientar os amigos a selecionar melhor suas amizades;
- Incentivar os jovens a melhorar seu grau de informação sobre o tema "drogas na adolescência, suas conseqüências para o usuário, para a família";
- Incentivar a assistir filmes educativos, programas de televisão, palestras e debates de especialistas, ler muito e pesquisar sobre o tema, manter-se melhor informado e se instrumentalizar para saber como prevenir;
- Debater entre os grupos de amigos, indagar, questionar, refletir porque alguns jovens se envolvem no mundo das drogas mantendo-se prisioneiros; se fortalecer, ser capaz de convencer os amigos usuários a libertar-se das drogas;
- Incentivar os amigos a buscar autoconhecimento e desenvolvimento espiritual;
- Demonstrar atitudes e sentimentos mais humanos, menos egoísmo, apreciar outros valores e dar mais sentido a vida;
- Incentiva-los a ter autoconfiança, saber resistir e posicionar-se com convicção ser contra o uso de drogas dentro e fora do grupo;
- Incentivar os amigos a ocuparem seu tempo livre, cuidando de sua saúde física e mental através: da pratica de esportes; fazer exercícios;
- Curtir/apreciar a natureza, sair para acampar;
- Se amar mais, namorar;
- Ir ao cinema, ao teatro, sair para dançar;
- Conversar com os amigos, curtir divertimentos mais inteligentes do que usar drogas;
- Ajudar os amigos a ter mais personalidade, a enfrentar a vida atual com consciência e responsabilidade, pensar nas conseqüências de suas atitudes antes de experimentar drogas;
- Conscientizar os amigos do grupo a se manterem alertos, ter personalidade, firmeza e convicção, resistir a oferta, impedir a entrada de drogas e estabelecer um pacto de ninguém usar drogas, caso contrário, se desrespeitar as regras, será excluído do grupo.

Os adolescentes junto aos amigos usuários de drogas dos grupos de iguais devem manter uma atitude educativa de intervenção curativa voltada para reabilitação:

- Dialogar, aconselhar, orientar, alertá-los das conseqüências do organismo, sua vida se não parar de consumir drogas;
- Incentivar os amigos a fazer autocrítica, refletir sobre suas atitudes de consumir drogas só porque "está na moda" e na adolescência tudo é "curtir um barato";
- Mostrar e citar casos de jovens usuários crônicos/dependentes, com objetivo de que usuários sociais façam uma autocrítica sobre suas atitudes,comportamento e se convençam que antes de se tornarem dependentes devem largar das drogas;
- Convencer os amigos usuários de drogas que usa-las demonstra fraqueza, covardia, não ter amor próprio "auto-estima", é fugir da vida real para um mundo irreal de mais sofrimento;
- Dialogar, demonstrar solidariedade, amizade sincera sem preconceito, e desejo a ajudá-lo a reconquistar sua liberdade e amizade, saber resistir ao assédio do traficante e o desejo de consumir drogas;
- Conversar e auxiliar os usuários de drogas que além de ajuda dos amigos do grupo, necessita buscar o apoio terapêutico de profissionais especializados e submeter-se a

tratamentos em clínicas, Centro de Dependência Química para conseguir liberta-se de dependência de multidrogas;

- Incentivar os amigos usuários e ex-drogadictos a relatar sua história de vida, as experiências negativas, as conseqüências da dependência das drogas, servindo de exemplo para os jovens usuários evitar os problemas de saúde, etc., e despertar mais amor pela vida, mudando o comportamento diante da oferta de drogas;
- Alertar os pais e amigos usuários de drogas que tomem algum tipo de atitude com responsabilidade porque o grupo de iguais tentou ajudá-los e não obteve mudanças no comportamento persistindo o uso de drogas.

3.8 Porque Motivos Alguns Jovens Rejeitam a Oferta de Drogas Apesar da Pressão dos Amigos e Grupos de Iguais

A análise das respostas (listagens de opiniões) à proposição (questão dez) que indaga porque motivos alguns jovens rejeitam a oferta de drogas mesmo com a pressão dos amigos e dos grupos de iguais, revela que alguns traços e dimensões de personalidade dos jovens são indicadores relevantes a não usar drogas, sendo a auto-estima um traço positivo considerada um antídoto eficaz contra a dependência.

Percebe-se que os jovens demonstram ter uma força interna e espiritualidade, muitos ideais e amor pela vida, sendo tais atitudes e valores que os orientam a um estilo de vida saudável. Ainda destacam que desde criança receberam dos pais uma atenção especial para ter um desenvolvimento físico e emocional saudável e uma educação sólida, norteada por valores e crenças numa fé religiosa, num sentido a vida, ter amor e valorizá-la.

Os adolescentes informaram possuir bom nível de formação educacional e social, conhecimentos atualizados e informações cientificas suficientes sobre drogas que os auxiliam a uma autocrítica, melhor nível de consciência sobre os danos a saúde e ao desenvolvimento biopsicosócio-educacional do usuário de drogas.

Eles apontam ser muito importante crescer e viver numa família bem estruturada onde recebem apoio e, existe muita união, amor, afeto, respeito e uma comunicação aberta entre pais e filhos. As atitudes positivas do meio familiar são como antídoto para que os jovens não sintam frustrações e mergulhem num sentimento de falta de sentido a própria existência, ou seja, "vazio existencial".

Os adolescentes indicam alguns motivos de ordem pessoal, físico, social e econômico porque eles rejeitam a oferta de drogas. Chama atenção que muitos adolescentes tem curiosidades por experimentar, sentem certa atração mais rejeitam a oferta de drogas porque têm medo de si próprios, de tornarem-se dependentes, conhecem suas fraquezas e revelam que não experimentam porque são temerosos, eles têm medo da reação dos pais. Já outros jovens favoráveis ao uso apontam que muitos rejeitam porque são covardes, tem informações "confusas, pouco claras", ou por falta de condições emocionais, indecisão e uma situação econômica desfavorável à aquisição de drogas (tóxicos) ilícitas.Alguns jovens são contra o uso de drogas porque tiveram com elas experiências negativas na família e com amigos.

O **Quadro XIV** indica alguns traços e dimensões de personalidade dos jovens/adolescentes que são indicadores relevantes a rejeitar oferta de drogas, revela suas atitudes e valores, a educação em valores recebida dos pais, sua formação educacional, características da estrutura familiar e atitudes positivas do meio familiar e, quais são os motivos de ordem pessoal, físico social e econômico porque os adolescentes não usam e rejeitam a oferta de drogas apesar da pressão dos amigos e grupos de iguais.

QUADRO XIV - INDICAÇÕES DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE PORTO ALEGRE-RS-BRASIL POR QUE MOTIVOS ALGUNS JOVENS REJEITAM A OFERTA DE DROGAS APESAR DA PRESSÃO DOS AMIGOS E GRUPOS DE IGUAIS.

CATEGORIA 1 - TRAÇOS E DIMENSÕES DE PERSONALIDADE DO JOVEM.

Os jovens ao rejeitar a oferta de drogas demonstram:

- Ter personalidade;
- Bom caráter, caráter forte, não necessita de "bengalas" (drogas);
- Ser inteligente;
- Maturidade, "cabeça no lugar", saber superar curiosidades e ignorar as drogas;
- Ser consciencioso;
- Ter responsabilidade, responsável;
- Autocrítica;
- Auto-estima; amor próprio;
- Autoconfiança; vontade própria
- Equilíbrio emocional;
- Saber escolher as amizades;
- Ter sensibilidade;
- Respeito pelos pais;
- Ter opinião formada, segurança;
- Ter coragem para enfrentar a vida real;
- Ter autonomia, independência;
- Ser culto.

CATEGORIA 2 - ATITUDES E VALORES DO JOVEM

Os adolescentes demonstram ter:

- Muitos ideais para serem alcançados;
- Uma força interna e espiritualidade;
- Amor pela vida.

CATEGORIA 3 - EDUCAÇÃO EM VALORES

Os adolescentes receberam:

- Dos pais desde criança uma vida orientada por bons princípios, desenvolveu-se numa família norteada por valores e crenças numa fé religiosa com sentido de muito amor e valorização da vida;
- De pessoas idosas (tios, avós, amigos) e mais experientes ensinamentos, foram aconselhados a terem um estilo de vida saudável "não usar drogas" e ter muito amor pela vida;
- Dos pais educação sólida, um bom nível de informação sobre os problemas das drogas na adolescência e, possuem maior nível cultural para enfrentarem a oferta de drogas de amigos e traficantes com segurança, porque tem opinião formada e objetivos definidos a serem alcançados na sua vida.

CATEGORIA 4 - FORMAÇÃO EDUCACIONAL DO JOVEM

Os adolescentes possuem:

- Bom nível educacional e social;
- Conhecimento atualizado e informação cientifica sobre drogas que auxiliam na autocrítica concluem que existem outras maneiras de resolver seus problemas e saber enfrentar a realidade da vida, ao invés de usas drogas;
- Conhecimento atualizado e tem consciência que as drogas causam grande mal ao organismo e ao sistema nervoso, prejudicam a saúde e, em conseqüências do uso crônico, e pode levar o usuário a morte, como também a perda de amigos, o isolamento e, até condutas anti-sociais e a marginalidade.

CATEGORIA 5 - ESTRUTURA FAMILIAR DO JOVEM

Os adolescentes rejeitam a oferta de drogas porque:

- Cresceram e vivem numa família bem estruturada onde existe muita união entre pais e filhos, amor ,respeito e diálogo.

CATEGORIA 6 - ATITUDES DO MEIO FAMILIAR

Os jovens não têm motivos para usar drogas porque:

- Convivem num ambiente familiar de muito amor, afeto, carinho, respeito e recebem apoio dos pais e irmãos;
- Convivem num ambiente familiar onde existe muita união, diálogo, liberdade de expressão e uma comunicação livre entre pais e filhos.

CATEGORIA 7 - MOTIVOS DE ORDEM PESSOAL, FÍSICO, SOCIAL E ECONÕMICO

Os adolescentes rejeitam as drogas porque:

- Desaprovam quem usa;
- Não se sente atraído, não gostam;
- Não tem curiosidades em experimentar;
- Tem experiências negativas com amigos dependentes de drogas;
- Tem experiência negativa na família com um irmão e parentes, (destruiu a vida do meu irmão e da família);
- Tem medo de si próprio;
- Medo de tornar-se um dependente;
- Tem medo da reação dos pais;
- Conhece suas fraquezas;
- Não é um otário "trouxa/tonto" para enriquecer os traficantes e estragar sua saúde e vida;
- Tem informações "confusas pouco claras";
- Faz mal a saúde associa as drogas como um "dragão de sete cabeças" a destruição da vida do usuário;
- Não tem condições emocionais e preparo para experimentar;
- Falta uma decisão própria para usar tóxicos, embora sem medo fuma e consome bebida alcoólica;
- São covardes;
- Não querem causar desgostos a sua família e nem a si próprio;

- Tem uma situação financeira desfavorável para aquisição de drogas/tóxicos.

CATEGORIA 8 - TRAÇOS NEGATIVOS DA PERSONALIDADE DO JOVEM

Os adolescentes consideram os usuários de drogas pessoas:

- Imbecil/pouco inteligente;
- Negligentes, irresponsáveis com sua vida;
- Desamor, não amam seus pais;
- Desamor, não amam seus amigos;
- Não se importam com sentimentos e opiniões dos outros jovens/pessoas;
- São otários, enriquecem os traficantes;
- São pobres de espírito e de finanças;
- Estão presas numa "armadilha";
- Sem liberdade, aprisionados, não conseguem sair do circulo vicioso "drogas".

CAPÍTULO X
SÍNTESE DOS RESULTADOS DO ESTUDO DE CAMPO

INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem a finalidade de apresentar a síntese dos resultados obtidos nesse estudo que serão apresentados em duas partes descritas a seguir para melhor compreensão.

Na **Parte I** será apresentada uma síntese dos resultados dos dados obtidos através das análises das respostas emitidas pelos adolescentes relativo as questões fechadas, que se encontram organizados e expressados em 52 tabelas com as respectivas análises descritivas quantitativas e interpretações qualitativas (Capítulo IX) analisados em dois momentos (1 e 2) descritos a seguir.

Primeiro momento: apresenta-se a síntese dos resultados do estudo sobre as características da família dos adolescentes de ambos os sexos estudantes do Ensino Médio da Rede Pública (Grupo A) e Rede Privada (Grupo B) de Porto Alegre-RS-Brasil, participantes do estudo possibilitando mostrar:

> **Perfil sócio-econômico, psico-educacional, estrutura e composição familiar, e estilo de vida dos pais dos adolescentes - conhecendo seus: valores, atitudes, hábitos, lazer, crenças, estilo de relacionamento, conhecimentos e hábitos de uso e abuso de drogas.**

Segundo momento: apresenta-se a síntese dos resultados obtidos do estudo sobre as características dos adolescentes de ambos os sexos estudantes do Ensino Médio da Rede Pública (Grupo A) e Privada (Grupo B) de Porto Alegre-RS-Brasil, participantes do estudo possibilitando mostrar:

> **Perfil sócio-econômico-cultural-educacional- psicológico e estilo de vida, valores, crenças, motivações e sua relação com o uso e abuso de drogas, grau de conhecimento, autoconceito de imaginação criadora, perfil criativo e potencial de criatividade de adolescentes**.

Na **Parte II** desse estudo apresenta-se uma síntese dos resultados qualitativos obtidos através da análise de conteúdo das respostas às proposições previamente apresentadas (8 categorias) aos adolescentes. Foi utilizada a técnica de

> **Turbilhão de Idéias (TI) ou "*Brainstorming*", onde Fluidez de Pensamentos, Imaginação, Visualização de Cenas, Sentimentos, Mitos e Crença, Curiosidades sobre o Tema "Drogas de uso lícito e Ilícito"** deveriam ser observados.

O **Quadro VI - Síntese do *"Brainstorming"* (p.383)** apresenta, de forma compacta, as categorias que emergiram das (8) proposições ou categorias. Os demais resultados se encontram organizados e expressados sob forma de enunciados nos **Quadros VII a XIV (p.499-538)** com suas (54) categorias emergentes. Estes quadros descritivos possibilitam uma visão conjunta das indicações dos adolescentes que podem subsidiar e alimentar o delineamento e execução de um Modelo Holístico criativo de intervenção e prevenção ao uso de drogas nas escolas de Ensino Médio da Rede de Porto Alegre-RS-Brasil.

APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

PARTE I

A síntese dos resultados deste estudo sobre as características da família e sobre as dos adolescentes de ambos os sexos estudantes do Ensino Médio da Rede Pública (Grupo A) e Rede Privada (Grupo B) de Porto Alegre-Brasil será apresentada em dois momentos (**1**, e **2**) descritas a seguir.

1 PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO, PSICO-EDUCACIONAL, ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO FAMILIAR, E ESTILO DE VIDA DOS PAIS DOS ADOLESCENTES, CONHECENDO SEUS: VALORES, ATITUDES, HÁBITOS, LAZER, CRENÇAS, ESTILO DE RELACIONAMENTOS, CONHECIMENTO E HÁBITOS DE USO E UBUSO DE DROGAS

A partir do depoimento dos adolescentes sobre estilo de vida das figuras parentais (pai e mãe) tivemos acesso e conhecimento dos seus valores, atitudes, hábitos, lazer, crenças e estilo de relacionamento com os filhos adolescentes e com a escola , bem como o nível de conhecimentos e de seus hábitos de uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

A **idade** das mães (993), na amostra participante se situa na faixa etária de 36 a 51 anos (88,31%); e a idade dos pais (967) se situa na faixa de 40 a 55 anos (84,26%). Nota-se que é uma população parental bastante jovem.

A **escolaridade** das figuras parentais do total da amostra (967 pais e 993 mães) é bastante elevada, pois 53,36% dos pais e 46,51% das mães têm curso superior completo,ou seja, uma formação universitária.

Quanto à **situação funcional**, 54,08% de pais e 42,39% de mães têm um vínculo empregatício. Já 34,44 % dos pais e 24,67% das mães são trabalhadores autônomos.

Em relação à **renda familiar** convém destacar que 88,35% de pais e 88,47% de mães das escolas particulares (Grupo B) têm uma renda superior a um mil e duzentos dólares, ao passo que nas escolas pública (Grupo A) apenas 44,24% dos pais e 42,44% das mães se situam nesse patamar de renda.

A **condição sócio-econômica** é boa, pois 90,69% dos rapazes e 89,48% das moças são provenientes de famílias que possuem casa própria e outros bens. Quanto ao contexto do bairro e ambiente residencial, vivem em áreas com infraestrutura como saneamento básico, energia elétrica, dispõem de meios de transporte, serviços de saúde, segurança pública e áreas de lazer (quadras de esporte, parques, praças, clubes).

Em relação à **estrutura e composição familiar** dos adolescentes o que se observa é que 75,32% dos rapazes e 72,88% das moças vivem em uma família nuclear estável. Destaca-se que 22,51% dos rapazes e 22,88% das moças vivem em famílias de pais separados/divorciados. Convém destacar que o rompimento da estrutura familiar, ou seja, a separação dos pais ocorreu quando os adolescentes encontravam-se na faixa etária entre 8 a 11 anos "período de latência". Com a separação foram as mães que assumiram a total responsabilidade,não só pela guarda, sustento econômico e cuidados gerais de saúde, mas também pela educação, transmissão de valores, formação de atitudes, influindo diretamente no desenvolvimento biopsicossocial do adolescente.

Para discorrer sobre as conseqüências dos rompimentos de vínculos afetivos , as separações familiares por divórcios e/ ou a morte de uma das figuras parentais (pai ou mãe), para crianças e adolescentes temos que refletir sobre atual realidade: o que é a família, as funções, os papéis dos familiares (pais, irmãos, avós, tios), as crises familiares internas e, as novas formas de configurações familiares que se esboçam neste limiar do Século XXI.

Alguns autores procuram descrever a noção de família, não somente a existência do casal inicial, mas sua essência, representada pela dinâmica e trocas nas relações entre pais e filhos.

Osório (1996) ao descrever a noção de família a entende como:

> *" uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais- aliança (casal), filiação (pais/ filhos) e consangüinidade (irmãos)- e que a partir de objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a decendência e fornecer-lhe condições para aquisição de suas identidades pessoais, desenvolvem através dos tempos funções diversificadas de transição de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais"*(p.16).

As funções da família são compreendidas em biológicas, psicológicas e sociais.

A função biológica da família é de assegurar a sobrevivência dos novos seres (filhos) através de cuidados nutricionais, prover alimento, higiene, integridade da saúde, proteção física, ambiente físico e social saudável e adequado ao pleno desenvolvimento biofisicopsiquico aos neonatos, crianças e adolescentes.

Já as funções psicossociais dizem respeito ao exercício das funções psíquicas da família, que é de prover alimento afetivo indispensável à sobrevivência emocional das crianças, adolescentes e, demais membros através de retroalimentação de mecanismos de interação afetiva e social entre si. Ainda é função psíquica da família, servir de continente para as ansiedades existenciais, ajudar na superação das crises vitais de cada indivíduo durante seu processo evolutivo.

À família também compete propiciar um ambiente favorável à aprendizagem e bom desenvolvimento psicocognitivo. De acordo com o ambiente familiar a criança, o adolescente, ou jovem terá um bom desenvolvimento biopsicossocial ou não.

Segundo Orte Socias (1994) os estilos educativos adotados pelos pais e suas relações de afeto com os filhos exercem uma influência poderosa sobre as condutas tanto de risco, como protetoras em relação ao consumo de drogas.

Para um desenvolvimento harmônico e sadio da personalidade de crianças e adolescente os pais ou quem exerce os papéis parentais (padrasto, madrasta/pais substitutos, avôs, tios) são responsáveis e desempenham papel relevante à sua saúde mental, à elaboração de um autoconceito positivo, sentimento de auto-estima, auto-imagem social positiva, noção e aceitação de limites, reforços positivos para aquisição de autonomia/ independência para ação e resolução de problemas e conflitos/ crises, assumir responsabilidades, transmitir e elucidar uma escala de valores e estilo de vida saudável, construção de laços afetivos e estabelecer boa comunicação e relações interpessoais na família e no ambiente sócio- educativo (professores, amigos, companheiros) e ambiente sócio-comunitário (vizinhos residentes no bairro/ vila residencial).

A atual realidade brasileira nos possibilita perceber o quanto esta sendo difícil para os pais exercerem suas funções fundamentais no âmbito familiar. As crises familiares revelam estados de insatisfação pessoal e social, a presença de relações de poder entre seus membros, um ambiente sócio-afetivo desfavorável a um crescimento individual (mulher, filhos) e obstáculos para efetivação dos processos de individuação e diferenciação em seu meio. Os pais expressam suas dificuldades em educar os filhos, a perda da autoridade, as relações afetivas empobrecidas, a comunicação conflituosa. A ocorrência de crises pode contribuir para o crescimento evolutivo ou para a desagregação familiar.

Para Vasconcellos (1997)

> "*Toda crise familiar leva a uma crise de identidade do grupo familiar e, de cada um dos seus componentes, e sua resolução vai depender do grau de maturidade de cada membro, em termos de aceitação de mudanças, do relativo, da flexibilidade de aprender novas maneiras de viver"*(p.62).

As rupturas das estruturas familiares que culminam com o divórcio ou separação de corpos de um dos cônjuges (pai ou mãe), um sai de casa, mas os filhos permanecem e, na grande maioria com a mãe. As conseqüências de um divórcio parental sobre o equilíbrio psicoafetivo da criança, do adolescente é complexo de avaliar, pela multiplicidade dos fatores intervenientes, mas são estes considerados: a qualidade da relação conjugal antes do divórcio, ou seja, qual o nível de importância do desentendimento e como pode este alterar o sistema de relação e interação familiar; a personalidade dos pais; o momento do divórcio em relação à adolescência. Segundo a literatura familias conflitivas ou divorciadas são fatores de risco de inicio de consumo de drogas na adolescência e préadolescencia. Tais fatores revelam intenso sofrimento psíquico, se tornando mais vulnerável o processo da adolescência.

Fica evidente que a grande maioria dos rapazes (71,65%) e das moças (71,34%) residem com os pais e irmãos. Chama atenção que 40,70% dos rapazes e 33,95% das moças ocupam a posição de filho (a) primogênito na estrutura familiar.

No contexto geral os adolescentes de ambos os sexos vivem em famílias de pais jovens, com média de dois a três filhos, de união estável, não sendo famílias numerosas. Pertencem a famílias com média de cinco a seis pessoas em sua estrutura e composição

familiar, recebendo afeto e cuidados maternos e paternos diluído/ distribuído entre dois a quatro filhos.

Quanto ao **estilo de vida, valores, atitudes e hábitos manifestos** pela população parental diante dos filhos adolescentes, nota-se que as figuras parentais ocupam seu tempo livre,cultivam certos hábitos e procuram meios de comunicação para se manterem atualizadas como: assistir TV, vídeos 88,31% dos pais e 90,44% das mães; leitura de livros/jornais e revistas; ouvir música. Observa-se que são as mães que freqüentam mais casas de espetáculos do que os pais dos adolescentes, mas as mães praticam menos esportes e freqüentam menos o clube social se comparadas aos pais. Fica evidente que são as mães que mais se dedicam à jardinagem, cultivo de plantas, valorizam a natureza, freqüentam mais cinemas, teatros, shopping e igreja/templo para orar, do que os pais.

Ao compararmos o estilo de vida, valores, atitudes e hábitos manifestos pela população parental, convém destacar que são os pais e mães dos adolescentes das escolas do Grupo B (rede privada) que apresentam maiores percentuais nos hábitos de praticar exercícios, esportes, viajar, passear, leitura, freqüentar cinema, teatro, shopping, clube social, reunir-se com amigos/vizinhos se comparados aos pais dos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública). Fica evidente que tais hábitos tem relação direta com o nível sócio-econômico-educacional e cultural destas famílias (Grupo B), que revelam ter um estilo de vida mais diferenciado pelas próprias condições em que vivem, o que não ocorre com as figuras parentais (pai e mãe) dos adolescentes do Grupo A.

Quanto aos **motivos atribuídos** pela população parental (pai, mãe) **de não praticarem alguns dos hábitos** descritos e reveladores de estilo de vida mais saudável estes justificam ser por não terem tempo disponível 44,98% pais e 44,41% das mães; ainda alegam não gostarem 40,85% de pais e 38,17% de mães.

O modelo de estilo de vida das figuras parentais (pais, mães), seus valores referenciais, suas atitudes e seus comportamentos influem significativamente sobre adoção de estilos de vida, os valores, as atitudes e comportamentos manifestos dos filhos (Orte Socias, 1994; Calafat Far, 1995; GID,1995)

.

Quanto a **crenças, religião e práticas de doutrinas, seitas/filosofias** destacam-se que à maioria das figuras parentais crêem e praticam algum tipo de religião, tem fé e acreditam numa força superior denominada Deus, Buda, Maomé são 83,76% pais (810) e 83,98% de mães (834). Fica evidente que a religião católica apostólica romana é a predominante entre os que praticam e não praticam, são 74,56% de pais (721) e 72,48% de mães (719) da população estudada (967 pais e 993 mães).Tal percentual se relaciona com as origens e a colonização de população imigrantes italianos, alemães, espanhóis, portugueses, que têm a religião como um valor referencial de vida pessoal e estrutura familiar. Os cristãos protestantes são de origem ou emigrantes alemães, sendo seguidores das diversas ramificações de Lutero, Calvin, etc. Destaca-se na condição de **ateu** uma minoria de pais e mães de adolescentes estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B.

Hábitos de consumo de drogas lícitas e ilícitas pelas figuras parentais segundo os filhos adolescentes fica evidente os resultados obtidos em cada uma das substâncias.

Quanto aos **hábitos de consumo de tabaco** pelas figuras parentais do total da amostra (967 pais e 993mães) se evidência 57,08% de pais e 45,52% de mães que já fumaram

alguma vez na vida. **Fumam atualmente** (359) 37,13% de pais e (300) 30,21% de mães; sendo a **freqüência** de consumo de tabaco **todos os dias** (diário) são 30,92% de pais e 23,06% de mães, e as quantidades diárias de consumo fumam entre 10 a 20 cigarros 31,20% de pais e 32,33% de mães. Fica evidente que as figuras parentais dos adolescentes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) e as do Grupo B (rede privada) tem comportamento manifesto de fumantes regulares e altamente dependentes da nicotina são 52,93% de pais e 43,33% de mães, pois fumam de 10 a mais de 21 cigarros/dia.

Ao compararmos, fica evidente que o comportamento manifesto parental (pai e mãe) dos adolescentes das escolas do Grupo B quanto ao consumo de tabaco é inferior aos pais das escolas do Grupo A, provavelmente reflexo da condição sócio-econômica-educacional e cultural, têm maior consciência dos danos e conseqüências do tabagismo sobre o organismo e decréscimo de qualidade de vida (saúde). Observa-se o decréscimo de consumo de tabaco pelas figuras parentais na faixa etária a partir dos 51 aos 71 anos, ou seja, a entrada na terceira idade, e o surgimento das inúmeras complicações e patologias.

Quanto aos **hábitos de consumo de álcool** das figuras parentais do total da amostra (967 pais e 993 mães), destes 92,24% de pais (892) e 81,27% de mães consomem bebida alcoólica. A **freqüência** de consumo 12,22% pais e 3,97% mães, que têm o hábito de beber diariamente; mas os "ditos" bebedores só de fins de semana são 39,01% pais e 38,29% de mães. Da amostra quanto à **quantidade de consumo** por semana são 24,44% de pais e 15,99% de mães que consomem de ½ garrafa a 1litro (350 a 1000ml) de bebida alcoólica, mas destaca-se que têm os que ingerem a quantidade superior a 1500 a 2000ml/semana, embora seja um percentual menor de figuras parentais. A **prevalência** de consumo de álcool pelos pais ocorre em festas, aos fins de semana, média três dias/semana e diária. Por **tipo** a **preferência** entre as **bebidas fermentadas** destaca-se 1º lugar a cerveja, entre total de consumidores 87,67% de pais e ocupa o 2º lugar para 65,18% de mães; mas o vinho é consumido 1º lugar por 66,17% de mães e ocupa o 2º lugar de consumo 69,17% de pais. Das bebidas **destiladas** a mais consumida, seguida das fermentadas, na preferência de figuras parentais ocupa 4ª posição o whisky por 43,05% de pais seguido de consumo de licores, vodka, rum ,gim, coquetéis, vermutes, e cachaça/aguardente; embora com menor consumo ocupa 4ª posição os licores 27,76% de mães, seguido de consumo de coquetéis, vermute, aperitivos, whisky, vodka, rum, gim e cachaça/ aguardente entre as mães que consomem álcool.

Segundo a diferença de **sexo** fica evidente que as mães (mulheres) preferem as bebidas mais suaves, doces e aromatizadas, especialmente de graduação média (28ºGL), já as destiladas, mais secas, fortes com alto teor (40ºGL) de álcool são preferidas e consumidas pelos pais (homens). Destaca-se que o consumo de bebida alcoólica pelos pais é maior do que pelas mães. Nos **pais** ocorre o **maior consumo** de álcool nos **fins de semana** 39,01%, a seguir só em festas 31,84%, e consumo na freqüência diária e média de 2 a 3 dias na semana 29,15% de pais são bebedores, mas na soma total de consumidores nas freqüências diária, média 2 a 3/dias semana e com os de fins de semana são 68,16% de pais adictos ao álcool. Já as **mães** o **maior consumo** ocorre **só em festas** 48,57%, só fins de semana 38,29%, e consumo na freqüência uso diário e média de 2 a 3 dias na semana 13,14% de mães, mas no computo total de consumidoras nas freqüências diária, média 2 a 3/dias na semana e nos fins de semana são 51,43% de mães adictas ao álcool. Fica evidente que as figuras parentais (pais e mães) estudadas têm comportamento manifesto problemático em relação ao álcool.

Analisando separadamente a população de figuras parentais, nota-se que os pais e mães dos adolescentes estudantes do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) têm comportamento semelhante enquanto consumidores de álcool. Ao compararmos, fica evidente que as figuras parentais dos adolescentes pertencentes às escolas do Grupo A (rede pública) consomem em maior percentual quanto à quantidade (dose) de bebida alcoólica, são bebedores compulsivos. Já os pais e mães dos adolescentes estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) são definidos bebedores leves a moderados, por consumirem menor quantidade de bebida, embora o comportamento manifesto da freqüência de consumo seja semelhante entre os pais e mães bebedores de álcool de ambos os Grupos de escolas A e B. Outra evidência é a preferência por tipos de bebidas, sendo que os pais e mães dos adolescentes das escolas do Grupo B (rede privada), pelo poder econômico e situação social, são mais sofisticados do que as figuras parentais dos estudantes pertencentes a rede pública (Grupo A).

Portanto o álcool se constitui na droga mais tolerada internamente no microssistema social (família), a cultura de consumo se transmite através de crenças sociais do micro e macrossistema (sociedade), onde o adolescente, em sua maioria, reproduz o comportamento manifesto das figuras parentais, que internalizam desde a mais tenra idade, enquanto crianças antes dos 7 anos.

Em relação aos **hábitos de consumo de medicamentos e psicotrópicos** da amostra de figuras parentais (967 pais e 993 mães), fica evidente que são as **mães** (25,81%) que consomem mais medicamentos de diferentes grupos, com e sem prescrição médica, quando comparadas com os pais (20,74%) dos adolescentes de ambos os sexos estudantes da rede pública (Grupo A) e da rede privada (Grupo B).

Quanto aos **medicamentos psicotrópicos** fica evidente que mais consumidos são os ansiolíticos, hipnóticos e barbituricos (21,29%pais; 30,21%mães); os opiáceos, as anfetaminas e afins. Dos **medicamentos não psicofármacos** são os analgésicos(30,92%pais; 37,06%mães), os laxantes, os minerais e vitaminas os mais consumidos. O uso de medicamentos pelas figuras parentais (pai e mãe) com receita médica, retrata as finalidades específicas de acordo com os sintomas manifestos e psicopatologias diagnosticadas (médico).

Segundo a diferença de **sexo** fica evidente que as mulheres (34,74%) são as maiores consumidoras das drogas anorexígenas (anorexigênicas, ou anoréticas),as popularmente conhecidas como moderadores do apetite. O mais preocupante é os usuários dependentes, que com decréscimo do efeito desejado passam a associar ansiolíticos com outros sedativos, ou até mesmo uso de neurolépticos para cortar os efeitos indesejáveis (insônia) dos moderadores de apetite. Destaca-se que as mulheres têm o hábito de associar a estas drogas os laxantes e /ou diuréticos. Os abusos de xaropes (codeínicos) antitussígenos pelos pais (46,53%), bem como pelas mães (53,38%), com prescrição médica e sem indicação, e com os analgésicos (dor física e psíquica) 59,77%pais e 69,39%mães.

Ao estabelecermos uma comparação de consumo de medicação com prescrição médica e do hábito de automedicação das figuras parentais dos adolescentes estudantes da rede privada (Grupo B) evidência que estão utilizando em maior percentual do que os pais e mães dos adolescentes pertencentes à rede pública (Grupo A).

Os resultados comprovam que o hábito de consumo de medicamentos em geral e de psicotrópicos inicia dentro da constelação familiar, sendo a droga mais consumida após o álcool e tabaco. Os adolescentes internalizam comportamento manifesto adicto parental, são

induzidos ao consumo pelos meios de comunicação que divulgam sem restrições os medicamentos, aceito pela sociedade como droga lícita (oficial), de fácil aquisição (casa,farmácias), além de muito consumidas pelas figuras parentais (pais e mães), e prescrita pelo médico, mas nem sempre com devido rigor de controle.

No ranking das drogas oficiais os medicamentos ocupam a terceira posição, mas ao somarmos os ansiolíticos, tranqüilizantes, anfetaminas, barbitúricos, anticolinérgicos, anorexígenos e xaropes codeínicos, analgésicos, estes superam o tabaco e os solventes/ inalantes mesmo com alto percentual de usuários adolescentes e crianças estudantes da rede pública e rede privada do Brasil.

Quanto ao **hábito de uso e abuso de drogas "tóxicos" ilícitas,** da amostra das figuras parentais (967 pais e 995 mães) fica evidente que os filhos adolescentes têm conhecimento que foram usuários de drogas ilícitas na vida (47) 4,86% pais e (28) 2,82% mães. Entre as substâncias de uso ilícito, os **tipos** mais consumidos pelas figuras parentais, que foram usuários na sua juventude, estão em primeiro lugar a cannabis (maconha), em segundo a cocaína, em terceiro o lança perfume, em quarto lugar a heroína, LSD e morfina.

Ao estabelecermos uma comparação entre os Grupos A e B de figuras parentais estudadas, no que diz respeito ao uso de drogas ilícitas, fica evidente que os pais e mães dos adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) apresentam maior percentual de usuários, mas embora a diferença seja pequena 5,25% de pais e 3,49% de mães de adolescentes da rede pública (Grupo A), se evidenciou 4,45% pais e 2,10% mães de adolescentes da rede privada (Grupo B) que fizerem uso de drogas (tóxico) alguma vez quando jovens.

Em relação às **atitudes, reações, comportamento manifesto, nível de informações e interesse pelo tema "drogas"** demonstrado pelas figuras parentais, segundo os filhos adolescentes de ambos os sexos, do total da amostra (967 pais e 995 mães), destes 88,32% dos pais e 86,71% das mães demonstram para os filhos que possuem informações suficientes para estabelecerem um diálogo e adotarem atitudes educativas voltadas para prevenção ao uso e abuso, além destes manifestarem interesse em manterem-se bem informados. Fica evidente que 50% dos pais e mães dialogam com os filhos sobre a questão das drogas, mas isto ocorre de forma esporádica, provavelmente quando surge o problema na família. Embora as figuras parentais "*ego auxiliares e superego*" manifestem um certo grau de preocupação, suas atitudes demonstram baixa conscientização, responsabilidade e autoridade em estabelecer limites e transmitir valores psicobiológicos, morais e transcendentes para os filhos adolescentes.

As **reações e atitudes manifestas pelas figuras parentais** (pais e mães) descritas por adolescentes que fizeram uso na vida (experimentadores), ou são usuários adictos de drogas lícitas e ilícitas, fica evidente os baixos percentuais de pais que estabelecem um diálogo afetivo e efetivo, estabelecem limites, aconselham e transmitem valores (*psicobiológicos, ético-morais,transcendentes*) conducentes a um estilo de vida saudável, auxiliam no processo de dessimbiotização (autonomia), revitalizam laços paterno-materno, contribuem para fortalecimento de auto-estima positiva e a conquista da identidade própria do filho adolescente.

Fica evidente que as atitudes adotadas e manifestas pelas figuras parentais como agressão física, castigo/ punição, restrição à liberdade, corte de dinheiro, ameaça denúncia à polícia, expulsão da família/casa quando descoberto que o filho se envolveu (usou tóxico), ou

é drogadicto, demonstram o nível de descontrole emocional, existência de patologia sociofamiliar, conflito nas relações interpessoais familiares, a ausência de autoridade parental, ou seja, ausência de um pai firme, de identidade bem-delineada e cumpridor de sua função específica. Para Lacan (1966) a presença do pai equivale a de um "falo" organizador, que personifica a lei e as normas, além de efetivar as regras do jogo.

Outras atitudes manifestas pelos pais e mães como indignação e raiva, sentimento de culpa, impotência diante do filho adicto, angústia, fraca auto-estima (*desestima*), ou então indiferença, como "*fazer vista grossa*" diante da conduta impulsiva e drogadictiva do filho (a) revelam manifestação de múltiplos mecanismos defensivos como negação, projeção, identificação, dissociação, racionalização que acabam reforçando a conduta adictiva do filho ao invés de ajuda-lo a libertar-se "deixar de ser escravo" da droga .

Fica evidente que a grande maioria das figuras parentais utilizam-se de processos defensivos negando que a estrutura familiar esta desintegrada, fragmentada e necessita de ajuda terapêutica para restabelecer os canais de comunicação e saúde mental de seus membros, pois acreditam que fazer interrogatórios "só dialogar", dar conselhos moralistas resolvem o problema do filho adolescente. Observa-se que são apenas 2,69% de pais e 2,72% de mães que buscam ajuda terapêutica em serviços especializados (dependência química, toxicômanias, drogadependência).

Outro aspecto nos chama atenção é que mais de 50% das figuras parentais (pais e mães) diante dos filhos que apresentam problemas biofísicoemocionais, têm atitudes comportamentais manifestas de extrema preocupação, mas é baixo percentual de pais e mães que reagem diante do quadro de sintomas manifestos pelo adolescente e procuram investigar as causa através de auxilio médico e /ou psicológico.

Em relação às **fontes de informações e aquisição de conhecimentos e procura de serviços norteadores de abordagens educativas sobre o tema drogas tóxicas** demonstrado pelas figuras parentais (pais e mães), segundo os filhos adolescentes fica evidente que estes (pais e mães) utilizam-se de todas as formas e meios de comunicação e serviços de orientação para dialogar, aconselhar a não se envolverem com o mundo das drogas.

Ao estabelecermos uma comparação quanto ao **grau de interesse** e aquisição de conhecimentos e recursos procurados pelas figuras parentais estudadas (Grupos A e B), fica evidente que são os pais e mães dos adolescentes estudantes das escolas do Grupo B (rede privada) que buscam mais informações através dos meios de comunicação (reportagens na televisão e leituras), provavelmente tal hábito comportamento manifesto esteja relacionado com nível educacional, cultural, poder econômico e condição social que ocupam na sociedade; quando comparados com a situação sócio-econômica e educacional das figuras parentais dos adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública).

Quanto aos **valores, atitudes e tipo de relacionamento manifesto** pelas figuras parentais (pais e mães) **para com a escola** (direção e professores), segundo os filhos adolescentes fica evidente que entre a autoridade parental são as **mães** que demonstram maior envolvimento com tudo que diz respeito ao seu desenvolvimento bio-psico-sócio-cultural-educacional, quando comparados aos valores, atitudes e comportamentos manifestos pelos pais destes adolescentes estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo (rede privada).

Em relação às atitudes manifestas pelas figuras parentais (46,85%pais e 52,47%mães) revelam que a família deve participar de **Programas de Prevenção ao consumo de drogas na escola** e demais problemas detectados no contexto escolar. Fica evidente que o comportamento parental dos adolescentes das escolas do Grupo B (rede privada) demonstram maior preocupação com as questões relacionadas a condições do ambiente escolar, em especial a segurança dos filhos, a área física, condições sanitárias adequadas para o processo ensino-aprendizagem-socialização e com o problema do agir e da atuação das condutas psicopatológicas de adolescentes/ grupos de alunos como delinqüência juvenil, violência,consumo e tráfico de drogas dentro do ambiente escolar e as imediações, quando comparados aos dos pais e mães dos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública).

Quanto ao **processo de comunicação** e **qualidade nas relações interpessoais** com direção e professores da escola, fica evidente que são as figuras parentais (pais e mães) dos estudantes do Grupo B (rede privada) que mantêm maior envolvimento, participam de reuniões, demonstram interesse e exigência de atitudes não só voltadas às questões didático-pedagógicas, mas com o papel da escola na complementação da educação iniciada na família, quando comparados às figuras parentais dos adolescentes das escolas do Grupo A. Chama-nos atenção quanto ao grau de desinteresse demonstrado por 61,01% de pais e 44,96% de mães de adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) pelas questões didático-pedagógicas, como também do papel da escola para conscientização e formação da cidadania.

2 PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAL-EDUCACIONAL-PSICOLÓGICO E ESTILO DE VIDA, VALORES, CRENÇAS, MOTIVAÇÕES E SUA RELAÇÃO COM O USO E ABUSO DE DROGAS, GRAU DE CONHECIMENTO, AUTOCONCEITO DE IMAGINAÇÃO CRIADORA, PERFIL CRIATIVO E POTENCIAL DE CRIATIVIDADE DE ADOLESCENTES.

A partir do depoimento dos adolescentes sobre suas características sócio-demográficas, étnicas, culturais, educacional, sentimentos manifestos nas relações interpessoais com as figuras parentais (pai e mãe), irmãos (homem e mulher), colegas de classe, corpo docente (professor e direção) da escola e quanto ao seu estilo de vida tivemos acesso e conhecimento dos seus valores, atitudes, hábitos, lazer, crenças, bem como o nível de conhecimentos e de seus hábitos de uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, e ainda quanto seu autoconceito de imaginação criadora e potencial de criatividade para apresentação do referido perfil.

A **idade** dos adolescentes de ambos os sexos, do total da amostra (1004) oscila entre 14 a 21anos. Evidencia-se que são 85,50% dos adolescentes do sexo masculino (462), e 86,91% do sexo feminino (542) do estudo, se situam na faixa etária de 15 a 17 anos.

Quanto à **origem / etnia** dos adolescentes do total da amostra (462 rapazes e 542 moças), fica evidente a predominância de origem européia, famílias emigrantes de países de língua (idioma) latino e germânico.

Em relação ao **estado civil** dos adolescentes de ambos os sexos do total da amostra, fica evidente que são solteiros 98,70% do sexo masculino e 98,34% do sexo feminino.

Quanto à **naturalidade** dos estudantes de ambos os sexos do total da amostra, fica evidente que a predominância são os nascidos na cidade de Porto Alegre-RS.

Em relação ao **grau de dependência econômica da família** do total da amostra de adolescentes de ambos os sexos, evidencia-se a predominância dos que são dependentes.

Quanto à **situação funcional** dos adolescentes que trabalham, evidencia-se 18,82% do sexo masculino e 14,39% do sexo feminino que desempenham algum tipo de atividade laboral.

Ao compararmos os adolescentes de ambos os sexos que **trabalham e estudam**, evidencia-se a maior concentração de estudantes trabalhadores pertencentes às escolas do Grupo A (rede pública), do que os adolescentes pertencentes às escolas do Grupo B (rede privada).

Quanto o **turno de estudo na escola** dos adolescentes de ambos os sexos, evidencia-se a maior concentração no turno da manhã. Destaca-se que os estudantes da rede privada (Grupo B) estudam em dois turnos, se comparados com os estudantes de ambos os sexos da rede pública (Grupo A) que freqüentam a escola no turno da manhã.

Em relação ao **desempenho escolar** do total da amostra (462 rapazes e 542 moças), destaca-se que apresenta de bom a excelente desempenho 51,31% dos estudantes do sexo masculino e 66,24% do sexo feminino.

Ao compararmos, fica evidente que apresentam desempenho escolar de bom a excelente em percentuais muito semelhantes os estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada). A comparação entre os sexos, evidencia-se que as estudantes do sexo feminino têm melhor desempenho escolar do que os estudantes do sexo masculino.

Quanto a variável **reprovação escolar** do total da amostra, evidencia-se que 29,22% dos rapazes e 24,91% das moças já foram reprovados entre 15 a 16 anos, associando tal fato a situações ansiogênicas, baixa auto-estima (*desestima*), inadequação do currículo escolar e do sistema de ensino,falta de criatividade, conteúdos dissociados da realidade, interesse e motivações do adolescente.

Em relação à **dedicação ao estudo extraclasse** do total da amostra, evidencia-se que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e do Grupo B se comportam de forma semelhante. Chama atenção que a maioria dos estudantes dedicam menos de uma hora diária aos estudos extraclasse.

Quanto às **motivações para estudar** convém destacar que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e do Grupo B têm as mesmas aspirações seja para ter uma profissão, passar no vestibular e cursar uma universidade, ter cultura e outros motivos como fortalecer as relações interpessoais, melhorar a comunicação, ampliar conhecimentos voltados para obterem melhor qualidade de vida e êxito profissional.

Em relação ao **comportamento manifesto** do adolescente **diante** do **estilo de vida das figuras parentais** (pai e mãe) do total da amostra, fica evidente a predominância dos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e do Grupo B, que

manifestam prazer e gosto, porque os pais convidam a compartilhar de seus hábitos cultivados (cultural, artístico, social, lúdico,esporte,atletismo). Apenas uma minoria de adolescentes manifestam-se desmotivados; com falta de tempo; e pais que não compartilham seus hábitos valorados com os filhos.

Ao compararmos, fica evidente que estudantes de ambos os sexos demonstram comportamentos manifesto semelhante sobre o estilo de vida das figuras parentais (pai e mãe) diante das atitudes, os hábitos praticados e mais valorados no seu tempo livre, bem como compartilham com estes.

Quanto às **relações interpessoais com as figuras parentais** (pai e mãe) do total da amostra dos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada), evidencia-se maior predominância de um excelente relacionamento entre pais e filhos, em termos de qualidade.

Em relação aos **sentimentos de descontentamento** com as **atitudes manifestas** pelas figuras parentais (pai e mãe) para com os filhos, os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B revelam em ordem decrescente os seguintes sentimentos: desconfiança e "me desvalorizam", desamor, agressões, maltrato físico, violência sexual, submetido a humilhação perante outras pessoas, se sentem envergonhados da ignorância cultural dos pais. Da amostra estudada, são os estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) que emitem maior grau de descontentamento com atitudes dos pais.

Ao compararmos o **comportamento** manifesto **paterno com** o **materno**, evidencia-se maior predominância de **mães** que adotam atitudes e comportamento manifesto de intolerância e total descontrole emocional diante dos filhos (as) tais como: desvalorizar, desconfiança, humilhar, efetuar agressões e maltrato físico, atitudes que afetam a auto-estima (desestima) do filho adolescente. Os **pais** em menor percentual, têm atitudes mais rígidas e comportamento manifesto de intolerância, desamor, desconfiança e de não valorizar o filho adolescente.

Os adolescentes de ambos os sexos das escolas do Grupo B (rede privada) em maior percentual afirmam estarem descontentes e sentem vergonha pela ignorância cultural do pai ou da mãe, pelo fato de pertencerem a famílias de melhor condição sócio-econômica-cultural (classe média-alta) e freqüentarem ambientes, clubes diferenciados onde as relações pessoais são mais exigentes , críticas e discriminatórias, se comparados aos adolescentes das escolas de Grupo A (rede pública) que pertencem a famílias de menor condição e posição social não manifestam tal sentimento com tanta intensidade.

Quanto às **relações interpessoais com os irmãos** (homens e mulheres) do total da amostra (1004) dos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada), evidencia-se que eles mantêm entre bom a excelente relacionamento com 49,00% dos irmãos homens e 53,69% das mulheres.

Em relação às **atitudes** e **qualidades** manifestas que mais **valorizam** no relacionamento com os irmãos (homens e mulheres), os adolescentes de ambos os sexos consideram em ordem decrescente as seguintes demonstrações de: lealdade, confiança e amizade, alegria, amor, inteligência e criatividade, ajuda na resolução de problemas,

responsabilidade, estabilidade emocional. Os adolescentes de ambos os sexos do estudo em baixo percentual manifestam desejo de ter semelhança física com os irmãos.

Quanto às **atitudes** e **comportamento** manifesto pelos irmãos (homens e mulheres), que os adolescentes de ambos os sexos **desaprovam** são: demonstrações de desconfiança, insegurança e nervosismo.

Em relação à descrição de **traços** característicos da **personalidade masculina** pelos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada), evidencia-se que os **traços negativos** marcantes nos irmãos (homens) são: a preguiça, a irresponsabilidade, a mentira, a deslealdade, o uso de drogas, desprovido de bons hábitos de higiene, desprovido de educação e requinte/ boas maneiras. Os comportamentos manifestos interpretados como **traços positivos** dos irmãos (homens) são: guardar segredos/ sigiloso, respeitar a privacidade, excluir menos, ser menos egoísta, não fazer fofocas, não ser ciumento.

Quanto àqueles **traços** característicos da **personalidade feminina** destacados pelos adolescentes do estudo, evidencia-se que os **traços negativos** presentes nas irmãs (mulheres) são: fofoqueiras, desrespeitam a privacidade, revelar segredos, muito egoístas, excluem mais, mais ciumentas, desprovida de educação e requinte/ boas maneiras. Os comportamentos manifestos interpretados como **traços positivos** das irmãs são: menos preguiçosas, mais responsáveis, mentem menos, pouco desleais, usam menos drogas, têm bons hábitos de higiene.

Fica evidente que os adolescentes de ambos os sexos, estudantes das escolas do Grupo A e as do Grupo B destacam determinadas atitudes e qualidades consideradas como referências importantes ao seu desenvolvimento emocional e moral, consolidação de identidade própria .

Quanto às **relações interpessoais com colegas de classe** da amostra estudada (462 rapazes e 542 moças) de adolescentes estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada), evidencia-se que em termos de qualidade, 54,55% dos rapazes e 54,43% das moças estabelecem bom relacionamento.

Fica evidente que os adolescentes de ambos os sexos estudantes dos dois grupos de escolas emitem **autoconceito** muito semelhante referente ao tipo de relacionamento estabelecido com colegas de classe/ turma.

Em relação à descrição de indicadores de **auto-estima** manifesta pelos adolescentes de ambos os sexos pertencentes às escolas do Grupo A e do Grupo B a partir de como os colegas e/ou companheiros de classe/turma os vêem e avaliam (sentimentos, atitudes), destacam-se como **atitudes positivas** apontadas de ser pessoa alegre e comunicativa, amigo carismático, conselheiro, sabe ouvir (colegas,amigos).As **atitudes negativas** apontadas de ser pessoa orgulhosa, agressiva, triste e deprimida.

Quanto à **auto-estima** manifesta pelas adolescentes **estudantes do sexo feminino** (542), evidencia-se como **atitudes positivas** reveladoras de indicadores de alta auto-estima, como ser alegre, comunicativa e extrovertidas, grandes amigas, carismática, mais conselheiras, mais solicitadas porque sabem ouvir/escutar e compreendê-los, menos agressivas, mais desinibidas, pouco tímidas, reservadas. Revelam indicadores de baixa auto-

estima (*desestima*) as adolescentes que têm **atitudes negativas** manifestas, como: pouca liderança, orgulhosas, mais deprimidas, tristes; quando comparadas aos adolescentes do sexo masculino pertencente às escolas do Grupo A e as do Grupo B.

Quanto à **auto-estima** manifesta pelos adolescentes **estudantes do sexo masculino** (462) ficam evidente as **atitudes positivas** descritas como indicadores de alta auto-estima, tais qualidades: maior liderança, mais reservados, menos orgulhosos, menos tristes e deprimidos; as **atitudes negativas** manifestas de *desestima* são: pouco conselheiros, ouvem menos (moças), controlam emoções/alegria, pouco carismático.

Ao compararmos as **manifestações de afeto** nas relações de amizade com os colegas de classe, evidencia-se que os adolescentes do sexo masculino das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada), em maior percentual têm muitos amigos, do que as do sexo feminino; mas, são as estudantes que revelam ter poucos amigos porém íntimos.

Quanto às **reações de descontentamento** manifestas diante das atitudes dos colegas da escola, evidencia-se que os estudantes do sexo masculino se comportam de forma distinta as do sexo feminino. As adolescentes têm a percepção de atitudes (positivas e negativas) mais apuradas que refletem seu nível de maior consciência do decréscimo da presença de *valores morais* (responsabilidade, dirigir a vida/autonomia, trabalho, perseverança, honestidade); de valores *sociais* (tolerância,igualdade, generosidade); de valores *estéticos-intelectuais* (sentido crítico, boa educação); de valores *transcendentes* (sentido da vida); de valores *psicobiológicos* (saúde, amizade,autocontrole,auto-estima) entre os colegas e amigos dos grupos de iguais.

Quanto às **relações interpessoais com o corpo docente** (professor e direção) da amostra (462 rapazes e 542 moças), evidencia-se que manifestam ser bom, 56,93% dos adolescentes do sexo masculino e 62,73% das do sexo feminino.

Ao compararmos o **autoconceito** emitido pelos adolescentes do sexo masculino e feminino do total da amostra (1004), em relação às atitudes e comportamento manifesto na escola com professores e direção, fica evidente que as **estudantes do sexo feminino** em maior percentual se comportam através de **atitudes positivas** manifestas como: demonstração de maior responsabilidade, dedicação, dinamismo, concentrada nos estudos, disciplinada, mais alegre (espontâneas), afetivas, mais controladas, pouco agressivas, e maior tolerância. Os **estudantes do sexo masculino**, evidencia-se um maior percentual de indicadores de *desestima,* se auto-avaliam destacando as **atitudes negativas** manifestas para com professor e direção, tais como: são preguiçosos, indolentes, indisciplinados, impulsivos, mais agressivos, intolerantes, pouco afetivos, mais irresponsáveis. Quando comparados às estudantes do sexo feminino que revelam auto-avaliação de atitudes, comportamentos, e sentimentos manifestos indicadores de ter auto-estima positiva.

Em relação à descrição do **perfil psicosociocultural do professor** da amostra (462) de **adolescentes do sexo masculino** estudantes das escolas do Grupo A e do Grupo B, fica evidente o **nível de insatisfação** diante das atitudes e comportamento manifesto considerado inadequado nas relações interpessoais estabelecidas entre professor e estudante, tais como: mau humor, agressividade; não aceita sugestões; ser prepotente, orgulhoso; desinteressado; sem criatividade; demonstra desafeto e rigidez; desconfiado; mantêm-se distante e indiferente; desatualizado; inseguro, não toma decisões; possui pouca cultura;

egoísta. As atitudes e valores manifestos pelo professor para com eles revelam sua **satisfação** com demonstração de honestidade de caráter; alegria, é sorridente e descontraído; domina a área de conhecimento; estimula à criatividade do estudante; contribui para formação de consciência crítica; autoconfiança, e não discrimina usuário de drogas.

Quanto à descrição do perfil psicosociocultural-educacional do professor pelas (542) **adolescentes do sexo feminino** de ambos grupos de escolas, fica evidente o **nível de insatisfação** diante das atitudes e comportamentos manifestos para com elas, considerados como inadequados são: não aceita sugestões; mau humor e agressividade; sem criatividade; prepotente e orgulhoso; demonstra desafeto e rigidez; desinteressado; desconfiado; mantêm-se distante e indiferente. As **atitudes e valores** manifestos pelo professor para com as estudantes revelam sua **satisfação** com a demonstração de alegria, é sorridente e descontraído; domina a área de conhecimento; é comunicativo e afetivo; honestidade de caráter; capaz de contribuir na formação de consciência crítica; estimula a criatividade; auxilia dificuldades pessoal e escolar; autoconfiança, e não estigmatiza pessoas.

Ao compararmos, fica evidente que os estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo B (rede privada) são mais críticos ao avaliarem as atitudes e valores manifestos pelos professores e direção para com eles, sendo um menor percentual de estudantes das escolas do Grupo A (rede pública), que percebem e emitem seu julgamento crítico. Na comparação entre sexos, evidencia-se que são as adolescentes das escolas do Grupo B que manifestam um nível de exigência superior aos rapazes e, ao das estudantes das escolas do Grupo A, que manifestam insatisfação, mas têm dificuldades (medo, temor) de expressarem suas percepções, sentimentos e apresentar sugestões de mudanças na postura e abordagem educativa do professor e direção. Chama atenção que muitas adolescentes manifestam atitudes e sentimentos de descontentamento com o professor através de atuações simbólicas como: indisciplina; agressividade e atos anti-sociais; ausente/desligada; desinteresse pelos estudos, desmotivada com o conteúdo/matéria, apatia; fugas da sala de aula; isolamento; uso de drogas e evasão escolar.

Quanto ao **estilo de vida**, **valores,atitudes e hábitos** manifestos pelos **estudantes do sexo masculino** (462) de ambos grupos de escolas, fica evidente que praticam mais esportes; freqüentam assiduamente clube social; tocam instrumento musical e participam de bandas e/ou grupos musicais; preferem conversar com amigos na rua, se comparados às adolescentes do sexo feminino. Mas são **as estudantes** (542) que em maior número realizam exercícios, ginástica corporal; lêem jornal, revistas e livros; freqüentam cinemas, teatros, discotecas e bares; acompanham a família em viagens de férias, passeios; reúnem-se com familiares e amigos em casa; freqüentam a igreja e praticam culto, religião,etc.; gostam de escrever poesias e desenhar; auxiliam mais nas tarefas domésticas e outros encargos da família se comparadas aos estudantes do sexo masculino.

Ao compararmos o **estilo de vida** manifesto pelos (246) **estudantes do sexo masculino** das escolas do Grupo B (rede privada) evidencia-se que um maior percentual tem o **hábito de praticar** esportes, fazer exercícios, ginástica corporal (academias, clubes); leitura de jornais, revistas, livros; freqüentar cinemas, teatros e shows, adquirir cultura geral; viajar nas férias e acompanhar passeios programados pela família; participar de excursões e acampar com amigos (ao longo ano e férias); reunir-se com familiares, parentes e amigos em casa; comemorar datas festivas com a família; auxiliar muito nas tarefas domésticas e outros encargos da família. Destaca-se que ainda **ocupam** a maior parte de **seu tempo livre** em práticas valoradas em ordem decrescente: assistindo TV, filmes, documentários, esportes;

ouvindo música (curtir som); a leitura; reunir-se com amigos, e família em casa; freqüentar shopping, cinema, shows, teatros com amigos; praticando esportes, exercícios, ginástica corporal; participando competições jogos, atletismo; auxiliando/assumindo tarefas domésticas; freqüentar discotecas, bares clube social; conversar com amigos na rua; freqüentar a igreja, praticando religião, culto/filosofia; escrever poesias, desenhar; tocando instrumento musical e participando de bandas e/ou grupo musical; cultivo de plantas. Se compararmos os hábitos cultivados pelos (216) **estudantes** do mesmo sexo pertencentes às escolas do **Grupo A** fica evidente que têm atitudes e comportamentos manifestos muito semelhantes, o que os diferencia é que em maior percentual utilizam seu tempo livre desfrutando das atividades culturais e esportivas oferecidas pela associação comunitária do bairro; cultivam e manifestam qualidades criativas como escrever poesias, textos literários e a arte de desenhar; através da música, tocam instrumentos musicais e participam de bandas; dedicam-se a natureza e ao cultivo de plantas; e, têm hábito de estar só na rua para caminhar, pensar e passar o tempo.

Em relação ao **estilo de vida** manifesto pelas **estudantes do sexo feminino** das escolas do Grupo B (rede privada), fica evidente que apresentam um maior percentual no **cultivo de hábitos** de praticar exercícios, ginástica corporal, atletismo, jogos, se preocupam com estética (*auto-imagem corporal*) freqüentam academias; freqüentam shopping, cinema, teatro, shows, discotecas e bares, clube social; participam de excursões, acampamentos com amigos; reúnem-se com familiares; têm hábito de estar só; sair para rua (pensar, caminhar, passar o tempo). Se comparadas às estudantes do Grupo A (rede pública), fica evidente que embora mais numerosas, praticam menos as atividades descritas, e ocupam seu tempo livre em atividades semelhantes aos rapazes do mesmo grupo de escolas. Chama atenção que os estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo B cultivam hábitos que tem relação direta com melhor condição sócio-econômica-educacional e cultural das famílias ao qual pertencem, ocupam uma posição diferenciada se comparados aos estudantes pertencentes às escolas do Grupo A.

Quanto ao **tempo dedicado** (lazer) às atividades mais valoradas extra-classe (escola), fica evidente que os **estudantes do sexo masculino** das escolas do Grupo A e os do Grupo B em menor percentual usam a mídia (TV, filmes, vídeo e videogames), praticam esportes e jogos; praticam e estudam música. Se comparados as adolescentes do **sexo feminino**, que, em maior percentual, escutam/ouvem música; estudam extra-classe, fazem tarefas da escola; têm o hábito de ler (jornal, revistas, livros) e cultivam arte de desenhar, pintar, escrever. Em relação ao hábito do estudante passar seu tempo livre na rua, não se observa diferenças significativas entre os estudantes do sexo masculino e feminino, ambos se comportam de modo muito semelhante, 61,18% dos rapazes e 63,78% das moças passam de 1 a mais de 3 horas/dia na rua além do horário escolar.

Fica evidente que a televisão e outras formas de mídia visual, especialmente a internet desempenham um enorme papel na vida das crianças e dos adolescentes, através dos programas educativos, lúdicos ensinam a conhecer o mundo, despertam à curiosidade e ampliam a comunicação. Mas segundo os especialistas (psiquiatras e psicanalistas) a mídia atrapalha no horário dos estudos, fere a moral com cenas de sexo e estimula a violência, além de roubar o tempo de convívio familiar, distorce a realidade, estimula o consumo, mostra valores éticos, morais e culturais diferentes, antecipa discussões que provocam rupturas na família, apresenta programação inadequada; ignora aspectos estruturais psicoemocionais do desenvolvimento humano.

Em relação a **crenças, religião e práticas de doutrinas, seitas e filosofias** destacam-se que os adolescentes (247 rapazes e 364 moças) crêem e praticam algum tipo de religião, têm fé e procuram acreditar numa força superior denominada Deus, Buda, Maomé. Fica evidente que a religião católica apostólica romana é a predominante entre os que praticam e não praticam, são 43,29% dos estudantes do sexo masculino e 50,38% do sexo feminino. Tal valor manifesto está relacionado com as crenças e práticas das figuras parentais, que têm a fé, a religiosidade como um valor transcendente referencial para a vida pessoal e estrutura familiar, herdada e cultivada por várias gerações de colonizadores emigrantes italianos, espanhóis, portugueses, etc. Os adolescentes cristãos protestantes em menor percentual seguem as práticas parentais (pai e mãe), são emigrantes alemães seguidores de várias ramificações de Lutero e Calvin, etc.

Convém destacar uma maior atração de adolescentes de ambos os sexos das escolas do Grupo A (rede pública) pela diversidade de religiões, cultos, seitas e filosofias, do que os das escolas do Grupo B (rede privada). Evidencia-se um elevado percentual de adolescentes que são **ateus**, 46,54% de estudantes do sexo masculino e 32,84% do sexo feminino de ambos grupos de escolas.

Os jovens atualmente estão procurando outras crenças (cultos exóticos) para satisfazer suas necessidades místicas, ou suas carências de sustentação moral e estando vulneráveis tornam-se presas fáceis de muitas seitas que os conduzem a processos de autodestruição, a uma ideologia fanática e indutora a drogadicção, perversões, suicídios, atos violentos, etc.

Hábitos de consumo de drogas lícitas e ilícitas manifestos pelos adolescentes de ambos os sexos fica evidente os resultados obtidos em cada uma das substâncias.

Quanto aos **hábitos de consumo de tabaco** da amostra estudada (462 rapazes e 542 moças) evidencia-se que 29,87% dos adolescentes do sexo masculino e 47,23% do sexo feminino já fumaram **alguma vez na vida**. **Fumam atualmente** 16,02% dos rapazes e 24,17% das moças; sendo na **freqüência** de consumo de tabaco **todos os dias** 19,56% dos rapazes e 24,22% das moças, e a **quantidade diária** de consumo fumam entre 10 a mais de 21cigarros 13,51% dos rapazes e 13,74% das moças. Mas em média 86,38% de estudantes de ambos os sexos das escolas do Grupo A e os do Grupo B tem comportamento manifesto de fumantes regulares com dependência baixa fumam de 1 a 9 cigarros ao dia.

Em relação à **idade** que **fumou pela primeira vez** fica evidente que dos adolescentes que tiveram experiência (138 rapazes e 256 moças) que a maior concentração ocorreu na idade de 13 a 15 anos, são 61,60% dos estudantes do sexo masculino e 68,76% do sexo feminino. Chama atenção que embora com baixo percentual, mas ainda crianças, com idade entre 4 a 9 anos alguns sujeitos tiveram sua primeira experiência com tabaco 6,52%dos rapazes e 1,98% das moças. Evidencia-se que um maior percentual dos estudantes, de ambos os sexos, compartilharam sua primeira experiência de fumar cigarro em **companhia** do grupo de amigos.

Quanto ao **local** de **primeira experiência** de consumo **tabaco** os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B, evidencia-se que a maioria revela que fumou na praia, na rua, e em casa da família. Os **meios facilitadores** para o consumo de tabaco, os adolescentes manifestam a **preferência** por **locais** abertos na praia,

na rua; em ambientes fechados, em casa (dormitório), na casa de amigos; em locais públicos como discotecas, festas jovens, bares; e nas dependências (pátio, toalete) do colégio/escola.

Os jovens em sua maioria, experimentam o cigarro por inúmeros motivos: porque o "grupo de iguais" os amigos fumam para sentir-se aceito; não ser diferente; por curiosidade; para ter prazer, sentir sensações; sentir-se forte; divertir-se; controlar emoções, ansiedade, angústia; diminuir o apetite, a voracidade alimentar; para não ter medos, depressões, tristeza, etc., melhorar desempenho na escola, no esporte, nas relações sexuais, etc.

Quanto ao **hábito de consumo de álcool** dos adolescentes de ambos os sexos, do total da amostra (462 rapazes e 542 moças), destes (401) 86,80% dos estudantes do sexo masculino e (475) 87,64% do sexo feminino já consumiram bebida alcoólica **alguma vez na vida**, estavam na faixa etária de 4 a 18 anos. Dos **atuais** consumidores (353) 76,41% dos rapazes e (376) 69,37% das moças se encontram na faixa etária dos 14 aos 21 anos.

Fica evidente que na **idade** de 13 a 15 anos ocorre a maior concentração da **1ª experiência** de consumo de álcool, sendo 62,10% dos adolescentes do sexo masculino e 70,11% do sexo feminino pertencentes às escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada). Destaca-se que as taxas de consumo são maiores nas moças do que nos rapazes.

Em relação à **freqüência**, fica evidente que os adolescentes de ambos os sexos, manifestam maior consumo de bebida alcoólica só em festas e nos fins de semana. Destaca-se que o consumo (cerveja) na freqüência de 2 a 3 dias/semana e diário são 11,42% dos rapazes e 3,38% das moças; mas os "ditos" bebedores **fins de semana** são 38,07% dos rapazes e 28,69% das moças. Ocorre o maior consumo de bebida (cerveja) **só em festas** 42,13% dos rapazes e 52,03% das moças, mas evidencia-se que as festas acontecem nos fins de semana.

Quanto à **quantidade** de consumo semanal, dos atuais (353 rapazes e 376 moças) consumidores de bebida alcoólica estão as adolescentes do sexo feminino em maior percentual do que os do sexo masculino, mas são os rapazes, 47,74% os maiores consumidores, na quantidade de 2 copos a 1litro (400 a 1000 ml) e 16,15% consomem mais de 2000ml; se comparados a 42,02% das moças que ingerem a quantidade 400 a 1000 ml; e são 4,25% que consomem mais de 2000ml.

A **prevalência** de consumo de álcool (tipo de bebida) pelos adolescentes de ambos os sexos ocorre em festas, aos fins de semana, dois a três dias/ semana e diário. A **preferência** entre as **bebidas fermentadas** destaca-se em 1º lugar a cerveja, entre o total de consumidores 98,25% dos rapazes e 98,32% das moças; ocupa o 2º lugar o vinho sendo 78,05% dos rapazes e 82,95% das moças; 3º a champanha, consumida por 76,31% dos rapazes e 78,95% das moças. Das bebidas **destiladas** a mais consumida, seguida das fermentadas,na ordem de preferência ocupa a 4ª posição o whisky, conhaque por 62,09% dos rapazes, seguido de consumo de coquetéis, licores, vodka, rum, gim, e cachaça/ aguardente. Na preferência das adolescentes ocupa a 4ª posição coquetéis 62,11% das moças, seguido do consumo de licores, vodka, rum, gim, whisky, conhaque,vermute, e cachaça/aguardente (caipirinha).

Em relação à **freqüência de embriaguez na vida**, dos adolescentes (401 rapazes e 475 moças) pertencentes às escolas do Grupo A e do Grupo B, que consumiram algum tipo de bebida alcoólica, evidencia-se que destes 21,95% dos estudantes do sexo masculino e

22,32% do sexo feminino se embriagaram entre 2 a 6 vezes. Mas no computo geral, os estudantes que vivenciaram o quadro de embriaguez de uma a mais de seis vezes, e os que informam ter perdido a conta, mais os que entraram em coma perfazem 86,80% dos rapazes e 87,64% das moças.

Quanto ao **local** de **1ª experiência na vida** de consumo de bebida alcoólica, dos adolescentes do sexo masculino e feminino (401 rapazes e 475 moças) estudantes de ambos Grupos A e B, fica evidente que ocorreu em maior concentração em casa da família, com os pais e irmãos; em locais públicos fechados, nos bares, festas, reuniões de jovens,com grupo de amigos; em espaços públicos abertos, praia, na rua; nas dependências do colégio/ escola. Dos **atuais** consumidores (76,41% rapazes e 69,37% moças) dos adolescentes de ambos os sexos consomem álcool sem qualquer restrição legal e controle dos adultos em maior concentração ocorre em ambientes públicos fechados, como em festas de jovens, boates/danceterias, bares; em menor concentração de consumidores em espaços fechados casa de amigos e ambiente familiar.

Em relação à **companhia** com quem compartilhou a **1ª experiência de consumo** de bebida alcoólica, os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e as do Grupo B evidencia-se, que o fizeram em maior percentual junto a familiares (pais/irmãos) e com grupo de amigos. Dos **atuais** consumidores de álcool em maior percentual, preferem beber em companhia do grupo de amigos, e namorado (a).

Ao compararmos, fica evidente que os adolescentes do sexo masculino e feminino, estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada), têm comportamento semelhante enquanto consumidores de tipo de bebida alcoólica; existem pequenas diferenças nos percentuais quanto à preferência por tipo de bebida e à freqüência de consumo na vida. Segundo a **diferença por sexo**, evidencia-se que as estudantes do sexo feminino, em maior percentual, preferem as bebidas mais suaves, doces e aromatizadas, especialmente às bebidas de graduação média (28º GL); já as destiladas, mais secas, fortes com alto teor (40º GL) de álcool são preferidas e consumidas pelos estudantes do sexo masculino.Destaca-se, 44,00% das estudantes do sexo feminino estão consumindo bebidas destiladas de alto teor de álcool. Os resultados indicam que a prevalência do consumo é maior entre adolescentes do sexo feminino do que os do sexo masculino,mas no conjunto geral são os rapazes que apresentam maior percentual de embriaguez na vida.

Os resultados mostram que as crianças internalizam desde a mais tenra idade, antes dos 7 anos o comportamento parental (mãe e pai), em sua maioria de forma velada os reproduz na pré-adolescência e de forma declarada na adolescência.

O álcool constitui-se na droga mais tolerada, e de maior permissividade social; são atribuídas a esta mais qualidade positivas, do que negativas no meio sócio-cultural familiar. O vinho e a cerveja fazem parte das refeições, porque os adolescentes são provenientes de famílias de culturas mediterrâneas e saxões (italiana, espanhola, portuguesa, alemã, eslavos, européia). Cada cultura tem seu sistema de valores que se perpetuam através de mecanismos de identificações introjetadas por várias gerações e de mecanismos institucionalizados que desempenham papel de contenção de impulsividade, de frustrações, redução do nível de *stress*, etc. Portanto cada cultura elege sua, ou suas drogas para produzir distintos efeitos, como utilizar, onde e para que finalidades as utilizam.

O álcool é uma droga que tem poder gratificante, em baixas doses produz euforia e ativação psicomotora, tem efeitos ansiolíticos e anticonflitos. O organismo, a partir de dose média manifesta disfunção psicomotora e ataxia, em doses altas fica claro que é um depressor do Sistema Nervoso Central (SNC), indutor de sedação, analgesia, anestesia, sono profundo e coma. Provoca inúmeras alterações do sistema endócrino-neurovegetativo.

Os aspectos relevantes para se considerar o álcool como uma droga adictiva são: seu poder gratificante, a tolerância física e social; e a dependência que ele é capaz de gerar.

Quanto aos **hábitos de consumo de medicamentos e psicofármacos/ psicotrópicos** dos adolescentes de ambos os sexos, do total da amostra (462 rapazes e 542 moças), destes (138) 29,87% dos estudantes do sexo masculino e (225) 41,52% das do sexo feminino já usaram medicamentos **alguma vez na vida**, ou seja, tiveram a primeira experiência entre as idades de 10 a 19 anos.

Fica evidente que na **idade** de 13 a 15 anos ocorre a maior concentração de consumidores de medicamentos **automedicação**, pela **1ª vez**, sendo 19,92% dos adolescentes do sexo masculino e 28,97% do sexo feminino pertencentes às escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada).

Em relação à **freqüência**, fica evidente que os adolescentes de ambos os sexos que se automedicaram o fizeram em maior percentual de consumo de drogas psicoativas e as de venda livre na categoria de uso única vez na vida. Destaca-se que o hábito de automedicação na freqüência do uso no último ano para o uso diário os adolescentes do sexo masculino se comportam distintamente das do sexo feminino. Na freqüência de consumo na **semana** os adolescentes do sexo masculino se automedicaram com medicamentos psicofármacos anorexigenos e anfetaminas

A **prevalência** de consumo de psicofármacos (tipo de droga) pelos adolescentes de ambos os sexos ocorreu no último ano, último mês, aos fins de semana, dois a cinco dias/semana e diário. A preferência manifesta são pelas substâncias psicoativas, as drogas do Grupo I- Depressores do Sistema Nervoso Central; as do Grupo II- Estimulantes do SNC; e Grupo III- Perturbadores do SNC.

Quanto ao uso de **psicofármacos** ou **medicamentos psicotrópicos** sem prescrição (receita) médica, dos adolescentes de ambos os sexos que se auto medicaram fica evidente que em maior percentual consumiram opiáceos e analgésicos opióides (Elexir Paregórico, xaropes, Analgésicos sedativos); anorexígenos (anfetamínicos), anfetaminas e xantinas; antidepressivos, benzodiazepinicos, ansiolíticos, barbitúricos; anticolinérgicos: orexígenos, antiespasmódico, antiasmático, antiparkinsonianos. Dos **medicamentos não psicofármacos** (venda livre) são analgésicos, antiestamínicos, vitaminas e minerais, laxantes.

Quanto ao hábito da **automedicação** relacionados à manifestação de **problemas físico-emocionais**, evidencia-se que justificaram que consumiram algum tipo de psicofármaco (62) 13,42% dos estudantes do sexo masculino e (119) 21,96% do sexo feminino das escolas do Grupo A e os do Grupo B.

Os **motivos** manifestos pelos adolescentes de ambos os sexos para justificar a **automedicação,** pela **1ª vez** de algum tipo de medicamento psicotrópico consumido, evidencia-se, que os **estudantes do sexo masculino** consumiram para aumentar a capacidade

e resistência física; melhorar o raciocínio; aumentar a concentração; ficar acordado; divertir-se; ter prazer; baixar peso/emagrecer; escapar de problemas pessoais. As estudantes do **sexo feminino** manifestaram que consumiram para baixar o peso/emagrecer; ficar acordada; melhorar o raciocínio; aumentar a concentração; aumentar a capacidade e resistência física; divertir-se; ter prazer; escapar de problemas pessoais.

Ao compararmos, fica evidente que as **adolescentes do sexo feminino** estudantes das escolas do Grupo A e as do Grupo B são em maior número consumidoras de psicofármacos e outros grupos de medicamentos com orientação e prescrição médica, como também sem prescrição, praticam automedicação de drogas contendo substâncias depressoras, estimulantes e perturbadoras do Sistema Nervoso Central; minerais, vitaminas e laxantes; os adolescentes do **sexo masculino** tem um comportamento semelhante mas de acordo com a classificação farmacológica Grupos I, II,III e V.L. são consumidores em menor e/ou maior número, visando a finalidade: o uso terapêutico, assim como seu abuso.

Quanto ao **hábito de uso e abuso de drogas "tóxicos" ilícitas**, da amostra estudada (462 rapazes e 542 moças), destes (144) 31,17% dos adolescentes do sexo masculino, encontravam-se na faixa etária dos 7 aos 18 anos; e (167) 30,81% das adolescentes do sexo feminino estavam na faixa etária dos 10 aos 19 anos, que já tiveram experiência **alguma vez na vida** com uso de substâncias psicoativas ilícitas. Dos **atuais usuários**/consumidores são (88) 19,05% dos rapazes e (94) 17,34% das moças estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e das do Grupo B (rede privada).

Em relação à **idade da primeira experiência** de uso drogas "tóxicos" fica evidente que dos adolescentes que tiveram experiência (144 rapazes e 167 moças) a maior concentração ocorreu na idade de 13 a 15 anos, (81) 56,25% dos adolescentes do sexo masculino e (108) 64,67% do sexo feminino; a seguir dos 16 aos 18 anos, (45) 31,25% dos rapazes e (50) 29,94% das moças. Chama atenção embora com baixo percentual, mas (2) 0,39% dos rapazes tiveram experiência precoce de uso, na idade dos 7 aos 9 anos; e consumo tardio acima dos 19 anos (1) 0,69% das moças.

Quanto a **freqüência**, fica evidente que do total de usuários (144 rapazes e 167 moças) de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B ocorreu a maior concentração de uso só **uma única vez na vida** (54,83% rapazes e 50,90% moças), os denominados *experimentadores* de multidrogas, tiveram contato e experimentaram substâncias psicoativas derivadas da cannabis, cocaína, opiáceos, alucinógenos e plantas alucinógenas (chás) e grande grupo dos inalantes (colas, solventes e aerossóis). Evidencia-se que o **uso diário** de todos os derivados de cada grupo de substância psicoativa (cannabis, cocaína, alucinógenos e derivados, opiáceos, inalantes/colas,solventes e aerossóis) ocorre com taxas consideráveis, não somente pelo percentual de consumidores do **sexo masculino**, mas pelo uso de multidrogas de forma regular; se comparados as taxas inferiores de usuárias do **sexo feminino** dos derivados do grupo de substâncias (cannabis, inalantes/solventes).

A **prevalência** de **usuários** na freqüência de **2 a 5 dias/semana e diário** evidencia-se que consomem os derivados 1º da **cannabis**: a) maconha (45) 31,25% dos rapazes e (25) 14,97% das moças; b) haxixe (10) 6,94% dos rapazes e (3) 1,80% das moças; c) THC (10) 6,94% dos rapazes e (3) 1,80% das moças; em 2º **inalantes**: a) solventes corretivos liquido (8) 5,56% dos rapazes e (8) 4,79% das moças; acetona (5) 3,47% dos rapazes e (8) 4,79% das moças; esmalte (5) 3,47% dos rapazes e (6) 3,59% das moças; b) cola (7) 4,86% dos rapazes e (1) 0,60% das moças; c) aerossóis: "lança perfume" (9) 6,25%

dos rapazes e (1) 0,60% das moças; éter (4) 2,78% dos rapazes e (1) 0,60% das moças; "loló" (1) 0,69% dos rapazes e (2) 1,20% das moças; em 3º **cocaína**: a) forma de pó (6) 4,17% dos rapazes e (1) 0,60% das moças; b) cocaína em pasta (5) 3,47%; e c) crack (5) 3,47% dos rapazes; em 4º **alucinógenos** a) sintéticos: LSD-25 (ácido lisérgico) (5) 3,47%; ecstasy (MDMA) (4) 2,78% dos rapazes; b) plantas alucinógenas: chás de Daime (3), Dama da Noite, Cartucho, Trombeta, Véu de Noiva, chá de cogumelo, DMT (3) 2,08%, cactos peiote-mescalina e Datura/lírio/saia branca (2) 1,39% percentual pouco significativo de usuários do sexo masculino e baixo consumo pelas consumidoras do sexo feminino; em 5º **opiáceos** : a morfina (5) 3,47% , ópio e heroína (4) 2,78% dos consumidores do sexo masculino. A freqüência de uso no **último ano**, as substâncias psicoativas mais consumidas pelos **estudantes do sexo masculino** são: 1º maconha; 2º inalantes: a) aerossóis: "lança perfume"; "Loló"; b) solvente benzina; c) colas; 3º cocaína em pó; crack; 4º alucinógenos; a) plantas: chá de cogumelo,DMT; os demais derivados de cannabis, cocaína, inalantes e solventes o consumo revela taxas muito baixas, se comparados às usuárias do **sexo feminino**, as drogas mais consumidas são: 1º a maconha; 2º inalantes: a) aerossóis: "lança perfume"; "loló"; b) solventes: benzina; corretivo líquido; acetona, tiner; c) colas; 3º cocaína; 4º alucinógenos: a) plantas: chá de cogumelo, DMT; cactus peiote-mescalina; Dama da noite; b) alucinógenos sintéticos: LSD-25 ácido; ecstasy (MDMA).

Ao compararmos, fica evidente que do total de usuários (144 rapazes e 167 moças) que tiveram experiência **alguma vez na vida** com drogas ilícitas, entre as substâncias mais consumidas pelos **adolescentes** do **sexo masculino** estão em 1º ***Cannabis***/ maconha consumida por (120) 83,33%; em 2º ***inalantes:*** a) aerossóis "lança perfume"(43) 29,86%; "loló" (30) 20,83%; b) solventes: benzina (34) 23,61%; tiner (22) 15,28%; fluido isqueiro (21) 14,58%; c) colas (29) 20,14%; em 3º ***cocaína*** pó (36) 25,00%; crack (11) 7,64%; em 4º ***alucinógenos:*** a) plantas: chá de cogumelo, DMT (15) 10,42%; dama da noite (10) 6,94%; b) sintéticos: LSD-25 (12) 8,33%; e 5º ***opiáceos*** (8) 5,56% dos rapazes; já as mais drogas psicoativas mais consumidas pelas adolescentes do **sexo feminino** estão, em 1º ***cannabis***/maconha (126) 75,45%; em 2º ***inalantes***: a) aerossóis: lança perfume (56) 33,53%; "loló"(27) 16,17%; b) solventes: benzina (38) 22,75%; acetona (25) 14,97%; corretivo líquido (24) 14,37%; c) colas (20) 11,90%; em 3º ***cocaína:*** pó ***(***25) 14,97%; em pasta (7) 4,19%; em 4º ***alucinógenos: a)*** plantas: chá de cogumelo, DMT (11) 6,59%; dama da noite (7) 4,19%; datura/chá lírio/saia branca; b) sintéticos: LSD-25 ácido (4) 2,40%; ecstasy (MDMA) (2) 1,20%; 5º ***opiáceos*** (1) 0,60% das estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e das do Grupo B (rede privada).

Fica evidente um comportamento manifesto de escalada de consumo de multidrogas "substâncias psicoativas" tanto pelos adolescentes do sexo masculino como os de sexo feminino, estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada).

Em relação ao **tipo de usuário/consumidor** de drogas ilícitas, do total de adolescentes de ambos os sexos (144 rapazes e 167 moças) que usaram drogas alguma vez na vida, evidencia-se que são usuários do tipo ***experimentadores*** (66) 45,83% dos estudantes do sexo masculino e (85) 50,90% das do sexo feminino; os ***usuários ocasionais*** (38) 26,39% dos rapazes e (51) 30,54% das moças; usuários ***regulares (****dependência psíquica****)*** (36) 25,00% dos rapazes e (29) 17,37% das moças e, são ***dependentes*** (*depend. física,psíquica e social*) (4) 2,78% dos rapazes e (2) 1,19% das moças

Ao compararmos **por sexo e tipo consumidor,** os adolescentes usuários ocasionais ou oportunistas evidencia-se que ocorre maior percentual de usuárias do sexo feminino do que os do sexo masculino, mas dos usuários regulares (dependência psíquica) e os dependentes (dependência física) são 28,06%, portanto em maior número os usuários do sexo masculino, do que as 18,56% do sexo feminino. Chama atenção que se encontram na fase de dependência física um maior número de adolescentes do sexo masculino do que as estudantes do sexo feminino das escolas do Grupo A e as do Grupo B.

Quanto ao **local de 1ª experiência** no uso de drogas, dos adolescentes do sexo masculino e feminino (144 rapazes e 167 moças) estudantes de ambos Grupos A e B, fica evidente que ocorreu maior concentração de uso de drogas "tóxicos" em casa de amigos; em locais/espaços abertos e isolados na rua, parques, praças e praia; em espaços fechados, festas e reuniões de jovens, em shows (música ,bandas etc.); em menor percentual usaram em casa/residência da família (16) 11,11% dos rapazes e (28) 16,77% das moças e nas dependências do colégio/escola. Dos **atuais usuários** (88 rapazes e 94 moças) de drogas em maior percentual, preferem usar multidrogas em locais/*espaços abertos* e isolados nas praças, parques, praia, e na rua; a seguir *espaços fechados* em casa de amigos e espaços de diversão pública mas com aglomerado de pessoas, como em festas jovens, shows, bares, boates/danceterias.

Quanto a **pessoa** que ofertou na **1ª vez** droga aos adolescentes de ambos os sexos estudantes dos Grupos A e do B, fica evidente que o maior percentual de usuários usou por decisão livre, ninguém ofereceu; a seguir foram os amigos os incentivadores e, em menor percentual de usuários foi oferecido e usado com familiares (pai, irmãos, tio). A oferta de drogas pelo namorado (a), de traficantes e de pessoas desconhecidas é muito baixa.

Em relação à **companhia** (pessoa) com quem compartilhou a **1ª experiência** de uso/consumo de drogas ilícitas dos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) que tiveram alguma experiência na vida, evidencia-se, que o fizeram em maior percentual (54,16% dos rapazes e 51,50% das moças) em companhia do grupo de amigos e de um amigo especial; a seguir foi com algum familiar e parente (irmão, pai, primos). Dos **atuais usuários** de drogas "tóxicos" ilícitas em maior percentual, preferem usar multidrogas **em companhia** do grupo de amigos, (62) 70,45% dos rapazes e (58) 61,70% das moças; seguido de um amigo especial. Na comparação por sexo, destaca-se, que (11) 6,59% das adolescentes do sexo feminino usaram drogas com o namorado, possivelmente o introdutor no mundo das drogas.

Quanto a **prática do tráfico** em pequena e média escala, do total de adolescentes de ambos os sexos (144 rapazes e 167 moças) estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B que usaram alguma vez drogas, fica evidente que também traficam (26) 18,06% dos estudantes do sexo masculino e (5) 2,99% das do sexo feminino. Em relação ao **tempo de prática de tráfico,** evidencia-se em maior percentual, que traficam de 1 a 2 anos (14) 53,84% dos rapazes e (4) 80,00% das moças; mas chama atenção que traficam de 3 a 7 anos (3) 11,54% dos estudantes do sexo masculino.

Ao compararmos, por **sexo** e **tipo de escola**, destaca-se que são os adolescentes do sexo masculino das escolas do Grupo A e do Grupo B que em maior percentual além de usuários de drogas, também exercem o tráfico de drogas dentro do ambiente do colégio/escola e fora sem qualquer restrição legal, do que as do sexo feminino.

Em relação aos **locais de fácil acesso** e sem restrições de aquisição/compra de drogas "tóxicos" ilícitas, do total de adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B usuários de drogas alguma vez, fica evidente que o fazem sem dificuldades 1º lugar nas vilas "boca de fumo"; 2º com amigos; 3º na escola; 4º na rua, parques, praças; 5º próximo da casa/ residência; 6º outros locais como bares, shows, festas, farmácias e shopping. Chama atenção a aquisição de drogas ilícitas (maconha, cocaína, ecstasy) dentro do ambiente físico da escola, provavelmente com amigos e colegas que traficam, onde os professores e direção não tomam conhecimento e/ou até mesmo não conseguem identificar estudantes usuários e traficantes, ou negam tal comportamento manifesto e práticas dentro da escola/colégio.

Motivações sociais, **experimentais**, **sintomatológicas e psicocognitivas** indicadoras com maior percentual de relevância para o **consumo de drogas de uso lícito e ilícito** por adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada), fica evidente os resultados obtidos em cada uma das substâncias psicoativas. Destaca-se que da amostra estudada 462 estudantes do sexo masculino e 542 do sexo feminino, cada adolescente de ambos os sexos indicam mais de um motivo para justificar o consumo de **tabaco**, **álcool**, **psicofármacos** (automedicação) e "**tóxicos**".

Quanto as **motivações sociais** que impulsionam, basicamente, os adolescentes de ambos os sexos ao consumo de todos os tipos de substâncias psicoativas, na ordem de necessidade manifesta, destaca-se o **tabaco** como a droga mais consumida, para **passar o tempo** ao ser comparado com o consumo de álcool, psicofármacos e tóxicos.

Em relação as **motivações experimentais** que impulsionam, os adolescentes de ambos os sexos ao consumo de cada tipo de substância psicoativa, na ordem de necessidade de uso manifesto, destacam-se o **tabaco e tóxicos** como as drogas mais consumidas para satisfazer a **curiosidade** de seus efeitos mágicos; já o que leva ao consumo de **álcool e psicofármacos** é para **ter prazer e divertir-se** com grupos de iguais e nas atividades cotidianas.

Quanto as **motivações sintomatológicas** que impulsionam, basicamente, os adolescentes de ambos os sexos, a consumirem cada tipo de substância psicoativa, na ordem de necessidade de uso manifesto, destacam-se o **tabaco** e o **álcool** como as drogas mais consumidas para **acalmar o nervosismo**, já o que leva ao consumo de **psicofármacos** "automedicação" é para **emagrecer** e o consumo de **tóxicos** é para **dormir melhor**.

Em relação as **motivações psicocognitivas** que impulsionam os adolescentes de ambos os sexos, a consumirem cada tipo de substância psicoativa, na ordem de necessidade de uso manifesto, destaca-se o **tabaco** como a droga mais consumida, para **não ficar angustiado**; o **álcool** é consumido para **vencer a timidez**, **indecisão**; já o que leva ao consumo de **psicofármacos** é para **aumentar o desempenho escolar**, **no esporte** e **ser mais competitivo**, e o consumo de **tóxicos** é para **sentir-se seguro e forte, vencer a frustração e a timidez** em qualquer situação da vida cotidiana.

Grau de conhecimento e/ **ou nível de informação sobre o tema "drogas**" substâncias psicoativas de uso lícito e ilícito manifestados por adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B, evidencia-se que ao validarem o questionário, pelo tipo de respostas emitidas revelam que possuem um grau de conhecimento,

mas é o do censo comum; que desconhecem como as substâncias psicoativas dos diversos tipos de drogas agem sobre o organismo e o Sistema Nervoso Central; que têm necessidade de obter informações científica e não só as do censo comum; que têm grande interesse que tal tema seja trabalhado com maior abrangência ao longo da formação educacional no ensino fundamental e médio. Destaca-se que o interesse manifestado pelos estudantes de ambos os sexos, justifica-se para que possam ter condições de dialogar, manter-se bem informados com vistas a posicionarem diante da constante oferta de drogas, da pressão de amigos e grupos de iguais, bem como poder intervir como agente de prevenção ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas junto aos grupos de iguais no seu contexto escolar e na sua comunidade/bairro residencial.

Em relação ao **auto-conceito de imaginação criadora** e do nível de consciência e percepção **do potencial criativo e imaginativo** expressado pelos adolescentes de ambos os sexos da amostra estudada (462 rapazes e 542 moças), evidencia-se que 88,74% dos estudantes do sexo masculino e 85,98% das do sexo feminino consideram-se criativos e imaginativos; mas 11,26% dos rapazes e 14,02% das moças revelam-se desprovidos de imaginação criadora, ou seja, manifestam um baixo autoconceito.

Fica evidente, que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada), expressam seu potencial de imaginação e qualidades criativas como resultante de fatores pessoais (personalidade) e condições ambientais favoráveis para o desenvolvimento de determinadas qualidades reveladoras de determinado potencial criativo.

Quanto aos **perfis criadores** evidencia-se que os **adolescentes do sexo masculino**, se destacam nos seguintes perfis: **área musical**; na **área plástica**: desenho artístico, decoração, pintura, cerâmica, escultura, arquitetura; **área da informática**: desenho gráfico, criar programas; **área prática da culinária**; na **área cognitiva** : composição de poesias e textos literários; **área esportiva**: atletismo, basquete, futebol, voleibol, jogos, etc. Destacam-se também na **área de comunicação**: relações humanas, publicidade; na **área de confecção e designer**: estilista de moda; na área de confecção e tecelagem; tricô, bordados, tapeçaria; na **área de conduta humana**: dança, dramatização; na **área cognitiva**: composição de peças e textos para teatro; na **área científica mecânica**: projeto mecânico automotriz; na **área de laser e turismo**: organizar eventos, excursões de passeios ecológicos e viagens; na **área humorística e ilusionista**: mágica, contador de piadas; na **área do canto**: cantor; na **área paisagismo**: jardinagem, ornamentação de plantas, jardins; **área institucional-organizativa**: política estudantil e, na **arte de origami** (dobradura de papel).

As **adolescentes do sexo feminino** se destacam nos seguintes perfis criadores: na **área plástica**: decoração ,pintura, desenho artístico; escultura, cerâmica, arquitetura; na **área da prática da culinária**; na **área cognitiva**: composição de poesias e textos literários; na **área musical**: interpretação e composição; na **área de confecção e tecelagem**: tricô, crochê, bordados, tapeçaria; na **área de confecção e designer**: estilista de moda; na **área de informática**: desenho gráfico computação; na **área de conduta humana**; dança, dramatização; **área esportiva**: basquete, futebol, voleibol; jogos. Destacam-se ainda outras qualidades criativas como na **área de comunicação**: relações humanas, publicidade; na **área cognitiva**: composição de peças e textos para teatro; na **área fotográfica**: fotografia; na **área de elaboração de projetos arquitetônicos**; na **área de laser e turismo**: organizar eventos, excursões de passeios ecológicos e viagens.

Fica evidente que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) se sentem motivados para determinadas áreas da conduta humana , por serem dotados de qualidades criativas que podem expressar e demonstrar seus níveis máximos de criatividade e ou de imaginação criadora nos distintos campos do saber e do comportamento, para os distintos tipos de processo criador: produzir, expressar criatividade, descobrir, inventar e inovar.

PARTE II

3 TURBILHÃO DE IDÉIAS (TI) OU "BRAINSTORMING", FLUIDEZ DE PENSAMENTOS, IMAGINAÇÃO, VISUALIZAÇÃO DE CENAS, SENTIMENTOS, MITOS E CRENÇAS, CURIOSIDADES SOBRE O TEMA "DROGAS DE USO LÍCITO E ILÍCITO".

A síntese dos resultados qualitativos deste estudo "***brainstorming***" sobre o que pensam, imaginam, visualizam cenas, expressam sentimentos, mitos e crenças, curiosidades, bem como as sugestões apontadas de como trabalhar o tema "Prevenção ao uso e abuso de drogas junto aos amigos e colegas da comunidade escolar e grupo de iguais no bairro residencial e comunidade", será descrita a seguir:

3.1 O Que Pensa, Visualiza, Idéias, Mitos e Sentimentos Sobre o Uso de Drogas

A análise das respostas (fluidez de pensamentos "***brainstorming***") à proposição (questão 1) que solicita aos estudantes que descrevam com plena liberdade de expressão tudo o que passa na mente "cabeça", ou seja, o que **pensa, visualiza, imagina**, sente **emoções**, **acredita** e **tem curiosidades** sobre o tema "drogas de uso lícito e ilícito", tão polemico e, estimulador de debates entre os jovens e os grupos de iguais, fenômeno preocupante para a família e para a sociedade.

Ao analisar o conteúdo das respostas, revela que os adolescentes quando isentos de julgamentos e sentido crítico (adultos) e despreocupados com elaboração cognitiva de pensamentos organizados, aproveitam a oportunidade para registrarem o turbilhão de idéias, pensamentos, visualização de cenas positivas e negativas de usuários de drogas, revelarem sentimentos, mitos e crenças em relação à diversidade de substâncias psicoativas consumidas pelo ser humano. Os mesmos registram posicionamento a favor do uso e legalização de determinadas drogas, já outros se posicionam contra o uso de drogas especialmente na adolescência.

Os estudantes ao descrever tudo o que pensam sobre o uso e abuso de drogas estão revelando ter consciência das conseqüências de atos/comportamentos irresponsáveis e possuidores de um bom grau de conhecimentos dos danos biofisicopsicosociais causados pelas drogas ao usuário.

Eles descrevem as drogas como um veículo que escraviza, aprisiona, ameaça e rouba a liberdade dos usuários porque causa dependência física e ou psíquica, provoca sofrimento e muita dor, afeta o organismo e sistema nervoso, causa doenças, algo destruidor e ruim (usuário e família), faz mal à saúde e pode levar a morte do dependente se não abandonar o vício.

Os adolescentes visualizam a pessoa usuária de drogas e os já dependentes/ drogadictos e descrevem as características destes como: jovens e adultos com baixa auto-estima, sem personalidade, sem espiritualidade e uma fé religiosa, são autodestrutivos, desprovidos de valores psicobiológicos, morais, sociais, estéticos-intelectuais e transcendentes. Consideram o dependente uma pessoa doente, que, pela aparência física e alterações no comportamento, confirmam estar enferma, necessita de apoio e amor (amigos e família), de tratamento especializado para libertar-se das drogas e reconstruir um significado para sua vida, pois se encontra em conflito consigo mesmo, com sua família e com a sociedade.

Eles ao visualizar cenas de uso de drogas descrevem-na como algo positivo que ela proporciona, por ser socializante para os jovens e a associam a adolescência, juventude, amigos, festas, alegria, muito prazer, emoções, paixão, sucesso, plena liberdade, facilita a livre comunicação com as pessoas, livre expressão de imaginação e criatividade. Ainda associam o uso de drogas com jovens irresponsáveis, emoções perigosas, desafiar os adultos, transgredir normas e valores ético moral e condutas anti-sociais.

Os estudantes visualizam cenas com características destrutivas e muita violência, como conseqüência do abuso de drogas e descrevem experiências traumáticas de familiar em coma alcoólico, os amigos dependentes de cocaína "*overdose*", brigas de jovens com pais, se auto-destruíndo, abandonando a família. Lembranças emergem e registram associações a pessoas drogadas com pó, seringa, loucura, clínicas de tratamento, viagem sem retorno e a morte.

Eles indicam alguns motivos e causas do uso de drogas por adolescentes. Acreditam que a maioria dos jovens usa drogas para sonhar outra realidade, é uma forma de curtir a vida, ou para chamar a atenção dos pais, da família e dos amigos, não se frustrar e fugir dos problemas. Outros afirmam que a droga ajuda a obter melhor desempenho sexual e ser criativo.

Os adolescentes a favor do uso revelam suas crenças deturpadas, os mitos sobre drogas. Chama atenção que alguns estudantes não consideram o álcool e o cigarro drogas que fazem mal a saúde, e ainda são favoráveis à legalização da maconha. Eles acreditam que o uso das drogas é normal na adolescência por ser esta uma fase passageira e de muita curiosidade.

Para a grande maioria ao se posicionarem sobre o uso de drogas concluem que os jovens que tem amor e muito diálogo com os pais e auto-estima não precisam de drogas para se divertir, serem felizes, competirem, alcançar algum sucesso na vida.

Os sentimentos revelados, pelos adolescentes, em relação ao uso de drogas apontam que não precisam delas para viver, "sou feliz sem, tenho carinho da família e dos amigos"; outros externalizam sentimentos ambivalentes, sentem muita pena do usuário de drogas, mas também raiva por ele ser fraco e escravo delas.

Uma minoria dos estudantes revela desejos ocultos de fazer uso de drogas. Eles citam que tem curiosidade de experimenta-las, mas têm medo das conseqüências sobre o organismo e o sistema nervoso. Outro diz não experimentar porque o pai exerce o papel de controle "superego social"; ou ainda, um jovem sente-se atraído pela maconha mas fica nervoso só em pensar nas conseqüências.

O **Quadro VII** (p.499-503) indica o que pensam os estudantes ao descreverem o turbilhão de idéias sobre os danos biofisicopsicosociais ao adolescente usuário de drogas; apresenta as características fisicopsicológica de pessoa usuária recreacional e do dependente/drogadicto; relata as cenas com características positivas "socialização" e aquelas com características destrutivas e violência associadas ao uso de drogas; indica alguns dos motivos e causas do consumo, os mitos e as crenças, os posicionamentos, sentimentos e, desejos ocultos revelados pelos adolescentes em relação ao uso de drogas.

3.2 Aspectos Positivos e Negativos do Uso de Drogas

A análise das respostas (fluidez de pensamento) às proposições (questões dois e três) que solicitam aos estudantes que pensem e descrevam, com plena liberdade de expressão, aspectos positivos e aspectos negativos das drogas que eles acreditam existir. Eles revelam o que pensam sobre os aspectos positivos das drogas a pessoa usuária e destacam suas propriedades terapêuticas do uso pela medicina, para pesquisas e fins médicos, tratamento do câncer, AIDS, dependência química, etc. Para os jovens algumas substâncias são utilizadas para fabricação de medicamentos e descoberta de novos que contribui para a ciência.

Os adolescentes, usuários de drogas, descrevem os aspectos gratificantes, o que elas proporcionam como prazer, a pessoa se sente mais feliz, ajuda relaxar o corpo e a mente; o consumo moderado de bebida alcoólica é benéfico à saúde, ajuda a libertar-se da timidez, auxilia nos relacionamentos; as drogas alucinógenas proporcionam momentos de prazer solitário e nos grupos de amigos; melhora a comunicação, ajuda a passar o tempo, a viajar a outro planeta, fugir da realidade, se desligar de problemas do cotidiano; a maconha diminui a ansiedade, auxilia a perda de peso. Deste modo eles destacam os inúmeros benefícios que acreditam que as drogas proporcionam aos jovens.

Eles apontam os aspectos sociais que a droga proporciona, no caso de adolescentes que consomem bebida alcoólica, fumam maconha, cocaína, para serem aceitos pelos amigos e no grupo de iguais; consomem bebida alcoólica para descontrair-se, vencer a timidez, insegurança, sentir alegria e prazer.

Os jovens revelam seu posicionamento em relação ao uso de drogas, quanto às finalidades e as motivações para o consumo. Os que são contra o uso de drogas dizem não existir nada de positivos porque elas destroem os sonhos, escraviza e aprisiona, além de causar danos a saúde do usuário. Outros destacam como aspectos positivos à droga como geradora de emprego, trazendo muito dinheiro, só para os traficantes.

Eles apontam que os aspectos negativos das drogas são os danos orgânicos e psicológicos à pessoa usuária, e descrevem como um veneno que destrói lentamente o cérebro e o organismo, causando dependência física e psíquica, muda a personalidade; as drogas como cocaína, crack, LSD, altas doses "overdose" pode ser uma "viagem sem retorno" levar a morte do jovem. As drogas escravizam, aprisionam, afeta a consciência, o sono; provocam desinteresse pelos estudos, trabalho, esportes, perda de amigos.

Os estudantes descrevem os danos psicológicos ao usuário de drogas e atribuem a ela o problema da depressão, ansiedade, angústia, descontrole emocional, muita tristeza, destruição de toda a família, e não só do dependente.

Ainda o uso de drogas causa danos morais e sociais ao usuário, à família, outras pessoas, e à sociedade. Atribuem que sob efeitos de substâncias psicoativas, a pessoa torna-se muito violenta, pode cometer suicídio, provocar acidentes de trânsito, causar a morte de jovens e adultos. A maioria dos crimes, de assassinatos, de assaltos à mão armada e delinqüência estão relacionada com a ação das drogas.

Os estudantes estão conscientes das conseqüências aos usuários e dependentes de drogas e a sua família. Além dos aspectos descritos anteriormente, também causam danos econômicos, como o prejuízo financeiro pelos gastos com problemas de saúde, com o tratamento de desintoxicação, a perda de emprego do usuário e até a destruição do patrimônio econômico da família.

A análise de conteúdo das respostas possibilita conhecer mais o que os adolescentes pensam, visualizam e expressam sobre os aspectos positivos e negativos do consumo de múltiplas substâncias psicoativas de uso lícito e ilícito.

O **Quadro VIII** (p.505-09) indica o que os adolescentes pensam, acreditam e revelam, no turbilhão de idéias, ao descreverem como aspectos positivos das drogas a pessoa usuária, as suas propriedades terapêuticas, os aspectos prazerosos e sociais e as finalidades e motivações de consumo de drogas; e destacam quais são os aspectos negativos, ou seja, os danos orgânicos e psicológicos à pessoa usuária, os danos psicológicos, morais, sociais e econômicos ao drogadicto e sua família.

3.3 O Que Necessitam Saber Sobre o Uso e Abuso de Drogas

A analise das respostas às proposições (questões quatro e cinco) que indagam o que os adolescentes gostariam de saber sobre "drogas de uso licito e ilícito" revelam a necessidade que o estudante tem de conhecer em profundidade tudo o que se refere à problemática das drogas, como uma forma de se instrumentalizar e enfrentar as situações decorrentes do problema.

Os estudantes sedentos de saber sugerem um programa de conteúdos que embasem cientificamente o conhecimento sobre o uso e abuso de drogas.

O **Quadro IX** (p.510-20) indica que aspectos dos conhecimentos devem ser abordados sobre o tema drogas de abuso.

3.4 O Que os Pais Devem Fazer Junto aos Filhos como Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas

A analise das respostas (listagem de opiniões e sugestões) à proposição (questão seis) que pergunta aos estudantes o que os pais deveriam fazer para prevenção do uso e abuso de drogas, revela que os pais devem possuir um elevado grau de conhecimento sobre drogas; participar de ações concretas sobre prevenção ao uso de drogas de abuso; manter os filhos ocupados e, manter uma atitude educativa constante.

O **Quadro X** (p.521-3) indica qual deve ser o comportamento dos pais, sua formação, fontes de informações e orientações necessárias, as ações e atitudes educativas voltadas para prevenção do uso e abuso de drogas junto aos filhos.

3.5 O que Deveria Ser Feito na Escola (Sala de Aula) pelos Professores para Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas

A analise das respostas (listagem de opiniões e sugestões) à proposição (questão sete) que indaga aos estudantes o que deveria ser feito na escola (classe/sala de aula) pelos professores para prevenção do uso e abuso de drogas (licitas e ilícitas) entre os adolescentes, revela que os professores além do bom nível educacional e social, necessitam de capacitação, autocapacitação e atualização de conhecimentos científicos, metodológico sobre drogas, bem como devem conhecer o contexto onde ocorre o fenômeno; devem possuir algumas qualidades e demonstrar atitudes e valores construtivos; aprofundar conhecimentos científicos ao desenvolver conteúdos informativos, utilizando-se da metodologia participativa (estudante + professor + outros especialistas + usuários de drogas) e, outros meios de intervenção educativa, preventiva capaz de mobilizar nos jovens atitudes e valores orientadores do seu potencial sócio - afetivo em direção a um estilo de vida saudável, onde a droga não exerça poder de sedução, ou então tenha autocontrole sob o seu fascínio.

Para os estudantes as escolas enquanto centros educativos devem contar com uma estrutura e organização que viabilizem uma educação preventiva do uso e abuso de drogas junto à comunidade escolar.

O **Quadro XI** (p.524-7) indica que requisitos são fundamentais para professores, direção e administração da escola realizarem intervenção educativa de prevenção ao uso e abuso de drogas junto aos estudantes; que informações e conhecimentos devem orientar os estudantes e contribuir para formação de consciência critica e mudança de comportamento e atitudes diante das drogas.

3.6 O que Deveria Ser Feito Entre Colegas e Amigos na Escola (entre eles) para Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas

A analise das respostas (listagem de opiniões e sugestões) à proposição (questão oito) que indaga aos adolescentes o que deveria ser feito na escola por eles estudantes para a prevenção do uso e abuso de drogas entre grupo de amigos e colegas, revela que os adolescentes têm consciência que devem buscar formas de possuir um elevado grau de conhecimento através da autocapacitação e atualização constante sobre o problema das drogas na adolescência. Eles apontam como requisito possuir determinadas qualidades e demonstração de atitudes e valores construtivos na sua convivência escolar entre os grupos de iguais (amigos e colegas); serem capazes de promover e de participar de ações concretas voltadas para a prevenção do uso de drogas de abuso; propiciar formas mais atrativas de socialização e recreação/diversão visando manter os jovens (amigos e colegas) ocupados no seu tempo livre dentro da escola; devem manter atitudes educativas conducentes ao incentivo a auto-realização, a auto-estima, ao desenvolvimento do senso de responsabilidade com relação à própria vida e ao próprio corpo, e ainda sugerem a necessidade dos estudantes usuários de drogas reavaliar seu comportamento e atitudes para com os amigos e colegas da escola.

O **Quadro XII** (p.528-30) indica que requisitos são fundamentais para que os próprios estudantes possam realizar intervenção educativa de prevenção do uso e abuso de drogas entre os grupos de amigos e colegas da escola, que ações e atitudes educativas os jovens devem manter ,que atitudes e comportamentos devem ser reavaliados pelos usuários de drogas.

3.7 O que Deveria Ser Feito Por Eles Jovens para Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas Entre os Amigos e Grupos de Iguais no Bairro Residencial e na Comunidade

A analise das respostas (listagem de opiniões e sugestões) à proposição (questão nove) que indaga o que deveriam fazer os adolescentes para prevenir o uso e abuso de drogas entre os grupos de iguais e amigos na sua comunidade, bairro residencial, revela que existe uma forte preocupação com sua vida afetiva e dos amigos do grupo de iguais.

Ao indagar os jovens sobre como trabalhar com sua comunidade, percebe-se uma demonstração de maior independência, de liberdade, de ação e do grau de comprometimento e extrema responsabilidade enquanto agentes presentes e capazes de desenvolver ações voltadas à prevenção de uso e abuso de drogas entre eles do grupo de iguais e fora do grupo. O adolescente descobrindo-se como um agente de mudanças, sente-se, enquanto grupo, um co-participante de sua vida afetiva, ao demonstrar compreensão, solidariedade, afeto e apoio e o desejo de ajudar os amigos a enfrentar a crise existencial, tomando decisões certas "não usar drogas", também busca no grupo de iguais espaços para expor seus sentimentos, receber apoio para superar suas curiosidades, vencer a pressão, controlar a ansiedade, ter personalidade.

Eles apontam que para enfrentar os problemas das drogas devem estar unidos e com autodeterminação, devem demonstrar atitudes e valores construtivos e um estilo de vida saudável "sem drogas" no grupo. A amizade entre os jovens é muito importante para o exercício constante do auto-controle, as trocas de informação sobre o tema "drogas na adolescência", para a busca de conhecimentos e outras formas de auto-capacitação conducentes a fazer autocrítica, uma reflexão a tomada de decisão com responsabilidade. A demonstração de atitudes educativas voltadas à prevenção do uso de drogas de atitudes educativas voltadas para intervenção no caso de usuários dependentes, que necessitam de acompanhamento terapêuticos de especialistas, e a ajuda dos pais para reduzir e ou libertar o jovem da dependência de multidrogas é importantíssimo.

O **Quadro XIII** (p.531-4) indica aspectos de vida afetiva dos adolescentes e grupo de iguais, revela que atitudes e ações devem os jovens promover, que atitudes educativas voltadas à prevenção do uso de drogas e quais atitudes de intervenção devem ser posta em prática pelos adolescentes na sua comunidade bairro/residencial.

3.8 Porque Motivos Alguns Jovens Rejeitam a Oferta de Drogas Apesar da Pressão dos Amigos e Grupos de Iguais

A análise das respostas (listagens de opiniões) à proposição (questão dez) que indaga porque motivos alguns jovens rejeitam a oferta de drogas mesmo com a pressão dos amigos e dos grupos de iguais, revela que alguns traços e dimensões de personalidade dos jovens são indicadores relevantes a não usar drogas, sendo a auto-estima um traço positivo considerada um antídoto eficaz contra a dependência.

Percebe-se que os jovens demonstram ter uma força interna e espiritualidade, muitos ideais e amor pela vida, sendo tais atitudes e valores que os orientam a um estilo de vida saudável. Ainda destacam que desde criança receberam dos pais uma atenção especial para ter um desenvolvimento físico e emocional saudável e uma educação sólida, norteada por valores e crenças numa fé religiosa, num sentido a vida, ter amor e valorizá-la.

Os adolescentes informaram possuir bom nível de formação educacional e social, conhecimentos atualizados e informações cientificas suficientes sobre drogas que os auxiliam a uma autocrítica, melhor nível de consciência sobre os danos a saúde e ao desenvolvimento biopsicosócio-educacional do usuário de drogas.

Eles apontam ser muito importante crescer e viver numa família bem estruturada onde recebem apoio e, existe muita união, amor, afeto, respeito e uma comunicação aberta entre pais e filhos. As atitudes positivas do meio familiar são como antídoto para que os jovens não sintam frustrações e mergulhem num sentimento de falta de sentido a própria existência, ou seja, "vazio existencial".

Os adolescentes indicam alguns motivos de ordem pessoal, físico, social e econômico porque eles rejeitam a oferta de drogas. Chama atenção que muitos adolescentes tem curiosidades por experimentar, sentem certa atração mais rejeitam a oferta de drogas porque têm medo de si próprios, de tornarem-se dependentes, conhecem suas fraquezas e revelam que não experimentam porque são temerosos, eles têm medo da reação dos pais. Já outros jovens favoráveis ao uso apontam que muitos rejeitam porque são covardes, tem informações "confusas, pouco claras", ou por falta de condições emocionais, indecisão e uma situação econômica desfavorável à aquisição de drogas (tóxicos) ilícitas.Alguns jovens são contra o uso de drogas porque tiveram com elas experiências negativas na família e com amigos.

O **Quadro XIV** (p.536-8) indica alguns traços e dimensões de personalidade dos jovens/adolescentes que são indicadores relevantes a rejeitar oferta de drogas, revela suas atitudes e valores, a educação em valores recebida dos pais, sua formação educacional, características da estrutura familiar e atitudes positivas do meio familiar e, quais são os motivos de ordem pessoal, físico social e econômico porque os adolescentes não usam e rejeitam a oferta de drogas apesar da pressão dos amigos e grupos de iguais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A drogadicção deve ser analisada como decorrente de um fenômeno multifatorial, como foi enfocada neste trabalho.

A drogadicção é um fato social que ocorre no mundo todo, embora adquira características próprias de cada contexto micro e macrosócio-cultural, historicamente determinados.

O fato de que a primeira experiência do consumo de drogas ocorre freqüentemente no início da adolescência determina a importância de se estudar este fenômeno nesse grupo etário. Deve-se entretanto considerar, que a imensa maioria dos jovens o faz na qualidade de experimentador, onde um pequeno contingente tornar-se-á usuário esporádico e/ou recreativos, ou habituais e, um menor contingente que desenvolverá problemas associados a padrões de consumo disfuncionais que caracterizam a drogadependência. O problema mais preocupante da dependência em concreto é o tipo de relação que se estabelece entre o indivíduo e a substância, em um determinado momento social. É esta conduta problemática que deve receber atenção especial, embora outras atitudes e comportamentos sejam também importantes.

Poucos fenômenos sociais se revestem de tão grande complexidade como é o caso do uso abusivo de substâncias psicoativas de uso lícito e ilícito.

Consideramos imprescindível a sistematização do conhecimento sobre o tema "drogadição na adolescência" com o aprofundamento científico que requer, pela sua complexidade enquanto fenômeno multifatorial, e assim assegurarmos uma análise e interpretação pertinente sob o enfoque referencial da psicanálise sobre os resultados obtidos do estudo de campo.

Partindo desta premissa um bom planejamento teórico metodológico é a base de sustentação para viabilizar e atingirmos progressivamente os objetivos definidos e norteadores com a prévia definição de conceitos, que serviram de referência para abordagem do problema e a obtenção de resultados elucidativos deste estudo.

O aprofundamento do conhecimento sobre adolescência tem seu resultado apresentado no Capítulo VII Configuração da adolescência: valores, potencialidades e fatores relacionados ao consumo de drogas, que nos da a fundamentação teórica ao estudo pois elucida:

- O que é a adolescência enquanto etapa de vida;
- Características individuais: físicas e identidade própria;
- Estilo educativo, relações afetivas, a dinâmica familiar, estilo de vida de pais/mães como modelos de referencia;
- Fatores de risco velados e revelados pelo indivíduo e presentes no seu ambiente microssocial e macrossócio-cultural;

- É onde se encontram descritos os fatores que explicam a drogadicção na adolescência, ou seja, quais são as causas mais prováveis.

A orientação da psicanálise neste estudo contribuiu para ampliar nossa visão e maior compreensão do que está reprimido no inconsciente do indivíduo, e no universo coletivo (família, professores, amigos, grupo de iguais, vizinhança, sociedade) e, que emerge através de comportamentos manifestos e atitudes reveladoras de estilo de vida, crenças, valores, e modelos de consumo de drogas.

O estudo da drogadicção na adolescência está centrado na elucidação e interpretação deste período de desenvolvimento biopsicossocial, que se destaca por ser um fenômeno que não acontece sozinho considerando que o problema tem profundas raízes na personalidade do adolescente, na forma de estrutura, relações afetivas e modelos referenciais na família e no ambiente sócio-cultural próximo, como a escola e o grupo de iguais, bem como da totalidade de influências e estímulos provindos das condições sociais e culturais do mundo macro-ambiental predominantes na sociedade que o cerca .

Por considerar que o estilo de vida coletivo, da família, estilo educacional e tipo de relações interpessoais do ambiente escolar, e o estilo de vida do grupo de iguais são modelos referenciais internalizados desde a infância até adolescência, pressupõe-se que estes modelos são fatores preponderantes na adoção e manifestação de estilo de vida individual saudável de valorização da vida e /ou de processos autodestrutivos como caso da drogadependência.

Estilo de vida são manifestações de atitudes e comportamentos resultantes de modelos referenciais internalizados ao longo do processo de desenvolvimento do indivíduo desde o nascimento até idade adulta. A manifestação de condutas disfuncionais biopsicosocio-econômica-cultural e religiosa de um indivíduo resultam da interação de diversos fatôres pessoais (genéticos, psicológicos) e ambientais (microssocial e macrossocial). Tais manifestações revelam valores, crenças, hábitos de consumo sadio e/ ou patológico que norteam a sua forma/ estilo de viver.

Através do estudo do Estilo de Vida (dos pais e deles próprios) manifestado pelo adolescente procuramos descobrir os fatores de risco (nível individual, microssocial, macrossocial) determinantes que configuram o quadro revelador da drogadicção na adolescencia em ambos os sexos entre os estudantes do ensino médio da rede pública e privada de Porto Alegre, procurando diagnosticar, traçar e revelar os perfis das figuras parentais (pai e mãe), dos adolescentes e do professor obtidos com este estudo.

Os resultados obtidos neste estudo revelam :

- **Perfil sócio-econômico, psico-educacional, estrutura e composição familiar, e estilo de vida dos pais dos adolescentes conhecendo seus valores, atitudes, hábitos, lazer, estilo de relacionamento, conhecimentos e hábitos de uso e abuso de drogas**

Os pais dos adolescentes são jovens. Predominam mães na faixa etária de 36 a 51 anos, e pais entre 40 e 55 anos. A escolaridade das figuras parentais é bastante elevada, pois 53,36% dos pais e 46,51% das mães têm curso superior completo- universitário. A situação funcional de pais e mães é estável, 48,24% têm um vinculo empregatício e 29,55% são trabalhadores autônomos, profissionais liberais, comerciantes e industriais. A renda familiar

da maioria (88%) dos pais de escolas particulares é superior a hum mil e duzentos dólares, enquanto a renda dos pais das escolas públicas (44%) se situa no mesmo patamar.

O nível **sócio-econômico** deste grupo é muito bom. Predominam famílias pertencentes às classes sociais alta, média alta e média, possuidoras de bens/ patrimônio como casa própria e outros bens móveis e imóveis. Entre os bens imóveis destaca-se a posse de equipamento de informática entre 50% das famílias pesquisadas. O pobre monitoramento familiar (pais e mães) no controle de dinheiro (mesada, cartão de credito), a disponibilidade econômica favorável a aquisição de bens de consumo e também de drogas para não privar (frustrar) as demandas e impossições dos filhos aos pais é um fator de risco presente no ambiente sócio-familiar.

O **contexto residencial** – bairros localizados nas zonas norte, sul, leste, sudeste e central do município da cidade de Porto Alegre- se situa em áreas bem urbanizadas, com boa infraestrutura, com saneamento básico, energia elétrica, dispõe de diversificados meios de transporte, serviços de saúde, segurança pública como policiamento e bombeiros, dispõe de áreas de lazer como quadras de esportes, parques , áreas verdes, praças, e clubes culturais e esportivos. Embora o contexto residencial possue uma boa infraestrutura que pressupõe-se contribuir para manutenção de um estilo de vida famíliar, mais saudável em relação a sua saúde física, mental e social, esta investigação identificou a presença de inúmeros fatores de risco macrossocial. Destacam-se pelo seu caráter sócioestrutural-cultural agregados ao de influência microssocial , criando condições favoráveis ao consumo precose de drogas lícitas e ilícitas na população mais vulnerável, os pré-adolescentes e adolescentes.

As figuras parentais segundo os filhos são dotadas de um bom perfil **psico-educacional.** Demontram-se interessadas, atualizadas, têem conhecimentos e informações suficientes para estabelecer um dialógo e adotar atitudes educativas de prevenção ao uso de drogas. Apesar desta realidade, apenas 50% dos pais e mães dialogam com os filhos, mas somente quando ocorre o problema. Embora as figuras parentais "ego auxiliares e superego" manifestem certo grau de preocupação diante de manifestação de problemas biofisicopsicoemocionais dos filhos, suas atitudes demonstram pouca conscientização, responsabilidade e autoridade em estabelecer limites e transmitir valores psicobiológicos, morais, sociais, estéticos-intelectuais e transcendentes para os filhos adolescentes.

Pelas **reações** e **atitudes manifestas** pelas **figuras parentais** (pai e mãe) descritas por **adolescentes** que fizeram **uso** na vida (experimentadores), ou são **usuários** adictos de **drogas** lícitas e ilícitas, fica evidente os baixos percentuais de pais e mães que estabelecem um dialogo afetivo e efetivo, que estabelecem limites, aconselham e transmitem valores (psicobiológicos, ético-morais, transcendentes) conducentes a um estilo de vida saudável, auxiliam no processo de dessimbiotização (autonomia), revitalizam laços pater-materno, contribuem para o fortalecimento de auto-estima positiva e a consquista da identidade própria do filho adolescente. Entre as atitudes adotadas e manifestas pelas figuras parentais chama a atenção agressão física, castigo/punição, restrição à liberdade, corte de dinheiro, ameaça de denúncia à polícia, expulsão de casa. Este tipo de atitudes demonstra o nível de descontrole emocional, a existência de patologia sociofamiliar, o conflito nas relações interpessoais familiares (relacionamento e dinâmica), a ausência de autoridade parental, ou seja, ausência de um pai firme, de identidade bem -delineada e cumpridor de sua função específica . Para Lacan (1966) a presença do pai equivale de um "falo" organizador, que personifica a lei e as normas, além de efetivar as regras do jogo. Fica evidente, que os conflitos edípicos não resolvidos pelas figuras parentais (pais e mães) dos adolescentes, com os seus respectivos pais

originais, interiorizados, sejam reeditados nas pessoas dos filhos. Outras atitudes manifestas pelos pais e mães como indignação e raiva, sentimento de culpa, impotência diante do filho adicto, angústia, fraca auto-estima (desestima), ou então indiferença, como "fazer vista grossa" atitude social permissiva , diante da conduta impulsiva e drogadictiva do filho (a) revelam manifestações de múltiplos mecanismos defensivos como negação, projeção, identificação, dissociação, racionalização que acabam reforçando a conduta adictiva do filho ao invés de ajudá-lo a libertar-se "deixar de ser escravo" da droga (Krowczuk, 2001).

O sentimento de culpabilidade é algo muito intenso nas mães de filhos adictos, que com ajuda da psicanálise outros sentimentos emergem de seu inconsciente e tornam-se autoconscientes de seus estilos de vida nada saudáveis (farmacodependentes, tabagistas, alcoolista), transmissão de valores pouco claros e centrados no consumismo (ter = poder), erros cometidos em relação ao processo de dessimbiotização do filho (a) adolescente, conseqüências de suas frustrações por não satisfazer seu Ideal de Ego e de seus traços estruturais neuróticos. Fica evidente, que a grande maioria das figuras parentais (pai, mãe) utilizam-se de processos defensivos (negação, racionalização, projeção) negam que a estrutura familiar esta desintegrada, fragmentada, agonizante, o relacionamento e dinâmica familiar conflitivo, emocionalmente distantes dos filhos, ausência de limites, estilos de vida pouco/nada saudáveis, que necessitam de ajuda terapêutica para restabelecer os canais de comunicação e saúde mental de seus membros, pois acreditam que fazer interrogatórios "só dialogar", dar conselhos moralistas resolve o problema do filho adolescente. Somente 2,71% de pais e mães buscam ajuda terapêutica em serviços especializados (dependência química, toxicomanias, drogadependencia) para o problema do filho(a) adicto.

Na **estrutura e composição familiar** predominam famílias nucleares (pai- mãe-filhos) com média de dois a três filhos, de união estável com papéis familiares definidos. Destaca-se que 22,51% dos rapazes e 22,88% das moças vivem em famílias de pais separados/ divorciados. O rompimento da estrutura familiar ocorreu quando os adolescentes encontravam-se na faixa etária entre 8 a 11 anos (período de latência).Com a separação foram as mães que assumiram a total responsabilidade não só pela guarda, sustento econômico e cuidados gerais de saúde, mas também pela educação, transmissão de valores, formação de atitudes, influindo diretamente no desenvolvimento biopsicossocial do adolescente. Fica evidente a sobrecarga da mãe por assumir extrema responsabilidade, de concomitantemente desempenhar os papéis materno e paterno. Fica evidente que o crescente índice de divórcios e recasamentos os papéis e funções pertinentes ao pai deixam de ser cumpridas, ou as exercem precariamente (pobre monitoramento paterno). As funções que devem ser exercidas pelo pai especialmente a de prover segurança e estabilidade, um vínculo de representatividade (*transgeracionalidade*), auxiliar no processo de separação-individuação, as adequadas frustrações impostas pela colocação de limites, o reconhecimento das limitações e aceitação das diferenças, na resolução do conflito edípico e de impulsionar o filho para uma socialização com o pai, irmãos e amizades.

Quanto ao **estilo de vida** manifesto pelas figuras parentais (pais e mães) descritos pelos filhos adolescentes podemos conhecer seus **valores**, **atitudes**, e **hábitos do cotidiano** que no conjunto revelam as atitudes sociais e afetivas presentes na forma de comunicação e dinâmica familiar, que são referenciais internalizados e reproduzidos pelo adolescente ao manifestar seu próprio estilo de vida. Os pais têm um papel determinante na configuração de um estilo de vida saudável e /ou de um estilo de vida de risco de consumo de drogas. Os comportamentos manifestos das figuras parentais estão impregnados de mensagens codificadas (valores, crenças, sentimentos) que os filhos internalizam, interpretam e

selecionam de acordo com seu estágio evolutivo ao longo do desenvolvimento biopsicossocial. A atmosfera familiar é determinada pelo nível sócio-econômico-cultural-educacional dos pais e de seu relacionamento com o contexto social imediato.

A grande maioria destes pais ocupam seu tempo livre e de ócio com atividades que lhes proporcionam reduzir o alto nível de estresse acumulados no cotidiano. As vias redutoras utilizadas são: atualizações, aquisição e ampliação de cultura geral; cultivo de espiritualidade e religiosidade; ampliar e aprofundar os laços afetivos com a família/ parentes, amigos e vizinhos, melhor equilíbrio com sua saúde mental, física e espiritual, maior socialização; harmonia, maior integração e valorização da natureza, que lhes proporcionem uma vida mais saudável, apezar das adversidades presentes no ambiente sociocultural próximo e situação sócio-econômica -política- cultural do país. O nível sócio-econômico, cultural- educacional, psicológico e espiritual têm uma influência determinante na opção por um estilo de vida saudável, ou não. Os pais que revelam hábitos centrados em valores terminais têm atitudes e comportamentos manifestos que impulsionam os filhos a ter um estilo de vida mais saudável visando o equilíbrio de saúde (física-mental e espiritual) e valorização da vida. Mas existe uma parcela da população parental (pai, mãe) que tentam justificar seu estilo de vida para o filho adolescente, que na realidade não está relacionado com questão econômica, e sim com sua escala de valores, sua auto-estima e ausência de consciência de que esta transmitindo para o filho (a) estilo de vida pouco saudável. Opção por atitudes e comportamentos sustentados em valores que revelem um estilo de vida saudável, pautado no *ser* que potencía a atividade interior frente à exterior, fomenta a auto-estima, a liberdade, o juízo crítico, a responsabilidade, transcende seu EU, se interessa pelos outros, comparte com os outros as experiências, fracassos e alegrias da vida, torna-se permeável às necessidades dos demais e se solidariza e se opõe diante das injustiças, valoriza a vida.

Sabemos que os estilos de vida dos pais, seus valores norteadores, suas atitudes e comportamentos manifestos repercutem intensivamente sobre o estilo de vida, os valores, as atitudes e os comportamentos dos filhos. Comportamentos ambivalentes e hábitos não saudáveis resultam em percepções confusas ou distorcidas de valores, geram aumento da ansiedade nos filhos, que procuram em outros significantes a imagem idealizada do papel paterno e materno, ou reproduzem os comportamentos adictos (drogas, alimentos, roupas, CDS,etc..) dos pais. Quanto mais incompatíveis sejam os estilos de vida das figuras parentais representativas na vida dos filhos, especialmente préadolescentes e adolescentes, dos hábitos não saudáveis e comportamentos disfuncionais relacionados com o uso e abuso de drogas, mais distantes destas estarão estes filhos.

Á maioria das figuras parentais (pais e mães) demonstram aos filhos suas **crenças** e **religiosidade**, crêem (Deus, Buda, Maomé), e com fé buscam através da religião a espiritualidade e o sentido a vida. A predominante (73,49% de pais e mães) é a religião católica apostólica romana. A religiosidade e a prática de algum tipo de religião é um valor transcendente e ético-moral, transmitido por muitas gerações na maioria das famílias de emigrantes de países da Europa vindos da Itália, Alemanha, Portugal, Espanha, e em menor proporção de origem asiática.

Quanto ao **perfil de consumo de drogas lícitas e ilícitas** pelas **figuras parentais** (pai e mãe) segundo os filhos adolescentes se evidência os resultados obtidos em cada uma das substâncias psicoativas.

Tabaco - Entre as figuras parentais que fumam atualmente, os homens (37,13%pais) superam as mulheres (30,25%mães); fumam regularmente , mas evidencia-se que apresentam igual padrão de consumo entre 10 a 20 cigarros por dia.O decréscimo no padrão de consumo e abandono do hábito ocorreu na faixa etária dos 51 aos 71 anos como decorrência do surgimento de inúmeras complicações e patologias. Entre as figuras parentais dependentes do tabaco foram os pais dos adolescentes do Grupo A (rede pública), que abandonaram o hábito por doença e conselho médico, quando os efeitos negativos foram observados no organismo e qualidade de vida. No hábito de fumar fica evidente que influi a condição sócio-econômica-cultural-educacional e psicológica das figuras parentais (pais e mães) dos adolescentes, pois o hábito de consumo de tabaco dos pais das escolas do Grupo B (privada) é inferior aos pais das escolas do Grupo A (rede pública). O nível educacional, de informação sobre drogas, e categoria sócio-econômica e condições psicológicas influem na maior conscientização dos danos e conseqüências do tabagismo sobre o organismo e decréscimo de qualidade de vida (valores psicobiológicos), sendo fator determinante para ter vontade própria e deixar de fumar (valores morais, estéticos-intelectuais, transcendentes).

Álcool- Entre as figuras parentais que bebem atualmente, os homens (92,24%pais) superam as mulheres (81,27% mães); mas ambos (51,23% pais e 42,26% mães) além de ter o hábito de consumo regular (diário e fins de semana) é preocupante a quantidade consumida entre 350 a mais de 2000ml. O consumo de bebidas alcoólicas ocorre em festas, aos fins de semana e uso na semana (diário, média três dias). A preferência por bebidas fermentadas como: a cerveja, vinho e champagne /espumante, e das destiladas o whisky, licores, coquetéis. Os pais preferem consumir bebidas destiladas, mais secas e maior teor 40º GL; as mães preferem bebidas mais suaves, doces aromatizadas teor 28º GL. Dos consumidores de álcool predominam mães na faixa etária entre 36 a 51 anos e pais com idades dos 40 a 55 anos.Estes bebem desde a juventude, por influência de fatores culturais, etnia italiana (cultura mediterrânea), alemã, européia , onde o vinho, e cerveja fazem parte das refeições.

O álcool é uma droga institucionalizada no ambiente familiar e no contexto macrossocial. A cultura de consumo de álcool dentro da família é problemática por envolver um sistema de valores que se perpetuam e através de mecanismos de identificação intergerações e de mecanismos institucionalizados, que têm por metas reduzir os níveis de estresse, e negar a realidade desprazerosa e dolorosa de patologia familiar e dos membros integrantes da sociedade, bem como das dificuldades do próprio sistema cultural.

Medicamentos e psicotrópicos (substâncias psicoativas)- dos consumidores entre as figuras parentais são as mulheres (25,81%mães) que superam os homens (20,74%pais) no fato de consumir mais medicamentos de diferentes grupos, a "automedicação" sem e com prescrição médica. Em relação ao tipo, os psicotrópicos mais consumidos são os ansiolíticos, hipnóticos (benzodiazepínicos e ansiolíticos não diazepínicos) e barbitúricos (21,29%pais; 30,21% mães); os opiáceos, as anfetaminas e afins. Dos medicamentos não psicofarmacos são os analgésicos, os laxantes, os minerais e vitaminas os mais consumidos. As mães são as maiores consumidoras de drogas anorexigenas (moderadores de apetite) e têm o hábito de associar ansiolíticos, sedativos e até neurolépticos e, ainda ao uso de laxantes e/ ou diuréticos. O uso abusivo de xaropes (codeínicos) e de analgésicos, com prescrição e sem indicação "automedicação", se evidência em ambos os sexos (pais e mães).

Portanto o perfil do consumidor coincide com: pessoas de meia idade, mulheres urbanas, de ampla base social, a motivação é psicológica (auto-estima e auto-imagem social), são mais ansiosas, reflexo de aumento estresse pelo exercício e acumulo de funções na vida

familiar- esposa, mãe e profissional – o alto nível de exigência e competição no mercado de trabalho. No ranking das drogas institucionalizadas o número de farmacodependentes na população (mulheres e homens), supera os consumidores de tabaco e álcool, e dos toxicodependentes adictos as drogas não institucionalizadas.

Drogas "tóxicos" ilícitas - das figuras parentais os que na juventude usaram alguma vez na vida (47) 4,86% pais e (28)2,82% mães. Quanto ao tipo de substância psicoativa as mais consumidas foram: cannabis (maconha), cocaína, lança perfume, heroína, LSD e morfina. Em relação à freqüência de uso , um maior percentual de pais e mães dos adolescentes das escolas do grupo A (rede pública) fizeram uso experimental, social/ fins de semana e diário de drogas não institucionalizadas, se comparados aos pais e mães dos adolescentes das escolas do Grupo B (rede privada), que foi só uso experimental e final de semana.

O consumo de drogas ilícitas pelas figuras parentais na juventude faz com que nos reportemos a meados da década de sessenta "contestação hippie" e anos setenta. Estes pais vivenciaram a " crise da adolescência" em pleno período da ditadura militar, em famílias com estilo de educação extremamente rígida e ausência de diálogo fluente e afetivo entre pais e filhos. As drogas desempenham uma função diante de mudanças no estílo de convivência da população jovem, a de preencher o "vazio cultural interno" de indivíduos isolados. Os jovens pertencentes às camadas média e alta da sociedade utilizam a droga para indução de uma sensação de "barato" na cabeça e corpo, como forma de preencher vazios afetivos; há uma aparente organização familiar, com sustentação econômica-social e laboral, mas há um defeituoso desenvolvimento da vida emocional.

O uso de confortos químicos entendidos como "crenças" por envolver os valores culturais associados ao consumo de café, drogas prescritas e não prescritas, cigarro, e bebidas alcoólicas, expressam a aceitação de um determinado produto num determinado contexto sociocultural, determinado por critérios econômicos e políticos e não em relação aos danos à saúde do indivíduo e dos sérios problemas sociais desencadeados pelo uso e abuso.

A ambivalência é um comportamento normal e comum de muitos problemas psicológicos. Nos comportamentos adictivos é um fenômeno central. A pessoa adicta revela sentir-se presa a um conflito aproximação-evitação. Os mecanismos de defesa (inconsciente) manifestos por pessoas que lutam contra problemas de dependência a "negação" de que é um adicto, e a "resistência" em querer mudar o estilo de vida. O apego ao comportamento adicto é a questão mais difícil para a pessoa resistir ou afastar-se dele. A dependência farmacológica é um processo bem conhecido, no qual, normalmente, os que são adictos não têm autoconsciência. No caso de drogas como o álcool, a nicotina e a heroína, podem ocorrer mudanças físicas pelas quais o corpo se adapta à presença da droga. Quando a droga é gradualmente retirada, o corpo entra num estado de desadaptação, levando algum tempo para reajustar-se. Um problema relacionado é o desenvolvimento da tolerância.

A pessoa com comportamento adicto nem sempre está consciente da necessidade de encontrar o equilíbrio ao fazer um balanço decisório (benefícios, custos) para mudar hábito de fumar , beber, consumir medicamentos e tóxicos. Outros aspectos a considerar são os valores, as expectativas, a auto-estima, as respostas paradoxais (aumento da incidência e na atratividade de um comportamento problemático se a pessoa/ adolescente percebe ameaça a sua liberdade pessoal), redução de autocontrole de consumo de drogas.

Quanto a maior tolerância e permissividade diante de filhos adolescentes que fizeram uso experimental ou são adictos às substâncias não institucionalizadas e institucionalizadas, fica evidente serem aquelas figuras parentais que foram adictos, usuário experimental/ recreativo de drogas ilícitas na sua juventude, e atualmente têm problemas de adicção às drogas institucionalizadas como álcool, tabaco e psicofármacos.Os pais crêem que o uso experimental ou recreativo não pode levar à dependência e coloque em risco a saúde. Existem mensagens e atos indutores a não valorizar a vida. O consumo de drogas na realidade é para preencher o vazio existencial, por carência do significado de sentido à vida.

As famílias são microssistemas sociais que configuram um macrossistema, a sociedade. A família constitui-se como um campo dinâmico no qual agem tanto os fatores conscientes quanto os inconscientes. Esta prevalece na educação, na repressão dos instintos, na aquisição da língua, chamada materna e preside aos processos fundamentais do desenvolvimento psicosocial, portanto transmite estruturas de comportamento e de representação (Lacan,1978). A família assim entendida reflete e através dela se transmitem os conceitos (tradições espirituais, preservação dos ritos, dos costumes, a conservação das técnicas e do patrimônio), ou seja, sistema de valores socioculturais dominantes na sociedade em que está inserida. A criança gradualmente vai incorporando esse sistema de valores até a préadolescência sem maiores danos, mas justamente na etapa adolescência esse passa a ser questionado e fica evidente a fragmentação e sua fragilidade em diversos subsistemas em permanente contradição, igual ao seu próprio sistema de sustentação. O adolescente em geral reflete os valores e as crises da família e da sociedade. O jovem drogadicto claramente se revela fruto e conseqüência de si mesmo e de uma sociedade paradoxal e cindida.

O **estilo de vida** da família (pai, mãe,irmãos), da sociedade na totalidade (comunidade residencial, país) são modelos referênciais introjetados pela criança silenciosamente até inicio da adolescência, que incidem na formação de seu superego. Mas, na adolescência que irá manifestar-se concretamente através de atitudes e comportamentos reveladores do sistema de valores incorporados e eleitos, que configuram seu próprio estilo de vida. Portanto, se predominam fatores de risco no ambiente microssocial (família, escola e grupo de iguais) e no contexto macrossociocultural (comunidade residencial e sociedade) somados a uma estrutura psicológica ego frágil (imaturidade), ou seja, uma possível fixação, regressão ou desorganização total ou parcial do ego, este adolescente poderá adotar um estilo de vida pautado em atitudes, hábitos, comportamentos disfuncionais adictos voltados à autodestruição, ou seja, uso e abuso de drogas e a drogadependência "toxicomania".

No **estilo de relacionamento** manifesto para **com a escola** (direção e professores), segundo os filhos adolescentes fica evidente que entre a autoridade parental são as mães que demonstram maior envolvimento com tudo que diz respeito ao seu desenvolvimento bio-psico – sócio -cultural e educacional, quando comparados aos valores, atitudes e comportamentos manifestos pelos pais destes adolescentes estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e do Grupo B (rede privada).

A participação da família em **Programas de Prevenção ao Consumo de Drogas** na escola e outras questões valoradas que envolvem a educação e condições do ambiente escolar são a favor 46,85% de pais e 52,47% de mães. Demonstram maior preocupação com ambiente escolar e educação dos filhos são as mães. Mas são as figuras parentais dos estudantes do Grupo B (rede privada), que dialogam e vão a reuniões para tratar de melhoria das condições físicas do ambiente escolar, em especial a segurança dos filhos, as condições sanitárias e psicopedagógicas adequadas ao processo ensino-aprendizagem e socialização,

problemas do agir e da atuação das condutas psicopatológicas dos adolescentes e outros alunos como violência, delinqüência juvenil, consumo e tráfico de drogas dentro do ambiente escolar e imediações (contexto do bairro), quando comparadas aos das escolas do Grupo A (rede pública).

Os canais de comunicação estabelecidos pelas figuras parentais dos estudantes do Grupo B com o corpo docente e direção são para atender suas expectativas em relação ao papel da escola (transmitir valores, atitudes e bons hábitos) na complementação da educação iniciada na família. Existe dificuldades de comunicação pelo grau de desinteresse sobre o estilo de educação escolar, demonstrado por 61,01% de pais e 44,96% de mães para os filhos estudantes das escolas do Grupo A pelas questões didático -pedagógicas, o direito e acesso à cultura e a educação com qualidade e, do papel da escola na formação de consciência e exercício da cidadânia.

- **Perfil sócio-econômico-cultural-educacional- psicológico e estilo de vida, valores, crenças, motivações e sua relação com o uso e abuso de drogas, grau de conhecimento, autoconceito de imaginação criadora, perfil criativo e potencial de criatividade de adolescentes**

A idade dos adolescentes de ambos os sexos, do total da amostra (1004), oscila entre 14 a 21 anos. Predominam adolescentes que se situam na faixa etária de 15 a 17 anos; etnia/ origem européia, descendentes de famílias emigrantes de países de língua (idioma) e cultura latina e germânica; nascidos na cidade de Porto Alegre-RS; solteiros; católicos; dependentes economicamente da família, bom nível sócio-econômico, pertencem às classes sociais alta, média alta e média .

Dos adolescentes que desempenham algum tipo de atividade laboral (18,82% rapazes e 14,39% moças), a maior concentração está nas escolas do Grupo A (rede pública).

Nível cultural- educacional dos adolescentes é bom, estudantes do ensino médio, as atividades na escola concentram-se no turno da manhã, mas os estudantes da rede privada (Grupo B) estudam em dois turnos, o que não ocorre com os da escola pública (Grupo A) , que dispõem de maior tempo livre e ócio. O nível de desempenho escolar dos adolescentes (58,78%) dos Grupos A e B oscila entre bom e excelente. Na comparação entre sexos as estudantes têm melhor nível de desempenho do que eles. Na faixa etária entre 15 e 16 anos vivenciaram fracasso escolar, 29,22% dos rapazes e 24,91% das moças associando às situações ansiogênicas, baixa auto-estima (*desestima*), inadequação do currículo escolar e do sistema de ensino, falta de criatividade, conteúdos dissociados da realidade, de interesses e motivações do estudante. **Estudam extraclasse** menos de uma hora/dia os rapazes , e por mais de três horas/dia as moças. As motivações para estudar entre os adolescentes no Grupo A e do Grupo B, eles têm as mesmas aspirações: ter uma profissão, passar no vestibular e cursar uma universidade, ter cultura e outros motivos como: fortalecer as relações interpessoais, melhorar a comunicação, ampliar conhecimentos voltados para obterem melhor qualidade de vida e êxito profissional.

Predominam adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e do B que aprovam o **estilo de vida das figuras parentais** (pai e mãe) compartilham de seus hábitos cultivados (cultural, artístico, social, lúdico, esporte, atletismo). Desmotivados e insatisfeitos com as atitudes (excluir) dos pais são minoria dos filhos. Os adolescentes de ambos os sexos manifestam comportamento muito semelhante sobre o estilo de vida das

figuras parentais diante das atitudes adotadas com tempo livre e ócio. A importância de sentir-se unido à aceitação, amizade dos pais é um fator muito importante ao desenvolvimento emocional do adolescente, considera-se um fator de proteção ao consumo de drogas.

Perfil psicológico dos adolescentes.

Nas **relações interpessoais com as figuras parentais** (pai e mãe) os adolescentes consideram existir um excelente clima de confiança, aproximação e apoio no relacionamento entre pais e filhos. As atitudes demonstradas no relacionamento paterno e materno para com os filhos que mais **valorizam** são: confiança e amizade, demonstração de amor, de respeito e autoridade,liberalidade e afetividade.Desaprovam as atitudes demonstradas no relacionamento entre pais e filhos que geram **ressentimentos** são: desconfiança e "me desvalorizam", desamor, agressões, maltrato físico, violência sexual, sofrer humilhação diante de outras pessoas, se sentir envergonhado da ignorância cultural dos pais.

Evidencia-se a predominância de mães que freqüentemente demonstram atitudes e comportamentos de extrema intolerância e total descontrole emocional diante dos filhos (as) tais como: desvalorizar, desconfiança, humilhar, efetuar agressões e maltrato físico, denigrem a auto-estima (desestima) do (a) adolescente. Os pais em menor percentual, têm atitudes mais rígidas e comportamento manifesto de intolerância, desamor, desconfiança e de desvalorizar o filho (a).Os adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) são os que mais desaprovam e manifestam ressentimentos com as atitudes paterna e materna. Os adolescentes das escolas do Grupo B (rede privada) evidenciam maior intensidade de senso crítico e sentimentos de vergonha, desconforto, pelas atitudes e comportamento paterno ou materno revelador de ignorância cultural, pelo fato de pertencerem a famílias de melhor condição sócio-econômica-cultural (classe média alta, alta) ocupam espaços socialmente diferenciados na sociedade, onde as relações pessoais são mais exigentes, críticas e discriminatórias, ao passo que os adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) também referem este sentimento, mas em menor intensidade.

Nas relações interpessoais estabelecidas entre mães e filho (a) adolescentes deste estudo, evidencia-se que são mães que apresentam uma patogenia da função materna que estas falhas são poderosos determinantes da "desestruturação" do psiquismo da criança ,do adolescente e, por conseguinte do futuro adulto. Entre os fatores patogênicos evidenciados são: simbiose, um tipo de amor que pode ser objetal ou narcísico, no caso da mãe deprimida ou fóbica este vínculo simbiótico é sustentado através de culpas,visa ganho tipo "*seguro – solidão*"; o prover e frustrar, visível na mãe que têm atitudes inadequadas e desestruturantes sendo que as atitudes de frustrar o filho oscilam entre escassas, exageradas e incoerentes (*mãe enigmática*) sendo visível é a atitude de indiferença pelo adolescente ao manifestar algum tipo de somatização ou atuação; a atitude de conter equivocada é visível na "*mãe recipiente (penico)*", na *mãe –ansiosa* que embora amorosa, não têm uma boa capacidade de rêverie e por isso manipula exageradamente o filho tornado-o ansioso; o discurso da mãe rico em significações (mãe fóbica, com características obsessivas, narcisistas, hipocondríacas); rico de expectativas do ideal do ego e a comunicação do duplo vínculo (*doublé bind*). A ação patogênica da figura paterna é visível quando o pai assume uma posição de ausente, tanto física como afetivamente, ou demonstra ser demasiado frágil ou é demasiadamente desqualificado pelo discurso materno (pai álcoolista, depressivo,desempregado, etc.), ou ainda a presença de um pai excessivamente sedutor ou tirânico que impede a ocorrência de uma boa e necessária simbiose transitória com a mãe e dificulta a resolução edípica.

Fica evidente que o estilo de educar os filhos será fator de risco ao consumo de drogas, ou então de proteção ao não consumo. A existência de três métodos patogênicos de educação se evidencia pela : severidade excessiva, a indulgência excessiva e a incoerência das atitudes das figuras parentais (pais e mães), dos educadores (professores e direção da escola), ou entre eles (pais e professores) e, o mais grave, uma atitude de indiferença pela criança e ou adolescente. No caso de pais que manifestam uma exagerada indulgência, uma provável conseqüência nas crianças e adolescentes será a formação de um superego de características muito severas e rígidas, impulsionando-o a autopoliciar-se diante das suas ameaçadoras pulsões internas.

As relações afetivas que se estabelecem na família são fundamentais para o equilíbrio emocional e a maturidade de seus membros. As vivências internalizadas como negativas nas relações familiares, especialmente em relação à qualidade do relacionamento entre as figuras parentais (pai e mãe), assim como o tipo de relação estabelecida pelo adolescente com estes pais, se associa a um maior uso de drogas (fator de risco), especialmente as drogas ilegais.

Nos adolescentes propensos (uso experimental- sente atração e a droga tem poder de sedução; uso esporádico/ recreativo/ habitual -adicto já seduzido estabeleceu uma certa relação de dependência com a droga) a um comportamento disfuncional adicto (dependência física, psíquica e social/ gênese) em relação às drogas, ou seja drogadependencia, evidencia que se desenvolvem num ambiente familiar e social cheiro de contradições. O adicto é alguém que cumpre um "pacto criminoso", do qual participam-no, ele, a família e a sociedade.

Ao estabelecer uma relação na análise dos usuários de drogas do estudo sobre seu perfil psicológico, estilo de vida, valores, motivações relacionadas com uso de drogas, com o perfil psicológico e estilo de vida e hábitos de consumo de drogas lícitas e ilícitas das figuras parentais (pai e mãe), ficam evidente a influência do modelo parental e a identificação de inúmeros fatores de risco presentes no ambiente familiar. O adicto desenvolveu-se num ambiente familiar patológico onde são precários os vínculos afetivos e os processos comunicativos contraditórios e repressores, desfavoráveis aos questionamentos, ausência de diálogo cotidiano, de liberdade de expressão, ausência de estabelecimento de limites, privação de afeto, agressão freqüente, submetido a maltrato físico e psicológico, a humilhação, abuso sexual, indutor a baixa auto-estima (desestima), a distorção da imagem corporal; reforço a infantilidade; pais ignoram/ omissos do seu conflito existencial; empecilhos no processo dessimbiotização, pais mantêm dependência e /ou forçam independência prematura, empecilhos na aquisição da própria identidade; ausência do pai, conflito na separação, divórcio dos pais; conduta adicta do pai (alcoolista e tabagista) e /ou mãe (fármacos,tabaco,álcool); mãe imatura ou depressiva; pai permissível/ liberalidade confusa, mãe dominadora e autoritária; ausência de estímulo do potencial de criatividade, despreocupação com formação de hábitos higiene, saúde, boa educação; ausência ou fraca religiosidade,não elucidação de valores, estímulos para valores instrumentais (individualismo, competitividade, êxito, triunfo, prestígio, projeção imagem social, consumismo, hedonismo, narcisismo) em detrimento dos valores fundamentais (solidariedade, responsabilidade, igualdade, tolerância...) .

Além da influência do modelo parental e dos inúmeros fatores de risco presentes no ambiente familiar como ficou explicito acima, também os valores dominantes no sistema sócio-político-econômico-cultural brasileiro têm relação direta com o descontrole total do consumo de drogas precoce na população préadolescente e adolescente. Nos defrontamos com

uma multiplicidade de fatores de risco presentes no ambiente microssocial (família, escola, grupos de iguais) e no contexto macrossociocultural (comunidades, bairros, vilas, favelas de grandes e pequenas cidades disponibilidade/ oferta e procura de substâncias psicoativas, diversidades de cultura regionais, cultura dominante na estrutura normativa da sociedade brasileira, as crenças e atitudes reforçadas pela sociedade, as normas culturais de subgrupos).

Nas **relações interpessoais com os irmãos** (homens e mulheres) os adolescentes consideram que mantêm um clima entre bom e excelente no relacionamento com ambos irmãos em termos de amizade, apoio, confiança, cumplicidade. Estes adolescentes em ordem decrescente destacam determinadas atitudes e qualidades manifestas nas relações fraternas (irmãos homens e mulheres) para com eles, e as mais **valoradas** são as demonstrações de: lealdade, confiança e amizade, alegria, amor, inteligência e criatividade, auxílio na resolução de problemas, responsabilidade, estabilidade emocional. Em relação às atitudes e comportamento manifesto fraterno (irmãos homens e mulheres) o que mais eles **desaprovam** são demonstrações de : desconfiança, insegurança (*desestima)* e nervosismo. Quanto ao sexo, existe diferença nos traços característicos da personalidade masculina (irmãos) em relação à feminina (irmã), que refletem no relacionamento entre irmãos e os adolescentes. Os adolescentes deste estudo descrevem os traços característicos da personalidade **masculina,** evidenciam como traços **negativos** marcantes nos irmãos (homens): a preguiça, a irresponsabilidade, a mentira, a deslealdade, o uso de drogas, desprovido de bons hábitos de higiene, desprovido de educação e requinte. Os traços **positivos** da personalidade dos irmãos (homens) são: guardar segredos/ sigilo, respeitar a privacidade, menos excludente, ser menos egoísta, não fazer fofocas/ intrigas, não ser cíumento Na personalidade **feminina**, os traços evidenciados como **negativos** nas irmãs (mulheres) ser: fofoqueiras, desrespeitar a privacidade, revelar segredos, muito egoístas, excluir mais, mais ciumentas, desprovidas de educação e requinte/ boas maneiras. Os traços **positivos** da personalidade das irmãs (mulheres) são: menos preguiçosas, mais responsáveis, mentem menos, pouco desleais, usam menos drogas, têm bons hábitos de higiene.

Fica evidente neste estudo a questão do "*complexo fraterno*", isto é, a influência recíproca entre irmãos. A importância do papel fraterno, embora ele oscila entre dois comportamentos antagônicos: a rivalidade e a solidariedade. Os irmãos funcionam como objeto de duplo investimento, oscilam desde as reações ambivalentes de amor e amizade, mescladas com sentimentos de inveja, ciúme, rivalidade; como um sistema defensivo, deslocando para os irmãos pulsões libidinosas, ou agressivas, que primariamente seriam dirigidas aos pais. As atitudes, sentimentos e qualidades valoradas pelos adolescentes de ambos os sexos revelam, que tais traços, valores e outros atributos são internalizados paulatinamente como modelos de referência muito importantes ao seu desenvolvimento emocional e estruturação moral- ética, consolidação de identidade própria.

Evidencia-se a importância atribuida aos valores ***psicobiológicos*** (saúde, higiene,autocontrole, amizade), ***morais*** (responsabilidade, lealdade, honestidade,trabalho), ***sociais*** (vida cômoda, tolerância, igualdade, paz), ***estéticos-intelectuais*** (boa educação, sentido crítico), ***transcendentes*** (sentido de vida).

Nas **relações interpessoais com os colegas** (mulher e homem) de classe/ turma da escola os adolescentes consideram que mantêm um bom clima entre eles, em termos de afeto, amizade. Os adolescentes de ambos os sexos dos dois grupos de escolas emitem autoconceito muito semelhante referente ao tipo de relacionamento estabelecido com colegas/ companheiros de classe/ turma de estudo.

Auto-estima -Os adolescentes do sexo masculino descrevem indicadores de sua auto-estima a partir de como os colegas e/ ou companheiros de turma os vêem e os avaliam (sentimentos e atitudes), evidenciam ser dotados de **atitudes positivas** de ser: pessoa alegre e comunicativa, amigo carismático, conselheiro, saber ouvir (colegas, amigos). As **atitudes negativas** apontadas pelos colegas são de: ser pessoa orgulhosa, agressiva, triste e deprimida. Quanto ao sexo do adolescente, existe diferença na percepção e descrição de auto- estima feminina (moças) em relação à masculina (rapazes). As adolescentes estudantes do sexo **feminino** consideram as **atitudes positivas** reveladoras de indicadores de alta auto-estima (positiva) o fato de ser: pessoa alegre, comunicativa e extrovertidas, grandes amigas, carismáticas, melhor conselheiras, mais solicitadas porque sabem ouvir/ escutar e compreendê-los, menos agressivas, mais desinibidas, pouco tímidas, reservadas. Os indicadores de baixa auto-estima (*desestima*) revelam que são dotadas de atitudes **negativas** manifestas, como: pouca liderança, orgulhosas, mais deprimidas, tristes. Os estudantes do sexo **masculino** consideram suas **atitudes positivas** reveladoras de indicadores de alta auto-estima, pelas qualidades: maior liderança, mais reservados, menos orgulhosos, menos tristes e deprimidos (alegria); as **atitudes negativas** manifestas como indicadores de desestima são: pouco conselheiro, ouvem menos (moças/mulher), controlam emoções/ alegria, pouco carismático.

Acredito que a alta auto-estima (positiva) é um recurso que dispomos para enfrentarmos os desafios da vida cotidiana e desta forma interpretada como um antídoto eficaz contra as dependências. O processo de construção e elaboração de auto-estima passa por um autoconceito adequado e valorado de todos os EUS. O EU material, de um Eu corporal, de um Eu social e de um Eu espiritual. A deteriorização da auto-estima da pessoa ocorre quando estes EUS vão se deteriorando. Qualquer experiência evasiva de drogadicção destrói o Eu material, adoece o Eu corporal, deteriora o Eu social e desaparece o EU espiritual. O desenvolvimento do EU, o autoconceito, a auto-estima e a imagem corporal constituem os indicadores mais relevantes do processo de identidade do adolescente. A auto-estima positiva ou negativa no adolescente vai depender em parte de seu estilo de viver a vida, do significado interno de saúde para a vida, dando um estilo próprio, nos campos afetivo, intelectual, valorativo, comportamental , social e relacional com a família, grupos de iguais e pessoas de sua comunidade. No campo das drogadependencias (síndromes de adicção), inúmeras pesquisas têm insistido que existe uma relação causal entre ausência ou débil auto-estima e a adicção às drogas.

As **manifestações de afeto** presentes nas relações de amizade com os colegas de classe, demonstram ser os adolescentes do sexo masculino dos dois grupos de escolas que em maior percentual têm muitos amigos, mas são as estudantes que revelam ter poucos amigos porém íntimos.

Quanto às reações de **descontentamento** manifestas diante das **atitudes dos colegas** (grupo de iguais) da escola fica evidente que os estudantes do sexo masculino se comportam de forma distinta das do sexo feminino. As adolescentes têm a percepção de atitudes (positivas e negativas) mais apuradas que refletem seu nível de maior consciência do decréscimo da presença de *valores morais* (responsabilidade, dirigir a vida/ autonomia, trabalho, perseverança, honestidade); de valores *sociais* (tolerância, igualdade, generosidade); de valores *estéticos-intelectuais* (sentido crítico, boa educação); de valores *transcendentes* (sentido na vida, religiosidade,fé); de valores *psicobiológicos* (saúde, amizade, autocontrole, auto-estima) entre os colegas e amigos dos grupos de iguais.

Os amigos e grupos de iguais são muito importantes para completar seu processo de socialização de adolescente iniciado na família. Os grupos de iguais cumprem sua função de suporte afetivo e protetor, que gradualmente auxilia no processo de emancipação da família e aquisição de sua própria identidade. Mas quando o adolescente têm estrutura egoica frágil conseqüente de uma fixação, regressão ou desorganização total ou parcial do ego, imaturidade, baixo auto-conceito, baixa auto-estima (desestima), intolerância a frustrações, imaginário pobre por falta de estímulo ao seu potencial criativo e/ ou hiperreatividade; psicopatia antisocial e dissocial; família patológica; ausência de um pai organizador, presença de uma mãe depressiva/ autoritária/ imatura/ ambivalente , desprovido de valores referenciais busca no grupo de iguais um apoio para sentir-se fortalecido e preencher o vazio existencial, a falta de amor, um sentido a sua vida, se submete as normas do grupo para sentir- se aceito e fortalecer sua auto-estima. No caso do adicto a tendência é justamente se agregar a grupos com atitudes grupais mais permissíveis, atitudes mais favoráveis a transgressões de normas e atitudes subgrupal onde o valor jovem "ausência de ética social" impera um sentimento de marginalidade de transgressão ao mundo adulto.

O adolescente com débil auto-estima, sentimento de rechaço dos pais, desprazer e ausência de unidade familiar busca nos grupos de amigos uma relação de extrema dependência onde não tem idéias, atitudes e vontade própria, mas sim do grupo que estabelece regras de permanência no grupo e aos modelos de consumo dentro do grupo. Tal relação com o grupo considerá-se um fator de risco para adoção de condutas disfuncionais de consumo, atos delitivos e muitos adolescentes caminham para a delinqüência juvenil, como aparece neste estudo a questão da prática do tráfico de drogas (aluno/estudante traficante) dentro da área física da escola, e na sua comunidade residencial.

Nas **relações interpessoais com o corpo docente** (professor e direção) os adolescentes deste estudo consideram que mantêm um bom clima, em termos de qualidade. Em relação ao **autoconceito** emitido pelos adolescentes evidencia-se uma diferença entre os sexos em relação às atitudes e comportamento manifesto na escola com os professores e direção. A predominância de estudantes do **sexo feminino** que se comportam e manifestam **atitudes positivas** como: demonstração de maior responsabilidade, dedicação, dinamismo, concentrada nos estudos, disciplina, mais alegres, espontâneas, afetivas, maior autocontrole, pouco agressivas, e maior tolerância. Os estudantes do **sexo masculino** em maior percentual evidenciam indicadores de desestima, se autoavaliam destacando as **atitudes negativas** manifestas com o professor e direção, como: são preguiçosos, indolentes, indisciplinados, irreverentes, impulsivos, mais agressivos, intolerantes, pouco afetivos, mais irresponsáveis.

Os resultados mostram que as adolescentes do sexo feminino em sua autoavaliação de atitudes, comportamentos, e sentimentos manifestos revelam indicadores de ter auto –estima positiva, e internalizados determinados valores *psicobiológicos* (alegria, afetividade, autocontrole), *morais* (responsabilidade, perseverança, dirigir a vida), *sociais* (tolerância), quando comparadas aos do sexo masculino que se autodepreciam e têm atitudes marcantes de narcisismo, hedonismo, vive o presente, quer vida boa festas cotidianas, transgressões, anticonvencionais, oposição às normas vigentes ao estilo psicopedagógico do professor e modelo educacional da escola, e sistema de valores do mundo adulto.

Quanto ao **estilo de vida,** revelados pelos adolescentes podemos conhecer seus **valores, atitudes, crenças, hábitos, motivações e sua relação com o uso e abuso de drogas** que no conjunto revelam a opção por estilo de vida mais saudáveis e/ ou estilos

pouco saudáveis de vida, resultantes de referênciais internalizados (na família, no grupo de iguais, na escola e amplo ambiente sócio-cultural) no processo de socialização e desenvolvimento biopsicosócioafetivo e reproduzidos pelo adolescente ao manifestar seu próprio estilo de vida.

Em relação ao **estilo de vida**, fica evidente a diferença de comportamento entre os sexos ao administrar seu tempo livre e ócio. Os adolescentes do **sexo masculino** reproduzem o mesmo estilo de vida dos pais, de seus amigos e grupos pares, bem como de figuras representativas na mídia. Estes praticam mais esportes; freqüentam assiduamente clube social; tocam instrumento musical e participam de bandas e/ou grupos musicais; preferem conversar com amigos na rua. As adolescentes do sexo feminino reproduzem exatamente o mesmo estilo de vida das mães, alguns hábitos do pai, das amigas e grupos pares, de professores, bem como de personagens jovens destacadas pela mídia. Predominam adolescentes do **sexo feminino** que desenvolvem atividades voltadas para melhorar a auto-estima e auto-imagem física e social; investem na aquisição e ampliação de cultura geral; manter-se atualizadas; maior socialização e diversão; ampliar e aprofundar laços afetivos com a família/ parentes, amigos e vizinhos; em viagens de férias, passeios com a família; investem no melhor equilíbrio de saúde física, mental e espiritual; estimulo potencial criativo, poético artístico; compartilham nas tarefas domésticas e outros encargos da família, se comparadas aos do sexo masculino.

Quando comparados por grupo de escolas, evidencia-se que predominam estudantes do sexo masculino das escolas do Grupo B (rede privada) que concentram atividades que potencializa sua auto-estima e auto-imagem corporal e social; investem na saúde física, mental e espiritual; na aquisição e ampliação da cultura geral; manter-se atualizados; de fortalecimento da integração e união familiar,viajar nas férias e acompanhar passeios programados pela família; maior socialização e cultivo da natureza, participar de excursões e acampar com amigos (ao longo do ano e férias) integrar laços da família com amigos; manter a cultura e tradições familiares; compartilhar nas tarefas domésticas e outros encargos da família. Em relação à **administração de seu tempo livre** eles ocupam a maior parte em práticas valoradas no grupo famíliar e grupos de iguais como: boa educação e cultura, utilizar meios de comunicação, cultivo boa saúde física, mental; fortalecendo auto-estima, maior socialização no circulo de amizades; cultivam a religiosidade e/ou espiritualidade; manifestação da criatividade, desenvolvimento de potencial artístico-musical e literário, ecologia; assumindo responsabilidades da família. Os adolescentes do mesmo sexo pertencentes ás escolas do Grupo A (rede pública) têm atitudes e comportamentos manifestos muito semelhantes aos do Grupo B, mas o que os diferencia é a concentração em atividades que contemple: estimular seu potencial criativo poético, literário, artístico desenho, instrumental e musical, uma ecologia humana, harmonizar-se e desfrutar de atividades culturais e esportivas oferecidas pela associação comunitária do bairro e de acordo com nível sócio-econômico-educacional e cultural de suas famílias e grupos de iguais. As estudantes do **sexo feminino** das escolas do Grupo B revelam cultivar os mesmos hábitos da mãe que potencializa a saúde e beleza estética (auto-estima e auto-imagem corporal social); aquisição de bens de consumo (ter = poder); cultura geral; diversão e socialização; praticar turismo ecológico e cultural (excurssões com amigos, grupos de iguais); integração famíliar (reforço de laços); procura armonizar-se, cultivo da religiosidade / espiritualidade , buscam sentido de vida. As estudantes das escolas do Grupo A, embora mais numerosas, praticam menos atividades descritas, e ocupam seu tempo livre em atividades semelhantes a dos estudantes do sexo masculino do mesmo grupo de escolas. Portanto, fica evidente, que as adolescentes de ambos os sexos dos dois grupos de escolas, reproduzem o mesmo estilo de vida das figuras

parentais (pais e mães), que tem relação direta com a condição sócio-econômica-educacional e cultural das famílias a qual pertencem.

A grande maioria dos adolescentes demonstram suas **crenças** e **religiosidade**, como um valor transcendente internalizado e referencial para a vida pessoal e manutenção da estrutura familiar. A religião católica apostólica romana é a predominante entre os adolescentes de ambos os sexos (46,84%) que praticam e não praticam. Os adolescentes cristãos protestantes, embora minoria seguem as práticas parentais que são emigrantes e seguidores de várias ramificações de Lutero e Calvin, etc. Os adolescentes de ambos os sexos das escolas do grupo A (rede pública) apresentam maior diversidade de práticas religiosas, cultos, seitas e filosofias, do que os das escolas do Grupo B (rede privada). Na condição de ateus são 39,69% de adolescentes do sexo masculino e do sexo feminino.

Atualmente os jovens buscam outras crenças (cultos exóticos) para satisfazer suas necessidades místicas, ou suas carências de sustentação moral, vulneráveis se tornam presas fáceis de muitas seitas que os conduzem a processos de autodestruição, a uma ideologia fanática e tanática, indutora a drogadicção, perversões, suicídios, atos violentos, atitudes sociopáticas e de oposição às normas de convivência sadia na família e sociedade, como forma de autoafirmação.

Quanto ao **perfil de consumo de drogas lícitas e ilícitas** se evidência os resultados obtidos em cada uma das seguintes substâncias psicoativas:

Tabaco – Entre os adolescentes da amostra estudada que fumam atualmente, os do sexo feminino 24,17% superam os do sexo masculino 16,02%; superam na freqüência (uso diário) e apresentam padrão de consumo diário entre 10 a mais (>) de 21 cigarros. A idade da primeira experiência com o consumo do tabaco concentra na faixa etária de 13 a 15 anos (61,60%rapazes e 68,76% moças). Evidencia-se uso experimental muito precose entre 4 a 9 anos idade. A primeira experiência ocorreu em ambientes abertos (praia, na rua) e em casa da família. Os locais favoráveis e maior concentração para o consumo de tabaco : praia, ruas, dormitório, na casa de amigos; bares, discotecas,festas jovens, pátio e, toalete do colégio/ escola. Os **motivos** atribuídos pelos adolescentes para experimentar cigarro de tabaco e continuar fumando, evidencia-se que são inúmeros os motivos: porque o "grupo de iguais", os amigos fumam, para sentir-se aceito; não ser diferente; por curiosidade; para ter prazer, sentir sensações; sentir-se forte; divertir-se; controlar emoções, ansiedade, angústia; diminuir o apetite, a voracidade alimentar; para não ter medos, depressões, tristeza, etc.; melhorar desempenho na escola no esporte, nas relações sexuais, etc.

O ato de fumar é considerado um rito de passagem da infância para adolescência. Para os fumantes no terreno simbólico, o fumo representa a masculinidade, a liberdade, a emancipação, a boemia, a rebelião, solidariedade e espiritualidade. Por desempenhar um papel de agente social, e ao mesmo tempo possuir um valor simbólico, o fumo assume um valor social positivo na vida social e cultural do fumante. Para o tabagista o valor social do fumo passa ter maior ou igual peso na perpetuação do seu uso, do que da adicção biológica.

Álcool – Entre os adolescentes da amostra estudada, que fizeram uso na vida de bebida alcoólica, as adolescentes do sexo feminino (475) 87,64% superam os do sexo masculino (401) 86,80%, mas é mínimo o percentual; ambos estavam na faixa etária de 4 a 18 anos. Dos adolescentes que bebem atualmente, os rapazes (353) 76,41% superam as moças (376) 69,37% , ambos se encontam na faixa etária dos 14 aos 21 anos. A idade de primeira

experiência de consumo de álcool concentra na faixa etária de 13 a 15 anos (62,10% rapazes e 70,11% das moças). Na freqüência de consumo bebida alcoólica (cerveja) diária e a média de 2 a 3 dias/semana, embora baixa concentração, os rapazes (11,42%) superam as moças (3,38%); os consumidores habituais de fins de semana, eleva a concentração, os rapazes (38,07%) superam as moças (28,69%) e ocorre em festas de fins de semana. Além do hábito de consumo regular a quantidade consumida entre 2 copos a mais (>) de 2 litros (400 a 2000ml) é preocupante; os rapazes têm maior consumo, embora a maior concentração seja de moças. A prevalência de consumo de álcool ocorre nos fins de semana, em festas. A preferência de ambos adolescentes por bebidas fermentadas como: a cerveja, o vinho, champanha; e das destiladas o whisky, conhaque e outras bebidas os rapazes; e os coquetéis, licores, vodka e demais produtos as moças. Os adolescentes de ambos os sexos têm comportamento semelhante, enquanto consumidores de tipo de bebida alcoólica; existem pequenas diferenças quanto à preferência por tipo de bebida e à freqüência de consumo na vida. As adolescentes vêm alterando suas preferências, e 44% estão consumindo bebidas destiladas de alto teor álcool. A experiência de embriaguez na vida, ambos os sexos (22,13%) apresentaram comportamento disfuncional, ocorrência entre 2 a 6 vezes. No computo geral, ambos os sexos (86,80% rapazes e 87,64% moças) vivenciaram o quadro de embriaguez (de uma a (>) superior a 6 vezes, e perderam a conta), um dado preocupante. Os meios facilitadores da primeira experiência com álcool se concentram: na família (pais e irmãos); em locais públicos (praia, na rua); nas dependências do colégio/ escola. A primeira experiência de consumo bebida álcool foi compartilhada em companhia de familiares (pais/ irmão) e com grupo de amigos. Fica evidente que as crianças internalizam desde a mais tenra idade, antes dos 7 anos comportamento parental (mãe e pai) adicto, em sua maioria de forma velada os reproduz na préadolescência e de forma declarada na adolescência. Os **motivos** que induzem ao consumo de álcool pelos adolescentes são inúmeros como: facilitar a comunicação; fugir dos problemas pessoais; ter prazer e divertir-se; curiosidade; acalmar o nervosismo; melhor desempenho sexual; dormir melhor; vencer a timidez; não ter medos; não ter depressão e tristeza; vencer a frustração; ser criativo; melhorar a concentração, assimilação, pensamentos, capacidade e síntese.

O álcool constitui-se na droga mais tolerada, e de maior permissividade social; são atribuídas a ela mais qualidades positivas do que negativas no meio sócio-cultural e familiar. Cada cultura elege sua, ou suas drogas para produzir distintos efeitos, como utilizar, onde e para que finalidades as utilizam. O álcool é uma droga que além de ser gratificante para o adolescente têm funções ansiolítica , anticonflitos e socializante.

Medicamentos e psicofármacos – Entre os adolescentes da amostra estudada, que fizeram uso na vida são as adolescentes do sexo feminino (225) 41,52% que superam os do sexo masculino (138) 29,87%. A idade de primeira experiência de consumo concentra entre 10 a 19 anos. A primeira experiência de automedicação ocorreu maior concentração de consumidores na idade de 13 a 15 anos. A preferência e freqüência de consumo por substâncias psicoativas e as de venda livre (uso sem receita e/ ou orientação médica). Os adolescentes do sexo masculino que efetuam automedicação na freqüência do uso no último ano para o uso diário, o fizeram com psicofármacos anorexigenos e uso semanal de anfetaminas. Os psicofármacos consumidos por automedicação são os opiáceos, analgésicos opióides; anorexigenos (anfetaminicos), anfetaminas, antidepressivos, benzoadiazepinicos, ansiolíticos, barbitúricos; anticolinérgicos, orexigenos, antiespasmódico, antiasmático, antiparkinsonianos. Os não psicofármacos (venda livre) mais consumidos são os analgésicos, antiestamínicos, vitaminas e minerais, laxantes. Os dolescentes de ambos os sexos das escolas do Grupo A e os do Grupo B justificam o hábito de automedicação em decorrência de

manifestação de problemas físico-emocionais. Os **motivos** atribuídos para consumir psicofármacos e medicamentos de venda livre, os adolescentes do sexo masculino alegam: aumentar a capacidade e resistência física; melhorar o raciocínio; aumentar a concentração; ficar acordado; divertir-se; ter prazer; baixar peso/ emagrecer; escapar de problemas pessoais; as do sexo feminino consumiram para: baixar peso/ emagrecer; ficar acordada; melhorar o raciocínio; aumentar a concentração; aumentar a capacidade de resistência física; divertir-se; ter prazer; escapar dos problemas pessoais. Na comparação por sexo, as adolescentes do sexo feminino são as grandes consumidoras de psicofármacos e outros medicamenos com e sem prescrição médica, praticam muito a automedicação de drogas dos grupos I, II, III, e Venda Livre.

Tais atitudes e hábitos, revelam que elas (eles) precocemente internalizaram o modelo materno e paterno como referencial de seu próprio estilo de vida de consumo e dependência a algum tipo de droga. A crença do sujeito na fantasia do poder mágico (droga), que ao ingerir determinadas substâncias psicoativas presentes no seu ambiente familiar (microssistema) e no meio sóciocultural (introjeção) não sentirá angústia e resolverá seus problemas e conflítos existenciais o impulsiona a buscar um objeto real com o qual tenta auto-afundar-se por uma falta. O consumo de psicofarmacos e medicamentos de venda livre, tem um significado simbólico para o sujeito, a pírula mágica vai preencher o vazio de algo que lhe falta (amor, consideração, sentido na vida, etc..) e irá saciar a fome (vazio) sentida pela privação do afeto e do seu narcisísmo ferido. As condutas defensivas (inconscientes) adotadas pelo ego são reveladas através das atitudes adotadas e comportamentos manifestos pelo ser humano, e tais condutas têm como finalidade manter um equlíbrio homeostático (princípio do prazer), portanto toda defesa é defesa contra a ansiedade, contra a angústia.

Drogas "tóxicos" ilícitas - Entre os adolescentes da amostra estudada, que usaram alguma vez na vida substâncias psicoativas ilícitas, os adolescentes do sexo masculino (144) 31,17% superam os do sexo feminino (167) 30,81%, mas é mínima. A idade de primeira experiência de uso dos adolescentes do sexo masculino concentra na faixa etária dos 7 aos 18 anos; mas as do sexo feminino estavam na faixa etária dos 10 aos 19 anos. Dos consumidores habituais, os atuais usuários adictos são (88) 19,05% dos rapazes e (94) 17,34% das moças estudantes das escolas do Grupo A e as do Grupo B. A idade da primeira experiência de uso de drogas (144 rapazes e 167 moças) a maior concentração ocorreu nas idades de 13 a 15 anos, (81) 56,25% dos adolescentes do sexo masculino e (108) 64,67% do sexo feminino; decrescendo dos 16 aos 18 anos, (45) 31,25% dos rapazes e (50) 29,94% das moças.O uso precose de primeira experiência ocorreu na idade dos 7 aos 9 anos, com baixo percentual.

As taxas de prevalência das substâncias de uso ilícito experimentam uma clara desaceleração mais para a etapa final da adolescência (18–19anos). Os experimentadores de multidrogas, além do contato inicial, experimentaram todas as substâncias psicoativas que circulam no seu meio sóciocultural (cannabis, cocaína, alucinógenos, opiácios, inalantes/solventes). Os adolescentes do sexo masculino que têm um consumo diário drogadependentes (físico, psiquico e social), evidencia-se maior concentração de policonsumidores de drogas ilícitas e das drogas lícitas (álcool, tabaco e psicofármacos). Na comparação por tipo de escola são os estudantes de ambos os sexos do Grupo A (rede pública), que revelam comportamento disfuncional de consumo. A prevalência na freqüência de usuário 2 a 5 dias/semana e uso diário, quanto ao tipo de substância, preferem usar: a cannabis e derivados; inalantes; cocaína; alucinógenos; opiáceos. A primeira experiência no uso de drogas ilícitas pelos adolescentes de ambos os sexos das escolas dos Grupos A e do Grupo B, em maior concentração ocorreu em casa de amigos; locais abertos e isolados (rua,

parques, praças e praia); em espaços fechados e públicos (festas, reuniões de jovens, em shows); em menor percentual usaram em casa, residência da família, e nas dependências do colégio/ escola. Os atuais usuários consomem multidrogas em locais abertos e isolados, em festas jovens, shows,bares , boates/danceterias. A primeira experiência foi compartilhada com grupo de amigos, e algum familiar (irmão, pai, primo). As adolescentes usaram drogas com o namorado.

Quanto à **prática de tráfico** em pequena e média escala, dos adolescentes de ambos os sexos que usaram alguma vez drogas, também traficam (26) 18,06% dos rapazes e (5) 2,99% das moças. Em relação ao tempo da prática de tráfico, evidência-se a conduta delitiva em maior percentual no período de 1 a 2 anos (14) 53,84% dos rapazes e (4) 80,00% das moças, mas chama atenção que traficam de 3 a 7 anos (3) 11,54% dos estudantes do sexo masculino. Os adolescentes do sexo masculino dos dois grupos de escolas além de usuários de drogas, também exercem o tráfico de drogas dentro do ambiente do colégio/ escola e fora sem qualquer restrição legal. Os locais de fácil acesso e sem restrições de aquisição/ compra de drogas, os adolescentes de ambos os sexos, dos grupos estudados revelam que o fazem sem dificuldades: nas vilas "boca de fumo"; com amigos; na escola; na rua, parques e praças; próximo a residência; outros locais como bares, shows, festas, farmácias e shopping. O preocupante é que efetuam a aquisição de drogas ilícitas (maconha, cocaína, êxtase "ecstasy") dentro do ambiente físico da escola, provavelmente com amigos e colegas traficantes, onde os professores e direção não tomam conhecimento e/ ou até mesmo não sabem identificar estudantes usuários e traficantes, são omissos ou negam tal comportamento e práticas dentro da escola/colégio.

Motivações sociais, experimentais, sintomatológicas e psicocognitivas indicadoras de consumo de drogas de uso lícito e ilícito evidencia-se que cada adolescente de ambos os sexos indica mais de um motivo para justificar o consumo de **tabaco, álcool, psicofármacos** (automedicação) e **"tóxicos".** Quanto às **motivações sóciais** que impulsionam, basicamente, os adolescentes de ambos os sexos ao consumo de todos os tipos de substâncias psicoativas, na ordem de necessidade manifesta, destaca-se o **tabaco** como a droga mais consumida, para **passar o tempo** ao ser comparado com o consumo de álcool, psicofármacos e tóxicos.As **motivações experimentais** que impulsionaram, os adolescentes de ambos os sexos ao consumo de cada tipo de substância psicoativa, na ordem de necessidade de uso manifesto, destacam-se o **tabaco e tóxicos** como as drogas mais consumidas para satisfazer a **curiosidade** de seus efeitos mágicos; já o que leva ao consumo de **álcool e psicofármacos** é para **ter prazer e divertir-se** com grupos de iguais nas atividades cotidianas. Quanto as **motivações sintomatológicas** que impulsionam, basicamente, os adolescentes de ambos os sexos a consumirem cada tipo de substância psicoativa, na ordem de necessidade de uso manifesto, destacam-se o **tabaco e o álcool** como as drogas mais consumidas para **acalmar o nervosismo**, já o que leva ao consumo de **psicofármos** "automedicação" é para **emagrecer** e o consumo de tóxicos é para **dormir melhor**. Em relação as **motivações psicocognitivas** que impulsionam os adolescentes de ambos os sexos, a consumirem cada tipo de substância psicoativa, na ordem de necessidade de uso manifesto, destaca-se o **tabaco** como a droga mais consumida, para **não ficar angustiado**; o **álcool** é consumido para **vencer a timidez**, **indecisão**; já o que leva ao consumo de **psicofármacos** é para **aumentar** o **desempenho escolar, no esporte** e **ser mais competitivo**, e o consumo de **tóxicos** é para **sentir-se seguro e forte**, **vencer a frustração e a timidez** em qualquer situação da vida cotidiana.

Quando refletimos sobre os inúmeros fatores de risco indicadores do consumo de drogas pelos adolescentes nos fica claro que além das relações precárias e insatisfatórias com

seus pais e familiares, o adolescente é alguém que possui uma estrutura psicológica frágil desprovida de recursos internos adequados a lidar com a vida. O ato de drogar-se é a forma imediata, impulsiva, que o jovem encontra para saciar a insegurança "reduzir angustia"e se nutrir de amor o suficiente para sobreviver no mundo adulto. A droga representa segurança e alimento que ao mesmo tempo o transforma num super-herói, capaz de enfrentar a família e a sociedade com seu ódio mudo. Os estudos internacionais realizados desde meados da década de setenta constatam que os indutores mais intensos de início de consumo drogas ilegais são influência dos grupos de amigos, as crenças e valores próprios dos adolescentes, somados `a influência do estilo de vida , valores, atitudes e comportamentos de consumo dos pais, e estilo de vida coletivo do contexto macrossociocultural. Estes estudos evidenciam que as pessoas orientadas por valores pessoais são mais propensas à iniciar o consumo de drogas (maconha,cocaína) uma vez iniciado a tendência é aumentar a freqüência de uso e experimentar outras substâncias psicoativas numa escalada de consumo diversificado. Este comportamento não foi observado nas pessoas que optam por valores sociais.

O consumo deve ser interpretado como um sintoma de falta de libido. Qual o defeito na função essencial para a constituição do sujeito, cujo enfraquecimento o conduz a busca desse objeto real (droga) um suporte ou substituto de si mesmo. O constatado na clínica que além da idade cronológica socialmente estabelecida como normal, o adolescente se mantem preso ao velho laço familiar numa permanência prolongada dos pais, um vínculo não totalmente rompido de independência, não simbolizado, o que produz essa constante abertura da ferida como passagem ao ato, ao regresso. O adicto tem um pai distante e uma mãe excessivamente presente que na realidade exerce a função paterna. O drogadependente põe em evidência um defeito cada vez mais generalizado da função paterna. Temos que considerar que a atualização de seu sintoma é primeiramente um sintoma social; constitui o sujeito articulado a dificuldade que se apresenta, num momento determinado, a respeito a essa identidade que o outro lhe propõe. Isso é que lhe mantêm unido à família numa posição de "bode expiatório" da festa do ritual primitivo do herói salvador da tragédia grega. Evidencias de conflitos intrafamiliar manifestam-se na revelação de um filho drogadependente, intensificando os desajustes presentes na família. A fixação a uma posição adolescente de drogadependente é visível. O rompimento dos laços e posição ocupada na família para passar a constituir-se sujeito individual frente ao outro social é uma luta ardua. Mas esse corte exige que resolva o problema anterior a castração, a função do pai que resolve o complexo de Édipo e coloca o sujeito em sua posição familiar como filho.

Grau de conhecimento e / ou nível de informação sobre o tema "drogas", referente às substâncias psicoativas de uso lícito/institucionalizadas e ilícito/não institucionalizadas os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B, demonstram pelo tipo de respostas emitidas que possuem um grau de conhecimento, mas é o do senso comum; que desconhecem como as substâncias psicoativas dos diversos tipos de drogas agem sobre o organismo e o Sistema Nervoso Central; que têm necessidade de obter informações científicas e não só do censo comum; que têm grande interesse que tal tema seja trabalhado com maior abrangência ao longo da formação educacional no ensino fundamental e médio. Estas necessidades se podem confirmar com os resultados obtidos no "*brainstorming*" , ver Quadro IX, p.510, onde os estudantes sedentos de saber sugerem um programa de conteúdos que embasem cientificamente o conhecimento sobre o uso e abuso de drogas. Tal interesse manifestado pelos estudantes de ambos os sexos, justifica-se para que possam ter condições de dialogar, manter-se bem informados com vistas a se posicionarem diante da constante oferta de drogas, da pressão de amigos e grupos iguais, bem como poder

intervir como agente de prevenção ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas junto aos grupos de iguais no seu contexto escolar e na sua comunidade residencial/ bairro.

Autoconceito de imaginação criadora e nível de consciência e percepção do **potencial** criativo e imaginativo expressado pelos adolescentes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada), evidencia-se maior concentração dos adolescentes que se consideram criativos e imaginativos; mas baixo percentual revelam-se desprovidos de imaginação criadora, ou seja manifestam um baixo autoconceito e desestima. Fica evidente, que os adolescentes de ambos os sexos, expressam seu potencial de imaginação e qualidades criativas como resultante de fatores pessoais (personalidade) e condições ambientais (família, escola) favoráveis para o desenvolvimento de determinadas qualidades reveladoras de determinado potencial criativo.

Quanto aos **perfis criativos**/criadores, evidencia-se que entre os sexos existem diferenças na forma de expressar seu potencial. Quanto aos perfis criativos/criadores dos adolescentes do **sexo masculino**, evidencia-se que mais se destacam nas seguintes áreas: musical; artes plásticas; informática; arte culinária; na cognitiva arte poética e literária (poesia e literatura); área esportiva e ludica . Destacam-se também nas áreas de comunicação (relações humanas, publicidade); designer; confecção e tecelagem; arte dramática, conduta humana (dança, interpretar/ dramatização); arte cognitiva (compor peças/ textos para teatro); na científica mecânica; na área de laser e turismo; artes humorística e ilusionista; canto: cantor; arte na natureza, paisagismo; arte industrial-organizativa e, na arte de origami (dobradura de papel). As adolescentes do **sexo feminino** se destacam nos seguintes perfis criativos: artes plásticas, arquitetura; arte culinária; na cognitiva, arte poética e literária (poesias e textos literários); musical: interpretação e composição; arte na confecção e tecelagem; confecção e designer; área de informática (desenho gráfico, computação); na área de conduta humana dança, interpretar, dramatização; área esportiva e ludíca.Destacam-se ainda outras qualidades criativas expressivas na área de comunicação: (relações humanas, publicidade); expressão cognitiva (compor peças / textos para teatro); arte de fotograr; na elaboração de projetos arquitetônicos; na área de laser e turismo. Fica evidente que os adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A e os do Grupo B, se sentem motivados para determinadas áreas da conduta humana, por serem dotados de qualidades criativas que podem expressar e demonstrar seus níveis máximos de criatividade e ou de imaginação criadora nos distintos campos do saber e do comportamento, para os distintos tipos de processo criador: produzir, expressar criatividade, descobrir, inventar e inovar.

- **Perfil psico-sócio-cultural-educacional do professor**

A escolaridade dos professores é bastante elevada, têm curso superior completo, a grande maioria além da graduação tem formação em nível de especialização, um percentual significativo tem mestrado e doutorado. Quanto ao perfil psico-sócio-cultural descrito pelos adolescentes de ambos os sexos estudantes das escolas do Grupo A (rede pública) e os do Grupo B (rede privada) evidencia-se que manifestam sentimentos de insatisfação e de satisfação diante de atitudes e comportamento manifesto considerado inadequado e/ ou adequado nas relações interpessoais estabelecidas entre professor e estudante na escola. Quanto ao sexo, fica evidente o perfil psico-sócio-cultural-educacional emitido por **adolescentes do sexo masculino** como resultado reflexivo das atitudes e comportamentos manifestos dos professores para com eles, sendo seu **nível de insatisfação pelas atitudes** como: mau humor, agressividade, não aceita sugestões; ser prepotente, orgulhoso;

desinteressado; sem criatividade; demonstra desafeto e rigidez; desconfiado; mantêm-se distante e indiferente; desatualizado, inseguro, não toma decisões; possui pouca cultura (inculto); egoísta. Revelam **sua satisfação** diante de atitudes, valores e comportamento manifestos pelo professor para com eles (elas) tais como: demonstração de honestidade de caráter; alegria, é sorridente e descontraído; domina área de conhecimento; estimula à criatividade do estudante; contribui para formação de consciência crítica,; autoconfiança, e não discrimina usuário de drogas. As **adolescentes do sexo feminino**, também emitem o perfil psico-sócio-cultural-educacional do professor, destancam seu **nível de insatisfação** pelas atitudes e comportamentos manifestos para com elas, considerados como inadequados como: não aceita sugestões; mau humor e agressividade; sem criatividade; prepotente e orgulhoso; demonstra desafeto e rigidez; desinteressado; desconfiado; mantêm-se distante e indiferente. Revelam **sua satisfação** diante de atitudes, valores e comportamentos manifestos pelo professor para com elas (eles) como: demonstração de alegria, é sorridente e descontraído; domina a área de conhecimento; é comunicativo e afetivo; honestidade e caráter; capaz de contribuir na formação de consciência crítica; estimula a criatividade; auxilia dificuldades pessoal e escolar; demonstra autoconfiança, e não estigmatiza pessoas.

Quanto ao tipo de escola, fica evidente que os estudantes de ambos sexos do Grupo B (rede privada) são mais críticos ao avaliarem as atitudes e valores manifestos pelos professores e direção para com eles, sendo um menor percentual de estudantes das escolas Grupo A (rede pública), que percebem e emitem seu julgamento crítico. Na comparação da emissão do perfil do professor por sexos, se evidencia que são as adolescentes do sexo feminino das escolas do Grupo B, que são mais críticas e manifestam um nível de exigência superior aos rapazes, e ao das estudantes das escolas do Grupo A, que embora, estando insatisfeitas com o perfil de professor que convivem, mas têm dificuldades (medo, temor) de expressarem seus sentimentos e apresentarem sugestões para mudança de estilo docente e tipo de abordagem educativa.

Muitos adolescentes de ambos os sexos manifestam atitudes e sentimentos de descontentamento e rechaço diante do estilo psico-pedagógico do professor, da direção da escola e tipo de relações interpessoais estabelecidas com alunos/estudantes e suas famílias, e através de atuações simbólicas e concretas como: indisciplina; agressividade, atos anti-sociais; ausente/desligada, desconectada da realidade da aula; desinteresse pelos estudos; desmotivada com conteúdo/ matéria; fugas freqüentes da sala aula; faltas freqüentes injustificadas; manifestações psicossomáticas; depressão; isolamento; uso de drogas e evasão escolar.

A partir desta visão abrangente realizamos uma interpretação pertinente acerca das atitudes e condutas manifestas dos adolescentes. Estas condutas manifestas comunicam o resultado de um somatório de modelos referenciais internalizados desde a infância, e da ocorrência de imensa gama de inter-relações entre determinados fatores (variáveis individuais, microssocial e macroambiente-sociocultural) que configuram um estilo de vida coletivo (família, escola, grupo de iguais, a sociedade) como modelo referencial à adoção de um estilo de vida individual de valorização da vida, de rejeição e /ou abstêmio, ou da opção por processos autodestrutivos, desde o uso experimental (atração), evoluindo de usuário recreativo a regular (adicção), a comportamentos disfuncionais de consumo de multi-drogas (policonsumidor), a configuração de drogadependentes.

- **Fatores de risco (nível individual, microsocial e macrosocial) ao uso e abuso de drogas**

Os resultados alcançados na investigação revelam a presença de múltiplos fatores de risco identificados como facilitadores para o uso e abuso de substâncias psicoativas destacam-se conflitividade pessoal; imaturidade; baixa auto-estima e auto-imagem corporal e social; ansiedade; depressão; vitimização; estilo de vida irreverente (busca de emoções, rebeldia); motivações sociais, experimentais, sintomatológicas e psicocognitivas do uso; idade de primeiro consumo bastante precose; influência da conduta adictiva dos pais, dos lideres de classe, dos amigos e grupos de iguais, da mídia e publicidade; estrutura familiar deteriorada; sofrimento psíquico; presença de patologia sócio-familiar; pobre monitoramento familiar; isolamento e conflito interpessoais nas relações parentais(pai, mãe, irmãos), com os companheiros e professores; insuficiente grau de conhecimento sobre conseqüências do uso; não ter religiosidade; estilo de vida dos pais/mães carente de hábitos e atitudes e transmissão de valores (psico-biológicos, morais, sociais, estéticos-intelectuais e transcendentes); estilo de educar anti psicopedagógico (pais, professores); despreparo de pais e professores ao abordar conseqüências do uso; ausência de estímulos do potencial criativo; ausência de projeto de vida pessoal; fracasso escolar; exclusão social e escolar; marginalização; delinqüência; atitude social permissiva; baixo controle social; ambiente micro e macrosócio-cultural rico (tráfico) oferta/ acesso; poder de aquisição de drogas; pertencer a nível sócio-econômico mais elevado; ausência de integração família x escola x lideranças da comunidade residencial; ausência de planejamento estratégico e coordenação de ações integradas na execução e avaliação sistemática de programas de intervenção em prevenção (primária, secundária) no contexto microsocial e macrosócio-cultural; uso excessivo de mecanismos de defesa (família, professores, estudantes, grupos de iguais, sociedade); comunicação de duplo vinculo (dublé bind) pais e professores; desigualdade social e econômica (aumento da pobreza, falta oportunidades trabalho, aumento violência urbana, falta segurança pública); ausência política pública para juventude.

O aprofundamento do conhecimento sobre "Configuração histórico- contextual das drogas: farmacologia e aspectos globais, políticas, epidemiologia de consumo e modelos de prevenção ao uso e abuso de drogas no mundo e no Brasil" têm seu resultado apresentado nos Capítulos II,III,IV,V, que nos subsidiou conjuntamente com o resultado do estudo de campo (Capítulo IX,X) elaborar e apresentar o Capítulo VI "Modelo Holístico de Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas nas Escolas da Rede Pública e Privada da cidade de Porto Alegre-RS-Brasil".

A apresentação de propostas de intervenção preventiva ao uso e abuso de drogas para o sistema educacional operacionalizar devem partir do conhecimento da população sobre a qual se vai intervir. Somente através de um estudo multifatorial será possível conhecer a realidade da população alvo. A partir da identificação dos fatores de risco ao consumo de drogas psicoativas, de uma boa avaliação dos recursos humanos e materiais existentes, da disponibilidade de recursos econômicos é possível elaborar um plano estratégico consistente. É imprescindível ter uma coordenação integrada (escola, pais, comunidade), participativa para que os programas educativos preventivos a serem executados sejam pertinentes ao contexto escolar, consistente, o processo provocante criativo, inovador e permanente, bem como a avaliação sistemática para ser eficaz. As propostas de intervenção preventiva deverão ser multidisciplinares e multidimensional, para reconstruir uma nova comunidade escolar centrada na transmissão e desenvolvimento de um sistema de valores durante a infância e adolescência, e assim, poder reverter o panorama atual de total descontrole e inoperância de políticas públicas vigentes no país.

O discurso social deve ser reformulado para atender as demandas da sociedade que aponta a necessidade urgente de uma atitude social mais efetiva e eficaz, maior controle repressão no tráfico , acesso, e na abordagem de usuários de drogas; cursos de formação e atualização permanente para professores, pais e agentes sociais da comunidade; cursos de capacitação para os jovens e oportunidades de trabalho, criação de centros de cultura ,esporte e lazer para ocupação tempo livre dos jovens e educação em valores estilo de vida saudável.

Apresentamos um Modelo Holístico integrador de participação sociocomunitária com propostas de estratégias de intervenção educativas direcionadas a prevenção primária e secundária do uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas na adolescência. Este modelo foi elaborado a partir de sugestões e indicações apresentadas "*brainstorming*" por estudantes de ambos os sexos, participantes da pesquisa sobre Estilo de Vida e através da análise das respostas, podemos conhecer os fatores de risco (nível individual, microssocial e macrossocial) de consumo de drogas, mostrar a descontextualização das políticas de ação, os modelos de prevenção ao uso abusivo de drogas até então adotados pela rede de escolas públicas e privadas do Ensino Fundamental e Médio do país.

O modelo propõe ser a escola o elo integrador com a comunidade, ou seja, seu contexto microssocial (professores,família,grupo de iguais), e o ambiente macrossocio-cultural / bairro (agentes sociais de serviços de saúde,de segurança pública,lideranças de grupos de jovens,associações moradores, clubes esportivos/ lazer, religiosos, políticos, juristas, etc..). É o modelo holístico orientador de implementação de programas de prevenção de drogas na escola, inicialmente destinado a adolescentes e préadolescentes, por serem etapas evolutivas de desenvolvimento mais vulneráveis às influências de fatores de risco préderterminantes de consumo, presentes no seu contexto microssocial e macrossociocultural.

O programa de prevenção ao uso, abuso e a drogodependencia implícito na educação para a saúde é um processo de ordem intelectual, psicológico e social conducente a auxiliar o sujeito a desenvolver habilidades (físicas, mentais e sociais) voltadas para tomada de consciência de valorização da vida, e da auto-responsabilidade de adotar um estilo de vida saudável. As abordagens educativas adotadas devem envolver a participação do estudante/aluno "sujeito ativo", promover valores, atitudes e hábitos de autocuidado com a saúde física e mental e a responsabilidade com seu meio ambiente- verdadeira ecologia humana.Os conhecimentos sobre drogas devem ser incluídos no currículo, trabalhados em todas as disciplinas "transversalidade", buscar a transdisciplinariedade e contemplar as estratégias psicopegagógicas educativas a prevenção primária e secundária.

Os programas de formação de professores, educadores e profissionais das ciências de saúde e áreas afins devem capacitar para se tornarem multiplicadores junto às suas respectivas comunidades. Os programas de formação de pais e lideranças de jovens, devem ser criativos e motivem a integração da família x professores x comunidade escolar x lideranças e agentes sociais da comunidade residencial. O incentivo à pesquisa de campo, a capacitação de recursos humanos para o desempenho especialmente de ações interventivas nos níveis de prevenção primária e secundária, devem ser prioritários dentro da previsão de orçamento em gastos com políticas públicas nos níveis de governo municipal, estadual e federal. Também devem ser equipados os serviços e programas de atenção terciária especializada específica aos diferentes tipos de tratamento a drogadependentes (em nível ambulatorial, comunidade terapêutica, programas de redução de danos, etc.), e programas de reinserção social para sua reintegração como cidadão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberastury A, Knobel M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

Ackerman NW. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.

Adorno S. A socialização incompleta: os jovens delinqüentes expulsos da escola. **Cadernos de Pesquisa** 1991; (79):76-80.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA: República Federativa do Brasil: 2001. Adota a **Resolução de Diretoria Colegiada nº 101** (30. Mai. 2001) .Atualiza legislação de internação e da interdição civil, do tratamento e recuperação drogadictos, estabelece as diretrizes para a assistência extra-hospitalar aos portadores de transtornos mentais, regulamenta e apresenta o Regulamento Técnico para o funcionamento das Comunidades Terapeuticas-Serviços de Atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo o Modelo Psicossocial. Brasília (DF): Diário Oficial da União de 31, Mai; 2001. [públicação online] [capturado 2002 Mar. 06]; Disponível em: http://www. anvisa. gov. br/ legis/ resol/ 101_ondc.htm

Alencar E.S. **A gerência da criatividade**. São Paulo:Makron Books do Brasil; 1996.

Alencar E.S. **Criatividade**. 2.ed. Brasilia: Editora Universidade de Brasília; 1995.

Alonso C, Comas -Arnou D, Megis E, Pedrero Y. Los valores de los adolescentes y el consumo de drogas. **Adicciones** 1995; 7(1): 77-90.

Allport GW. Personality: a psychological interpretation. New York: Holt; 1937.

Amabile T M. **The Social Psychology of creativity**. New York: Springer; 1983.

Amatetti S, Funkhouse JE. **Turning Awareness Into Action: What your Community Can Do About Drug Use in America**. Rockville: OSAP - Office For Substance Abuse Prevention. Department of Health and Human Services/DHHS; 1991. 80p.

American Society of Addiction Medicine - ASAM (1993). Public policy statement of nicotine dependence and tobacco. **Journal of Addictive Diseases** 1993; 12 (1): 141-6.

Amodeo M, Wilson S, Cox D. Mounting a Community - Based Alcohol and Drug Abuse Prevention Effort in a Multicultural Urban Setting: Challenges and Lessons Learned. United States. **Journal of Primary Prevention** 1995 Winter; 16(2): 165 -85.

Andalucía Junta. **A tu salud.** Sevilla(España): Consejeria de Asuntos Sociales, Comisionado para la Droga; 1994.

Andalucía Junta. **Actuar es posible.** El profisional de atención primaria de salud ante las drogodependencias. 3.ed. Sevilla(España): Consejeria de Trabajo y Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga; 1994.

Andalucía Junta. **Guia para padres preocupados por las drogas**. 7 ed. Sevilla (Es): Consejeria de Trabajo y Asuntos Sociales, Comisionado para la Droga; 1994.

Andalucía Junta. **Programa de Prevencíon de Drogodependencias en el Medio Educativo.** 3.ed. Sevilla(Es): Consejeira de Asuntos Sociales-Comisionado para la Droga,Consejeiria de Educación y Ciencia Junta de Andalucia ; 1995.

Angel Medina J, coordenación, Fernandez C, Aguirre L. **A tu Salud. Manual Tutor y Tutora.** Madrid (Es): Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid (P.P.D.), Ministerio de Educación y Ciencia, Comunidade de Madrid, Ayuntamiento de Madrid; 1994.

Angel Medina J, coordenación, Fernandez C, Aguirre L. **A tu Salud. Cuaderno Alumno y Alumna**. Madrid: Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidade de Madrid (P.P.D.), Ministerio de Educación y Ciencia, Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid; 1994.

Angel P, Botbol F, Facy F, organizadors. **Les adolescents usagers de solvants volatils**. Paris: Ministères de la Justice; 1985. v. 2.

Apodaca I. La autoestima de los drogadictos en tratamiento. **Rev. Ass. Proyecto Hombre** 1993 Jul-Sept; (7): 12 -5.

Araújo Gallego M. **Entrevista p/**a Krowczuk ER**- Politicas de drogas na Comunidade Autonoma de Galícia**: Programas de prevenção escolar, programas de assistência e reintegração social e em outras áreas desenvolvidos pelo plano autonômico sobre drogodependencias da Xunta de Galícia. Santiago de Compostela (España): Nov/1995.

Arrais PSD, Coelho HL, Batista MC, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 1997; 31(1): 71-7.

Ayarza Elorriaga ME. Osasunkume, la aventura de la vida. Programa para la prevención comunitaria de las drogodependencias. In: **Jornadas Nacionales Socidrogalcohol XXI**; 1994 Mar 2-4; Bilbao, España. Madrid (Es): Socidrogalcohol, Sociedad Cientifica Española para el estudio del alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanias; 1994. p. 559-69.

Ayuntamiento de Madrid. **Programa Municipal de Prevención del Alcoholismo Juvenil Documento de apoyo al manual del profesor.** Madrid(Es): Plan Municipal Contra las Drogas; 1994.

Ayuntamiento de Madrid. **Programa Municipal de Prevención del Alcoholismo Juvenil. Subprograma Educativo: Manual del Profesor Intervención con alumnos**. Madrid (Es): Plan Municipal Contra las Drogas; 1994.

Bachman JG, Johnston LD, O'Malley PM. Explaining the recent decline in marijuana use: differentiating the effects of perceived risks, disapproval, and general lifestyle factors. **J Hlth and Soc Beh** 1988; 29: 92 -112.

Bachman JG, Johnston LD, O'Malley PM. Explaining the recent decline in cocaine use among young adults: further evidence that perceived risks and disapproval lead to reduced drug use**. J Hlth and Soc Beh** 1990; 31: 173 -84.

Bandura A. **Social Learning Theory: Englewood cliffs**. New Jersey: Prentice Hall; 1977.

Bardin L. **L'analyse de contenu**. Paris: Press Universitaire de France; 1977.

Barrio-Anta G, Orta JV, Bravo-Purtela M.J, De-Hoz L.F. The Epidemiology of cocaine use in Spain. **Drug and Alcohol Dependence** 1993 Dec; 34 (1): 45 -57.

Barron F. Controllable oddness as a resource in creativity. **Psychological-Inquire** 1993; 4(3): 182-4.

Barron F. **Creative person and creative process**. New York:Holt,Rinehart &Winston; 1969.

Barron F. Perception y actitud. In: Davis GA, Scott JA. **Estrategias para la creatividad.** Buenos Ayres: Editorial Paidós; 1975.Cap.5

Bass M. Sudden sniffing death. **JAMA** 1970; 212: 2075-9.

Becke AT, Alford BA. **O poder integrador da terapia cognitiva.** Porto Alegre: Artmed; 2000**.**

Becoña Iglesias E. **Entrevista** concedida a Krowczuk ER.-**Magister en Drogodependencia.** Formação de recursos humanos, programas de prevenção as drogodependencias na escola e rede de tratamento. Santiago de Compostela (España): Universidade de Santiago de Compostela, Nov; 1995.

Becoña Iglesias E. El consumo del tabaco en Galicia: prevalencia y medidas a tomar para reducción. In: Becoña Iglesias E, Rodríguez López A, Salazar Bernard I,coord. **DROGODEPENCIAS II: Drogas legais**.Magister em Drogodependencias(USC). Santiago de Compostela:USC,Servicio de Publicacións e Intercambio Científico da Universidade de Santiago de Compostela, 1995. v. 2. p. 214- 48.

Becoña Iglesias E, Rodríguez López A, Salazar Bernard I. (coord.) (1995). **DROGODEPENDENCIAS IV: Prevención**. Magíster en Drogodependencias (USC). Santiago de Compostela: USC, Servicio de Publicacións e Intercambio Científico de la Universidade de Santiago de Compostela; 1995. v. 4.

Berelson B. **Content analysis in communications reserch**. New York: Free Press; 1952.

Bergeret J, Leblanc J.**Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas;1991.

Beristain A, Neuman E. **Criminologia y dignidad humana** (dialogos).Buenos Aires: Depalma; 1989.

Berjano E , et al. **Drogas y delincuencia: población de alto riesgo**.Valencia (España): Generalitat Valenciana; 1986.

Blasco Mascaró I. La era de las drogas de diseño: el Extasis. **Boletín CDDrogodependencia del Pais Vasco** 1992 Oct; (6):1.

Blasco Mascaró I. MDMA "Extasis": revisión y puesta al dia. **Rev. Española de Drogodependencias** 1992; 16 (2).

Blos P. **Adolescência. Uma interpretação psicanalítica**. São Paulo:Martins Fontes; 1985. p.5.

Boden MA. **Dimensões da criatividade**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

Bolton K, Walling A. User to user. Drug user Volunteers were the Solution to the Outreach Conundrum in rural Essex. **Druglink** 1993; 8 (4): 14 -5.

Botvin GJ. Substance abuse prevention research: recent development and future directions. **Journal of School Health** 1986; 56: 369 -74.

Botvin GJ, Botvin EM. Adicción juvenil a las drogas: estratégias de prevención, hallazgos empíricos y temas de valorización. In: García-Rodríguez JA, Ruiz Fernández J,organizadors. **Tratado sobre Prevención de las drogodependencias**. Madrid(España): Fundación de Ayuda contra la Drogadicción

- FAD, Gobierno Vasco-Secretaria General de Drogodependencias, EDEX Kolektiboa- Centro de Recursos Cumunitários; 1993. p. 19 -40.

Bowlby J. Apego seguro e desenvolvimento de auto-confiança. In: **Separação Angústia e Raiva**. São Paulo: Martins Fontes; 1984. Cap 21. p. 339 -78.

Brandão Z. (org.) **A crise dos paradigmas e a educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1995.

Bronfenbrenner V. Some familial antecedents of responsability and leadership. In: Petrullo L, Bass BM.(Lorge).**Leadership and Interpersonal Behavior**. NewYork: Holt Rinehart y Winston; 1961.

Bucher R. A ética da prevenção.Brasília. **Psicologia:Teoria e pesquisa** 1992 Set- Dez; 8 (3): 385 -98.

Bucher R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Bueno FJ, Prado M J, Perez R, Quiles A. Estudio epidemiológico del alcohol en la ciudad de Valencia. In: **Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol XXI;** 1994 Mar 2-4; Bilbao,España. Madrid: Socidrogalcohol.Sociedad Científica Española para el estudio del alcohol,el alcoholismo y las otras toxicomanías; 1994. p. 471-5.

Bueno FJ, Prado MJ, Sanchis B, Duran A, Ferrer V, Perez R. Informatización y estrategias de información de los programas de tratamiento de drogodependencias del Excelentísimo Ayuntamiento de Valencia. In: **Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol XXI;** 1994 Mar 2-4; Bilbao,España. Madrid: Socidrogalcohol/.Sociedad Científica Española para el estudio del alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías; 1994. p. 465 -70.

Bujold C. Signification du travailet valeurs de travail: revue de la littérature nanadienne de langue française.**L'orientation profssionnelle** 1980; 16: 5 -47.

Burns RS. **The self concept: Theory measurement development and behavior.** Londres:Longmen; 1993.

Calafat Far A. Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos. In: Becoña E, Rodríguez A, Salazar I,coord. **DROGODEPENDENCIAS.IV. Prevención**. Santiago de Compostela: (Es): Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela-España; 1995. v. 4. p.75-103.

Calafat Far A. Estrategias de prevención familiar y comunitaria In: **Tratado sobre Prevención de las Drogodependencias**. Madrid(Es): Fundación de ayuda contra la droga-FAD, Gobierno Vasco-Secretaria General de Drogodependencias, Edex Kolektiboa-Centro de Recursos Comunitarios; 1993. p.197-219.

Camacho Grande JM, Colis Hernández P, Alía Robledo MT, Martín González E , et al. **Familia y drogodependencias**. Madrid(Es): Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, Plan Municipal contra las Drogas; 1995.

Camacho Grande JM. **Entrevista** concedida a Krowczuk ER- **Plan Municipal contra las drogas Ayuntamiento de Madrid**. Madrid(España): oct. 1995.

Caplan C. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Buenos Aires(Ar): Paidós; 1980.

Capra F. **O tão da Física**. São Paulo: Editora Cultrix; 1983.

Carlini-Cotrin B, Pinsky I. Prevenção ao abuso de drogas na escola. **Cadernos de Pesquisa** 1989 Maio; 69: 48-52.

Carlini-Cotrin B, Rosemberg F. Drogas: Prevenção no Cotidiano Escolar. **Cadernos de Pesquisa** 1990 Ago; 74: 40 -6.

Carlini EA , Carlini-Cotrin BH, Silva-Filho AR, et al . **I Levantamento Nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1ºe 2º graus-1987**.São Paulo: CEBRID,Escola Paulista de Medicina; 1989.

Carlini EA, et al.. **III Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º Graus em 10 capitais brasileiras-1994**. São Paulo: CEBRID; 1994.

Carlíni EA, Galduróz JCF, Moto AR. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º Graus em 10 capitais brasileiras-1997**. São Paulo:UNIFESP/ CEBRID; 1997.

Carlini EA, Moto AR, Galduróz JCF, Mattei R, Nappo S. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras-1997**. São Paulo(SP): UNIFESP/ CEBRID; 1997.

Carlini EA, Carlini-Cotrin BH, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. **Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987**. Brasília: Ministério da Saúde/ Ministério da Justiça; 1989.

Carlini EA, Carlini-Cotrin BH, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. **II Levantamento Nacional sobre o uso de Psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º graus de 1989**. São Paulo: CEBRID –UNIFESP-Escola Paulista de Medicina; 1990.

Carlini EA. Uso de drogas lícitas pela nossa juventude.É um problema solúvel? **Rev .Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano** 1992; 2: 129-43.

Carlini-Cotrim B. An Overview on Drug Abuse Preventioning Bazilian Schools. United Kingdom. **J. Drugs: Education, Prevention and Policy** 1994; 1 (.3): 275-88.

Cavalcanti L. Drogodependencias y trabajo comunitario: del difícil arte de conciliar lo conflictivo. La experiencia de la asociación " Espoirr Goutted' Or " (EGO) París**.** In: **Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario II**; 1995 Mar 23-25; Cádiz, España. Cádiz: Diputación de Cádiz (Area de Servicios Sociales); Junta de Andalucía (Consejería de Asuntos Sociales); 1995. p. 191-205.

Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) **Prevention Primer: An encylopedia of alcohol, tobacco, and other drug prevention terms**. Rockville, MD: National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information; 1993.135 p.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas- CEBRID. **Edição Extra- Decreto Presidencial criando a Secretaria Nacional Antidroga (SENAD)**. São Paulo (SP): CEBRID; 1999. [publicação online] [capturado 2000 nov 10] Disponível em: http://www.cebrid.drogas.nom.br

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas- CEBRID. **Publicações e eventos científicos**. São Paulo (SP): CEBRID; 1999. [publicação online] [capturado 2000 nov 10] Disponível em: http://www.cebrid.nom.br

Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas- CEBRID. **Consumo de drogas Psicotrópicas Porto Alegre-1994**. São Paulo: CEBRID e Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicologia/UNIFESP; 1996.

Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas- CEBRID. **Publicações e eventos científicos**. São Paulo (SP): CEBRID; 1999.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID. **Informativos sobre os diversos tipos de drogas**. São Paulo (SP): CEBRID;1999. [publicação online] [capturado 2000 nov 10] Disponível em: http://www.cebrid.nom.br

Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD- UFBA), Instituto Recífe de Atenção Integral às Dependências -RAID, Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito - ABDETRAN. " **Dirija drogado e se estrepe**" ou :Impacto do uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito. ABDETRAN; 1998. 87 p.

Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) Prefeitura de Vitória (ES). **Relatório Técnico**. Vitória (ES): CPTT, Prefeitura Municipal de Vitória; 1994.

Charconnet A. **Preventing drug abuse: the community in action. A contribution the teaching profession.** Vien: Division of Narcoting Drug/ New York: ONU; 1990.

Carrion Ramirez AL. **Entrevista** concedida a Krowczuk ER-**Plan Andaluz sobre Drogas - Centro Provincial de Drogodependencias y Centro de Tratamiento Ambulatorio de Granada**. Granada(España): Centro Provincial de Drogodependencias, Oct .1995.

Colom J, Ollé Oltra JM. **Entrevista** concedida a Krowczuk ER- **Plan Autonômico de Generalitat de Catalunya –Prevenció de les drogodependències**. Barcelona: Oct.1995.

Comas Arnou D. **El Sindrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias C.I.D.E**. Madrid: Ministerio de Educaccíon e Ciencia; 1990.

Comas Arnou D. **Entrevista** concedida a Krowczuk ER **-GID: Investigación en drogodependencias, Prevención en la comunidad.** Madrid: Grupo Interdisciplinar sobre Drogas-GID; Oct.1995.

Comas Arnou D. La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención. In: **Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol** . Santa Cruz- Tenerif: Socidrogalcohol. Sociedad Cientfica espanõla para el estudio del alchol, el alcoholismo y oas otras toxicomanias; 1991

Comas Arnou D,coordenación, Carrón J, Hernández MI, Nieva P, Silva A. **Drogodependencias.Los estudios de seguimiento.** Madrid(Es): Grupo Interdisciplinar sobre Drogas, Ed. Fundamentos; 1992.

Comas Arnou D. La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención. **Adicciones** 1992; 4 (1).

Comas Arnou D. **Las drogas. Guia para mediadores juveniles**. Madrid(Es): Instituto de la Juventud. Ministério de Asuntos Sociales; 1992.

Comas Arnou D. **Los jovenes y los usos de drogas em la España de los años 90.** Madrid(Es): Instituto de la Juventud. Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.

Concha Fernándes I. **Entrevista** concedida a Krowczuk ER- **Programa de Prevención de drogodependencias em centros educativos de la Comunidad de Madrid**. Madrid(España): Gerencia del PPD-Programa de Prevención de Drogodependencias em Centros Educativos dela comunidade de Madrid, Ministério de Educación y Ciencia; Oct.1995.

Consejeria de Educación y Cultura da Comunidad de Madrid(España). **697 ACUERDO** de 7 de abril de 1995, de la Comisión Mixta del Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid, por el que se convocan ayudas a Proyectos de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos. Publ. B.O.C.M. No. 99 p. 3-12, (Abr 27, 1995).

Conselho Nacional Antidrogas- CONAD:República Federativa do Brasil:2000. **Regimento Interno** .

Brasília (DF): Presidência da República . [captturado 2002 Mar 18]; Disponível em: http://www. senad. gov. br/ paginas/ regimento_interno_conad.htm

Conselho Nacional Antidrogas–CONAD: República Federativa do Brasil:1998. **Composição**. Brasília (DF): Senado Federal;1999.[Captação 2002 Mar 18] Disponível em: http://www.senad.gov.br/ paginas//composição_ conad.htm

Constituição: República Federativa do Brasil: 1999. Presidente da República promulga **Lei nº 9.804** (Jun. 30. 1999) –Altera a redação do art 34 da Lei nº 6.386 (out. 21.1976), que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.Diário Oficial da União de 02. Jul.1999, Seção 1,.p.2. Brasília (DF): Presidente doCongresso Nacional, D.O.U. de 02. Jul. 1999. Seção 1, p.02.

Coopersmith S. **The Antecedents of Selfesteen development and behavior**. Londres: Longman; 1967.

Cruz AR. Gato por lebre! O que se ensina e o que se usa em nossas Escolas em termos de drogas psicotrópicas. In: **Congresso Brasileiro sobre Abuso de Drogas I** 1994 Ago; Belo Horizonte, Brasil. São Paulo(SP): CEBRID; 1999.

Csikszentmihalyi M. Does overinclusiveness equal creativity? **Psychological-Inquiry** 1993; 4 (3): 188 -9.

Csikszentmihalyi M. (1992). **A Psicologia da felicidade**. São Paulo: Saraiva; 1992.

Damásio, AR. **O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.

Defayolle M. Epidemiologia. In: Bergeret J, Leblanc J, et al. **Toxicomanias uma visão multidisciplinar**. Terceira Parte –Toxicomania e sociedade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p.151.

DeJong W. **Project DARE**. **Teacching kids lo say 'no' drugs and alcohol Research In Action.** Washington, D.C. National Institute of Justice; 1986**.**

Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). **Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanias (SEIT). Informe año 1993**. Madrid(España): Ministerio de Justicia e Interior, DGPNSD; 1994.

Del-Rio M. Hacia Nuevas estrategias en el Abordaje de las Toxicomanias - Politica Ginebra (Suiza). In: **Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol XXI** 1994 Mar 2- 4; Bilbao, España. Madrid: Socidrogalcohol; 1994. p. 105-8.

Del-Rio MC, Alvarez FC. Illegal drug taking and driving: patterns of drug taking among Spanish drives. **Drug and Alcohol Dependence** 1995; 37 (1): 83 -6.

Dembo R , et al. Methodological and substantive issues involved in using the concept of risk in research in the etiology of drug use among adolescents. **Journal of Drug Issues** 1985; 15: 4.

Departamento de Investigação sobre Drogas (DENARC-SP). **Pesquisa perfil de uma população de traficantes, usuários e dependentes de drogas**. São Paulo(SP): SENAD, CEBRID; 1997.

Dias CA. **A influência relativa dos fatores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano**.[tese] Coimbra (Portugal): Universidade de Coimbra; 1980.

Dias CA. A perspectiva psicossociológica. In: Bergeret J, Leblanc J. **Toxicomanias uma visão multidisciplinar.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p.183-93.

Dierssen M, Baamonde C, García Pelayo P, Sallés J. Toxicidad y adictividad: drogas de diseño. **Rev. Asociación Proyecto Hombre** 1994 Sep; (11): 22 -7.

Divisão Nacional de Educação em Saúde; organiz. **Programa Educativo de Prevenção ao uso de tóxicos para estudantes de 1º e 2º Graus**. Brasília (DF): Ministério da Saúde-Camara Técnica de Entorpecentes e Tóxicos do Conselho Nacional de Saúde, Conselho Federal de Educação; 1979.

Domingo i Villarreal A, Cabra i Soler J, Sarasíbar i Díaz X. **Prevenció de les drogodependències. Quaderns d'educació per a la salut a L'escola.** 1. ed. Barcelona(España): Departament d' Ensenyament, Òrgan Tècnic de Drogodependències, Departament de Sanitat i Seguretat Social Generalitat de Catalunya; 1995.

Dorn N, Murji K. **Drug prevention: A review of the English Language Literature**. London: Crown; 1992.

Douglas M, Hiscock M. Analyser le boire: une perspective anthropologique especifique. France. **Cahiérs de Sociologie Economique et Culturelle Ethnopsychologie** 1990 Dec; 14: 63-77.

Du Pont R. Prevention of adolescent chemical dependency. **Pediatric Clinics of North America** 1987; 34(2): 495-505**.**

Dudek SZ, Hall W. Some test correlates of high level creativity in architects. **Journal of Personality Assessment** 1984; 48 (4): 351-9.

Duska R, Whelan M. **O desenvolvimento moral na idade evolutiva: um guia a Piaget e Kohlberg**. São Paulo: Loyola; 1994.

Edex Kolektiboa **Aprender a vivir libre de drogas**. Un modelo de Currículo para la prevención. Bilbao (España): EDEX Kolektiboa, Fundacion de Ayuda contra la Drogadiccion -FAD y Gobierno Vasco; 1994.

Edex Kolektiboa, Gobierno Vasco. Conclusiones y recomendaciones del Consejo Asesor de Drogodependencias sobre alcoholismo. **Boletin CDDrogodependencias del Pais Vasco** 1993 Mar; (11): 7-8.

Edex Kolektiboa, Gobierno Vasco. Plan Europeu de acción sobre el alcohol. **Boletín CD Drogodependencias del País Vasco** 1994 Mar- Abr; (21): 7-8.

Edex Kolektiboa,Gobierno Vasco. Propuesta de las Naciones Unidas para uma actuacion mundial ante el uso indebido de drogas. **Boletin CDDrogodependencias del Pais Vasco**1994 Ener- Feb; (20): 7-8.

Edex Kolektiboa. **ABC de las drogodependencias**.Bilbao: CREFAT: Gobierno Vasco; 1993.

Edex Kolektiboa, Gobierno Vasco. Conclusiones del " Estudio de los estilos de vida de la poblacion adulta española". **Boletin CDDrogodependencias del Pais Vasco** 1993 Jul; (15): 7-8.

Edex Kolektiboa, Gobierno Vasco. Estudio sobre el tabaquismo entre los adolescentes españoles escolarizados en 1992. **Boletin CDDrogodependencias del Pais Vasco** 1993 Oct; (17): 7-8.

Edex Kolektiboa, Gobierno Vasco. El consumo de drogas en la Comunidad Autônoma del Pais Vasco: datos de 1994. **Boletín CDDrogodependencias del Pais Vasco** 1995 Ener- Feb; (26): 7-8.

Edex Kolektiboa, Gobierno Vasco. Estratégia Nacional de control de drogas.Recuperar nuestras comunidades de las drogas y de la violência. La Casa Blanca 1994 Feb. **Boletín CD Drogodependencias del Pais Vasco**1995 May- Jun; (28): 7-8.

Edex Kolektiboa, GobiernoVasco. Informe final del Comité Nacional de Escuelas Libres de Drogas de EE.UU. Lo que funciona y lo que no en prevención. **Boletín CDDrogodependencias del Pais Vasco** 1993 Abr; (12): 7-8.

Edex Kolektiboa. **OSASUNKUME, La aventura de la vida.** Edición 1994-95.Programa de prevención de las drogodependencias en Educación Primaria. Bilbao (España): EDEX Kolektiboa, Governo Vasco;1994.

Edex Kolektiboa, Gobirno Vasco. La reducción de la demanda, Las recomendaciones de la Comisión Europea. **Boletín CDDrogodependencias del Pais Vasco** 1992 Oct; (6): 7-8.

Edex Kolektiboa, Gobierno Vasco. Delincuencia y dogas. **Boletín CDDrogodependencias Del Pais Vasco** 1992 Dic; (9):7-8.

Edwards G, Arif A. **Los problemas de la droga en el contexto sociocultural**. Ginebra: OMS; 1981.

Edwards G, Arif A, Hodgeson. In: Nomenclature and clasification of drug and alcohol- related problems: WHO Memorandum. **Bulletin World Health Organization** 1981; 59: 225- 42.

Edwards G, Lader M. **A natureza da dependencia de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas;1994.

Edwards G. Tendências internacionais no consumo de álcool e seus padrões. In: Edwards G, Anderson P, Babor T, Casswell S, Ferrence S, Giesbrecht N, et al. **A política do álcool e o bem comum**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. cap. 2. p. 47-54.

Eggert LL, Herting JR. Preventing teenage drug abuse. Exploratory effects of networf social support. **Yourth and Society**. 1991; 22 (4): 482 -524.

Eide A.H, Acuda SW. Drug use omong Secondary School Students in Zimbabwe.United Kingdom. **Addiction** 1995 Nov; 90 (11): 1517 -27.

Elzo JY, et al. **Los valores de los vascos**. Vitoria: Gobierno Vasco; 1992.

Elzo JY, et al. **Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las Audencias provinciales y en los Juzgados de la C.A.V**. Vitoria: Gobierno Vasco; 1992.

Elzo JY. Jovenes y consumo de alcohol. **Boletín CDDrogodependencias del Pais Vasco** 1993 Sep; (16): 1.

Erroa M. Evaluacion de Comunidades Terapeuticas para drogodependientes. **Boletin CD Drogodependencias del Pais Vasco** 1995 Mar/Abr; (27):7-8.

Escámez Sanches J, Baeza Hernandés MC. Una alternativa de prevención escolar de la drogadicción: Los programas de formación/cambio de actitudes. In: García-Rodríguez JA, Ruiz Fernández J,organizadors. **Tratado sobre Prevención de las drogodependencias**. Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción – FAD, Gobierno Vasco-Secretaria General de Drogodependencias, EDEX Kolektiboa – Centro de Recursos Cumunitários; 1993. p. 81-95.

Escámez Sanches J. Diretrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias. In: **Drogas y escuela: una propuesta para la prevención**. Madrid: Dykinson;1990. p.193 -208.

Eurobarometro. **El tabaquismo en la Comunidad Europea**. Resultados de encuestas sobre la magnitud del tabaquismo en la CE: poblacíon general, médicos de medicina general y profesores. Documento de trabajo de los Servicios de la Comunidad Europea; 1989.

Evans RI. El desarrollo de una estrategia de unoculación social para evitar el fumar y demás comportamientos de riesgo para la salud em adolescentes: Revisión y puesta al dia. In: García-Rodríguez JA,Ruiz FernándezJ,organizadores.**Tratado sobre Prevención de las drogodependencias**. Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción – FAD, Gobierno Vasco-Secretaria General de Drogodependencias, EDEX Kolektiboa – Centro de Recursos Cumunitários; 1993. p. 99-119.

Eysenck HJ. Can we study intelligence using the experimental method?**Intelligence** 1995; 20: 217-28.

Eysenck HJ. **Les dimensions de la personnalité**. Paris:Presses Universitaires de France; 1950.

Eysenck HJ. As formas de medir a criatividade. In: Boden MA. **Dimensões da criatividade**. Porto Alegre:Artes Médicas; 1999. p. 203 -44.

Feather NT. **Values in education and society**. New York: Free Press; 1975.

Feather NT. Values in adolescence. In: Adelson J, editor. **Handbook of adolescent psychology**. New York: Wiley; 1980. p.247-94.

Figueira de Mello MCP. Segragação sócio-espacial na cidade de São Paulo e marginalização da criança e jovens**. Cadernos de Pesquisa** 1991 Ago; (78): 5-15.

Fjaer S. Muligheter og begrensninger i den europeiserte narkotikapolitikken; [Possibilities and Limitations in a Europeanized Drug Policy. Finland.]**Nordisk Alkohol Tidskrift** 1995; 12 (3):140-9.

Frankl V. **Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia**. 5 ed. Barcelona: Herder; 1987 b. p. 33 -87.

Franklin FW, Cornell DG. Rorschach interpretation with high-ability adolescents females: Psychopathology or creative thinking? **Journal of Personality Assessment** 1997; 68 (1): 184 -96.

Freud S. (1923) O ego e o Id. In: **Edição Standart Brasileira das Obras de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1977. v.19. p.42-54.

Freud S. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição Standart Brasileira das Obras de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1977. v.14. p.110-3.

Freud S. (1924) A dissolução do complexo de Édipo. In: **Edição Standart Brasileira das Obras de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1977. v.19. p.215-24.

Froján Parga MJ. Tabaco: patología y terapéutica. In: Becoña Iglesias E, Rodríguez López A, Salazar Bernard I, coordenad. **DROGODEPENDENCIAS-II. DrogasLegais**.Magíster en Drogodependencias, Santiago de Compostela (España): Universidade de Santiago de Compostela, Servicio de Publicacións e Intercambio Científico; 1995. v.2. p. 249 -82.

Funes Artiaga J. Los adolescentes y las drogas.(Dossier n.10) **Rev Ass Proyecto Hombre** 1994 Marzo; (9): 1-16.

Galduróz JC, D'Almeida V, Carvalho V, Carlini EA. **III Levantamento sobre o uso de drogas entre os estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais brasileiras, 1993**.São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicos – CEBRID; UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina - Departamento de Psicologia; 1994.

Garcia F. The National Drug Control Strategy: The First - Line Approach to Decreasing Violence in Our Communities. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved** 1995 May; 6(2): 177- 86.

García-Más MP, et al. **La droga en una cárcel de mujeres**. Madrid: Comunidad de Madrid; 1987.

García-Monge JA. (1994) Autoestima y drogadicción (Dôssie nº 12) **Rev Ass Proyecto Hombre** 1994 Sep; (11): 1-12.

García-Rodríguez JA. Modelo multivariado de prevención de droga. In: García-Rodríguez JA, Ruiz Fernández J, organizadores. **Tratado sobre Prevención de las drogodependencias**. Madrid(Es): Fundación de ayuda contra la drogadicción – FAD, Gobierno Vasco-Secretaria General de Drogodependencias, EDEX Kolektiboa – Centro de Recursos Cumunitários; 1993. p. 169-96.

García-Rodríguez JA. Prevención de alucinógenos y drogas de diseño. **Rev Ass Proyecto Hombre** 1995 Sep; (15): 19-21.

Gardner H. **Mentes que criam**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Gardner, H. **Arte, mente, cérebro**.Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

Gauer RMC. Uma leitura antropológica do uso de drogas. **Veritas** 1990 Dez; 34 (140): 590-7.

Generalitat de Catalunya. Òrgan Técnic de Drogodependències Del Departament de Sanitat i Seguretat Social. **Un estudi sobre el comportament i les actituds en relació amb el consum de drogues dels joves alumnes de centres públics i privats d'Ensenyament Secundari obligatori, Batxillerat i Formació Professional-desembre- 1994**. Barcelona(Es) : Departament de Sanitat i Seguretat Social, Departement d'Ensenyament i la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; Set-13, 1995.

Generalitat de Catalunya. **Programa d' Educació per a la Salut a l' Escola: Prevenció de les drogodependències.** Barcelona-Catalunya: Departament d'Ensenyament; 1995.

Gil Lopez, E. et al. **Estudio de los estilos de vida de la poblacíon adulta española**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Direccíon de Salud Pública; 1992.

Gilliland, D. Research Note: An Attempt to Classify Adolescent Parasuicide Attempters. **British Journal of Social Work**. 1995 Oct; 25 (5): 647- 57.

Giraud M. Le groupe de toxicomanes et ses frontières. **Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales** 1979 Mars; 19 (1).

Gliksman L, Allison K, Adlaf, E, Newton - Taylor B. Toward comprehensive School Drug Policy in Ontario. **Journal of Drug Education** 1995; 25 (2): 129-38.

Gobierno Vasco. **El consumo de drogas en Euskadi- 1994**. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco-Secretaria de la Presidencia; 1994.

Gobierno Vasco. **Osasunkume. La aventura de la vida 1994-1995**. Bilbao: Edex Kolektiboa; 1995.

Gobierno Vasco. Estrategia Nacional de control de drogas- recuperar nuestras comunidades de las drogas e de la violencia. La Casa Blanca. **Drogodependencias** 1994 Feb; 30.

Gordon T. **Parent effectiveness training**. New York: PH. Wyden; 1970.

Gordon WJJ. **Sinéctica. Desarrollo de la capacidad creadora.** México: Herrero Hnos; 1963.

Griffith E. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Groupe Pompidou. ***Multicity Drug Abuse Report: Amsterdam, Dublin, Hamburg, London, París, Rome, Stockolm***. Strasburg: Conseil de L'Europe; 1987.

Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID). **Materiales de Formación en prevención de drogodependencias: Módulo Contenidos Generales.** Madrid(España): Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid (P.P.D), Ministerio de Educación y Ciencia, Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid; 1995.

Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID). **Materiales de Formación en Prevención de drogodependencias**:**MóduloProfesorado**.Madrid:Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid (PPD), Ministerio de Educación y Ciencia. Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid; 1995.

Grynberg H, Kalina E. **Aos pais de adolescentes: viver sem drogas**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1999.

Grynberg H, Kalina E. Adolescência crise e renascimento. In: **Aos pais de adolescentes**: viver sem drogas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1999. p. 17-26.

Guilford JP. Creativity. **American Psychologist** 1950; 5 (9): 444-54.

Guilford JP. **La naturaleza de la inteligencia humana**. Buenos Ayres: Paidos; 1977.

Hansen WB, Johnson CA, Flay BR, et al. Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: results from Project SMART. **Prevention Medicine** 1988; 17: 1-20.

Hansen WB. School-based substance abuse prevention: A review of the art in curriculum, 1980-1990. **Health Education Research** 1993; 7: 403-30.

Heller A. **A filosofia radical**. São Paulo: Brasiliense; 1983.

Heller A. **Sobre os instintos**. Lisboa: Ed. Presença; Martins Fontes; 1983.

Heller A. **O quotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1972.

Helman C. Cultura e Farmacologia. In: **Cultura, Saúde, Doença**. 2.ed. Porto Alegre:Artes Médicas; 1994. p.176-95.

Henriksem O, Sande A. Skyggliv i rampelys. Antropologisk perspektiv pa ungdom, lokalsamfunn, ritualer og rus; [Shadow Life in the Lime light. A social Anthropological Perspective on Youth, Local Community Rites of Passage and Drunkenness. Finland.] **Nordisk Alkohol - Tidskrift**. 1994; 11 (4): 200-12.

Hernandez Jerez A. **Entrevista** concedida a krowczuk ER **– Formacion del personal en drogodependencias**-Master Dogodependencias. Granada(España): Facultad de Medicina- Master en Drogodependencias, Oct. 1995.

Hewstone M, Stroebe W, Codol JP, Stephenson GM, editors. **Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea**. Barcelona: Ariel; 1990.

Hill WF. Learning theory and the acquisition of values. **Psychological review** 1960; 67: 317-31.

Hoffman ML. Adolescence. In: Adelson J, editor. **Handbook of adolescent psychology**. New York: Wiley; 1980.

Holmberg N, Rosenberg T. Oppna landskap. Om missbruk och finsk frihetslangtan; [Open landscapes. On alcohol abuse and finnish longing for freedom. Finland.] **Nordisk Alkohol Tidskrift** 1995; 12 (3):132 -9.

Holmila M, Osterberg E. Raittiusliike paihdehaikttojen ehkaisijana; [The temperance movement and prevention of alcohol and drug problems.Finland.] **Alkoholipolitiikka** 1995; 60(4): 251-6.

Home Office. **Operation of certain police powers under PACE.** London: England, Wales; 1993**.**

Home Office**. Report of the Commissioner of Police of the Metropolis 1991/2.** London: Metropolitam Police; 1993.

INSERM. **Causes médicales de décès, annee 1991.** [Medical causes of death for the yeat 1991] Paris: Inserm; 1993.

Jessor R, Jessor SL. **Problem Behavior and psychosocial development: alongitudinal stydy of youth**. New York: Academic Press; 1977.

Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JC. **Drug use, drinking, smoking: National survey results from higth school, college, and young adult populations:1975-1988**. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse (NIDA); 1989. DHHS Pub.Nº (ADM) 89-1638.

Jonson BD, Muffler J. Sócio-cultural aspects of drug use and abuse in the 1990s: institutional binoculars during drug eras and multiple social crises. In: Lowinson J, et al. editors. **Substance Abuse Treatment**. Baltimore: MD, Willians & Wilkins; 1992. p. 118-37.

Kalina E, Kovadloff S. **O dualismo: estudo sobre o retrato de Dorian Gray**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1989. p. 9.

Kalina E, Kovadloff S. **As cerimônia da destruição**. Rio de Janeiro: F. Alves; 1983.

Kalina E, Kovadloff S. **Drogadicção: indivíduo, família e sociedade**. 3 ed. Rio de Janeiro: F. Alves; 1980.

Kalina E. **Adolescencia y drogadicción**. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión; 1988.

Kalina E. **Clínica terapêutica de adicções**. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.

Kalina E. Drogadição: "projeto de morte versus projeto de vida. Cura: transformar esse projeto de morte num projeto de vida". In: Fichtner N, organizador. **Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 86-91.

Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the Gateway Theory. **Journal of Studies on Alcohol** 1992; 53 (5): 447-57.

Kandel DB, Yamaguchi KY. Developmental patterns of the use of legal, illegal and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthoo. In: Jones CL, Battjes RJ, editors. Etiology of drug abuse: implications for prevention. NIDA Research Monograph N. (ADM) 85-1335. Washington: Government Printing Office; 1985. p.193-235.

Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the Gateway Theory. **Journal of Studies on Alcohol** 1992; 53 (5): 447-57.

Kandel DB, Yamaguchi KY. Developmental patterns of use of legal, illegal and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthoo. In: Jones CL, Battjes RJ, editors. **Etiology of drug abuse: implications for prevention**. NIDA Research Monograph N. (ADM) 85 - 1335. Washington: Government Printing Office; 1985. p. 193-235.

Kandel DB, Treiman D, Faust R, Single E. Adolescent involvement in legal and illegal drug use: A multiple classification analysis. **Social Forces** 1976; 55: 438-58.

Kandel DB. Reaching the hard-to-reach: Illicit drug use among high school absentees. **Addictive Diseases** 1975; 1: 465-80.

Kandel DB. Stages in adolescent involvement in drug use**. Science** 1975; 190: 912 - 4.

Kaplan HI, Sadock BJ. Transtornos relacionados a substâncias. In: **Compêndio de Psiquiatria**. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 369- 438.

Kim S, Coletti SD, Williams C, Hepler N, Crutchfield CC. Benefit - Cost Analysis of Drug Abuse Prevention Programs: A Macroscopic Approach. **Journal of Drug Education**. 1995; 25(2): 111-27.

Kwetzcch C, Krowczuk ER. **Diagnóstico do uso de drogas por alunos de escolas de 1º e 2º graus na zona Norte de Porto Alegre**.Porto Alegre: PAM - IAPI/ESPSSMA; 1993.

Kluckhohn C. Values and value-orientations in the theory of action an exploration in definition and classification. In: Parsons E, Shils EA, editors. **Toward a general theory of action**. New York: Harper; 1951. p. 388- 434.

Knobel M. Curso "Adolescência". In: **Congresso Brasileiro de Psiquiatria.Regional Meeting World Psychiatric Association XVIII;** 2000 Out 25-28; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro (RJ): ABP, APERJ, WPA; 2000.

Knobel M. Psicoterapia breve em crianças e adolescentes. In: Fichtner N, organizador. **Transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 208-19.

Knobel M. Normalidade, responsabilidade e psicopatologia da violência na adolescência. In: Levisky DL, organizador. **Adolescência e violência: conseqüências da realidade brasileira**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 41-52.

Kohlberg L. **Collected papers on moral development and moral education**. Cambridge, Mass.: Harvard Graduate School of Education; 1973.

Krippendorff K. **Metodologia da análisis de contenido**. Barcelona: Paidós; 1990.

Krowczuk ER Análise de conteúdo: Descrição do método. In: **As dissonâncias na formação do profissional de enfermagem de nível superior:** um estudo comparativo entre instituições formadoras [dissertação]. Porto Alegre (RS): UFRGS/FACED; 1988. p. 168 -79.

Krowczuk ER. **Drogas/ tóxicos**: história, farmacologia, aspectos globais sobre o uso de substâncias psicoativas no homem. Porto Alegre (RS): EE/ UFRGS- Curso de Pós Graduação em Saúde Publica; 1991.

Krowczuk ER. A prática de Automedicação por Adolescentes escolares do 2º grau da Escola Pública e Privada de Porto Alegre. Uma proposta Educativa para valorização da Vida. In: **Forum de debates do Conselho Municipal de Entorpecentes IV, Semana Gaúcha de Combate ao Uso Indevido de Drogas IV**;1997 Set27-30,Out 01; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre (RS): SMSS/ COMEN, CONEN/ RS – SJS; 1997.

Krowczuk ER. Alcoolismo em Escolares Adolescentes: implicações para a assistência de enfermagem em Saúde Mental e Saúde Pública. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem 6º**; 1991 Jul 29-31/ Ago 01; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro (RJ): ABEN, CEPEM; 1991. p. 134.

Krowczuk ER. Alcoolismo em Escolares Adolescentes: Implicações para Assistência em Saúde Mental e Saúde Pública-Prevenção In: **Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil XI**.; 1991 Set 27-30/Out 01; Blumenau, Brasil. Blumenau (SC): ABENEPI; 1991. p. 29.

Krowczuk ER. **Aspectos psicológicos da infância versus drogadição**. Porto Alegre (RS): UFRGS/ Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública; 1995.

Krowczuk ER. **Aspectos psicológicos en la niñez versus drogadiccíon**. Santiago de Compostela (España): Universidade de Santiago de Compostela: Facultade de Filosofia e Ciências da Educación, Depto.de Métodos e Técnicas de Investigacion em C.C. e da Educación,Curso de Doutorado; 1995.

Krowczuk ER. Avaliação do Estado de Saúde de uma População Escolar. Drogas e Prevenção na Escola Pública. In: **Congresso Sulamericano de Saúde Escolar 1**, **Congres. Brasileiro de Saúde Escolar 8**; Tramandaí Abr 27-30/ Mai 01, Brasil. Porto Alegre (RS): ABIN, ABRASE; 1991. p.14.

Krowczuk ER. **Cocaína: em alta na sociedade**. Porto Alegre: EENF/UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1991.

Krowczuk ER. **Consumo de Álcool e Tabaco em escolares adolescentes de 12 a 18 anos nas escolas de Porto Alegre - RS: Um Modelo Criativo de Educação Preventiva**. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela/ Facultad de Filosofia e Ciências da Educación, /Depto de Métodos e Técnicas de Inv. en CC e Educación- Curso Doutorado; 1994. p.1-11.

Krowczuk ER. **Drogadiccíon: Modelos Creativos de Prevencíon en la Escuela en Porto Alegre-RS - Brasil.** Santiago de Compostela (España): Universidade de Santiago de Compostela (USC) Facultade de Filosofia e Ciências do Comportamento da Educacíon/Depto de Métodos e Técnicas de Investigación en Ciencias do Comportamento e da Educación - Curso de Doutorado Proxeto [tese]; 1995.

Krowczuk ER, et al. **Projeto - Programa Educativo e Preventivo sobre drogas psicoativas - Iº Levantamento sobre o uso de substâncias psicoativas em alunos** e **servidores da Universidade Federal do R.G.S**. Porto Alegre (RS): PROR4 ESC/DESSAE/DAOP/EE./UFRGS; 1997. 26 p.

Krowczuk ER. Motivos da Drogadição - A Realidade ótica de adolescentes estudantes do II grau. In: **Congresso de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde 4º; Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre 17ª**; 1997 Set. Porto Alegre (RS), Brasil. Porto Alegre: HCPA. Conferência: Pesquisa de repercussão social em Adolescência; 1997.

Krowczuk ER. **O uso da maconha e seus efeitos**. Porto Alegre: UFRGS/EENF.Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1990.

Krowczuk ER. **Mecanismos de defesa do Ego e suas manifestações na prática clínica**. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ) -Porto Alegre (RS): Soc.Psicanalítica Ort. Brasil, Centro de Ensino e Pesquisa Psicanalítica - Curso Formação de Psicanálise Contemporânea- Psicanalista Didata; 2001.

Kubicka L, Csemy L, Kozeny J. Prague Women's Drinking before and after the "Velvet Revolution" of 1989: A longitudinal Study. **Addiction** 1995 Nov; 90 (11): 1471-8.

Lacan J**. Os complexos familiares** . Rio de Janeiro:Jorge Zahar; 1966.

Lacan J. **A família. Pelas bandas da Psicanálise**. Assírio e Alvim; 1978.

Lalic D. Ekonomska reprodukcija ovisnosti o heroinu - Split devedesetih godina; [Economic Reproduction of Heroin Addiction -The City of Split in the 1990s. Croatia.] **Revija - za - Sociologiju** 1995 July-Dec; 26 (3- 4): 209-18.

Laranjeira R, Ramos S, Campana A. Curso "Abordagem e tratamento do adolescente envolvido com drogas".In: **Congresso Brasileiro de Psiquiatria, World Psychiatric Association Regional Meeting XVIII**; 2000 Out 25 -28; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro:ABP, APERJ, WPA; 2000.

Lehto J, Moskalewicz J. **Alcohol policy during extensive socioeconomic change**. Copenhagen: Who Regional Office for Europe; 1994.

Leukefeld CG, Clayton RR. La prevención del abuso de drogas: Una perspectiva desde los Estados Unidos de América. In: García-Rodríguez JA, Ruiz Fernández J, organizadors. **Tratado sobre Prevención de las drogodependencias**. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción – FAD, Gobierno Vasco-Secretaria General de Drogodependencias, EDEX Kolektiboa – Centro de Recursos Cumunitários; 1993. p. 269-82.

Llopis Llacer JJ, Paris Bueno B, Bojo Ballester P, Camarena Soler F, Malea Fernandez A, Gonzalo Aznar S, Jorda Delas J. Consumo de drogas en menores. Análisis descriptivo de las demandas al Teléfono de Drogodependencias de la Generalitat Valenciana. **Rev Española Drogodependencias** 1995; 20 (1): 59-66.

López Campos JM. Analisis de las opiniones de los estudiantes no universitarios de la provincia de Pontevedra sobre motivaciones para el consumo de drogas. **Adicciones** 1989; 1(1): 49-65.

Macia Antón D. La valoracióm de programas en la intervención comportamental-educativa para la prevención de la drogodependencia. In: García-Rodríguez JA, Ruiz Fernández J, organizadors. **Tratado sobre Prevención de las drogodependencias.** Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción – FAD, Gobierno Vasco-Secretaria General de Drogodependencias, EDEX Kolektiboa – Centro de Recursos Cumunitários; 1993. p. 65-77.

Macía Antón D. Prevención de las drogodependencias en el medio escolar. In: **Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitário II;** 1995 Mar 23-25; Chiclana de la Frontera (Cadiz), España. Cádiz: Diputación de Cádiz: Diputación de Cádiz (Area de Servicios Sociales), Junta da Andalucía (Consejería de Asuntos Sociales); 1995. p. 35-66.

Mackinnon DW. Personality and the realization of creative potencial. **American Psychologist** 1965; 20: 273-81.

Mackinnon DW. The nature and nurture of creative talent. **American Psychologist** 1962; 17: 484-95.

Maddi SR. **Personality theories: a comparative analysis**. Homewood, III: Dorsey Press; 1972.

McLaughlin RJ, et al. Teacher ratings of student risk for substancee use as a function of specialized training. **Journal of Drug Education** 1993; 23(1): 83-95.

Mandon D. Perspectiva antropológica da droga. In: Bergeret J, Leblanc J. **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas;1991. p. 233 -9.

Marcelli D, Braconnier A. **Psicopatologia do adolescente**. Porto Alegre: Artes Médicas; São Paulo: Masson; 1989. p. 21-47, 284.

March Cerda M, Orte Socias C. Uma revisión documental de programas de prevención de las drogodependencias.In: **Jornadas Nacionales Socidrogalcohol XXI;**1994 Marz 2-4; Bilbao, España. Madrid: Socidrogalcohol.Sociedad científica española para el estudio drl alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanias; 1994. p.503 -13.

Marín G. Intervenciones culturalment apopriadas en la promoción de la salud: por que? y como? In: García-Rodríguez JA, Ruiz Fernández J, organizadors.**Tratado sobre prevención de las drogodependencias**. Madrid: FAD, Gobierno Vasco- Secretarría General de Drogodependencias, EDEX Kolektiboa –Centro de Recursos Comunitarios; 1993. p. 151-65.

Marques JC. O Mundo típico e o mundo atípico das relações interpessoais. **Psicologia: Reflexão e Crítica** 1986 Dez; 1(1): 32 -41.

Martín Gonzáles E, Camacho Grande JM, coordenación. Carrasco E, Merodio C, Moncada S, Mora C, et al . **Manual del Profesor intervencion con alumnos**. Programa Municipal de Prevencion Del Alcoholismo Juvenil.Subprograma Educativo. Madrid: Plan Municipal Contra las Drogas, Area de Servicios Sociales do Ayuntamiento de Madrid; 1994.

Martín Gonzáles E. De los objetivos de la prevención a la "prevención por objetivos" In: Becoña Iglesias E, Rodríguez López A, Salazar Bernard I, coordenadors. **DROGODEPENDENCIAS IV: Prevención**. Magíster en Drogodependencias de la Universidad de Santiago de Compostela-1994. Santiago de Compostela (España): USC, Servicio de Publicacións e Intercambio Científico de la Universidade de Santiago de Compostela; 1995. v. 4. p. 55.

Maslow AH**. Motivation and personality**. New York: Harper; 1954.

Maslow AH. **New knowledge in human values**. New York: Harper; 1959.

Massum E. **Prevencíon del uso indebido de drogas**. México: Trilhas; 1992.

May R. **A coragem de criar**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1982.

McBride DC et al. Crack use and correlates of use in a national population of street heroin users. **Journal of Psychoactive Drugs** 1992; 24 (4): 411-6.

Measham F, Newcombe R, Parker H. The post - heroin generation. Youth culture may be outpacing today's drug service establishment. **Druglink** 1993; 8 (3): 16 -7.

Medina-Mora ME, Castro ME. El uso de inhalants en México. **Salud Mental** 1984; (7):13 -8.

Megargee EI, Parker GVC, Levine RV. Relationship of familial and social factors to socialization in Middleclass College Students. **Journal Abnorm Psychol** 1971; (77): 76 -89.

Melcop AG, et al. Uso de drogas e acidentes de trânsito. In: SENAD. **Relatório Preliminar do I Fórum Nacional Antidrogas**. Brasília (DF): SENAD; 1999. [Capturado 1999 Nov 26] Disponível em: http://www. Senad.gov.br/Relfinal.htm

Melero Ibañez JC. Prevención del uso de tabaco entre escolares de educación secundaria obligatoria. **Rev Española Drogodependencias** 1994; 19 (2):131-42.

Mello MCPF. Segregação sócio-espacial na cidade de São Paulo e marginalização de crianças e jovem. **Cadernos de Pesquisa** 1991; (78): 5 -15.

Mendoza R et al. **Los escolares y la salud: estudio de los hábitos de los escolares españoles en relación con la salud**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987.

Mendoza R, Sagrera MR. **Los escolares y la salud. Avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionados con la salud (1990)**. Madrid: Delegacíon del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.

Mendoza R. España: un estudio sobre el tabaquismo entre los adolescentes escolarizados. **Prevention du Tabagisme. Bulletin d' information** 1992 Oct; (18): 9 -12.

Ministère de la Santé. **Alcoolisme, tabac, drogue**. Paris (FR): Ministère de la Santé; 1994. p. 90 -4.

Ministère des Affaires Sociales et de La Solidarité. **Alcohol et Santé** – Paris (FR): Association Nationale de Provention de L'alcoholisme; 1993.

Ministério da Educação e do Desporto do Brasil. Secretaria de Projetos Educacionais Especiais. **Diretrizes para uma política educacional de prevenção ao uso de drogas**. Brasília (DF): MEC/ SEPESPE; 1994.

Ministério da Justiça do Brasil. Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN). **Legislação sobre entorpecentes no Brasil**. Brasília (DF): COFEN; 1994.

Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde (SNAS). Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas**. Brasília (DF): SNAS, DPS, CORSAM; 1991.

Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) España. **Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo**. Madrid: MEC; 1989.

Ministerio de Sanidad y Consumo España. **Plan Nacional sobre Drogas**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985.

Moradillo FM. Debate en torno a la educación en valores y prevención de drogodependencias. **Boletín CDDrogodependencias del Pais Vasco** 1994 set/oct; 24:1.

Moradillo FM. La educación de valores y de drogas en la comunidad escolar. In: **Jornadas Nacionales Socidrogalcohol XXI**; 1994 Mar 2-4; Bilbao, España. Madrid: Socidrogalcohol; 1994. p. 561- 4.

Moradillo FM. Adolescentes, valores y drogas.(Dossier n. 16) **Rev Ass Proyecto Hombre** 1995 Sep; (15):1-12.

Morris CW. **Varieties of human value**. Chicago: University of Chicago Press; 1956.

Mosquera JJM. A auto-imagem e a auto-estima como fatores básicos da construção do pessoal. In: Vida **Adulta- Personalidade e desenvolvimento**. Porto Alegre: Sulina, Cap 4; 1983. p. 51-63.

Mosquera JJM. **Valores morais dos adolescentes de diferentes classes sociais de Porto Alegre.** Porto Alegre(RS):UFRGS/FACED; 1979.

Moura RSP. Toxicomanias- a sociedade no tribunal. In: Regis de Morais JF, organizador. **Construção social da enfermidade**. São Paulo: Cortez & Moraes; 1978. p.109-34.

Mutzell S. Human Violence in Stockholm County, Sweden. **International Journal of Adolescence and Youth** 1995; 6 (1): 75-88.

Muza GM, Bettiol,h, Muccillo G, Barbieri M. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I. Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Rev Saúde Pública** 1997; 31(2): 21-9.

Naciones Unidas. **Declaración de la Conferencia Internacional sobre el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas y Plan Amplio y Multidisciplinario de actividades futuras en materia de fiscalizacion del uso indebido de drogas**. Nueva York: Naciones Unidas; 1988.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). High School Senior survey (Monitoring the Future)-1991. **Press Release** 1992 Jan; 27.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Alcohol abuse alcoholism seventh special report to the US.**Congress on Alcohol and Health**, DHHS .Pub. N. ADM 281-882002;1990 Jan.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). National Household Survey on Drug Abuse-1990, **Press Release** 1991 Dec; 19.

National Institute on Drug Abuse (NIDA).National Household Survey on Drug Abuse-1993. Washington: NIDA; 1994.

National Research Council Institute of Medicine. **Under the influence? Drugs and the American work force**. Washington: National Academy Press; 1994.

Navarro J. et al. **El consumo de drogas en España**. Madrid: Ministerio de Trabajo Direccíon General de Accíon Social, Cruz Roja Española; 1985.

Neira R. Las estrategias de reducción de riesgos en el contexto francés: punto de vista de un clínico por la tomada de palavra de los drogodependientes. In: **Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol XXI**; 1994 Mar 2-4; Bilbao, España. Madrid: Socidrogalcohol; 1994. p. 99-104.

Newcomb MD, Bentler PM. Frequency and séquense of drug use: a longitudinal study from early adolescence to young adulthood. **J. Drug Educ** 1986; 16 (2): 101-20.

Norstrom T. Alcoholand Suicide: A comparative Analysis of France and Sweden. United Kingdom. **Addiction** 1995 Nov; 90 (11): 1463 -9.

Nowlis H. **La verdad sobre la droga. La droga y la educación**. 2ª ed. Paris: UNESCO; 1982.

Office National Drug Control Policy Executive-USA. ONDCPE-Washington: Office President; 1992.

Office For Substance Abuse Prevention (OSAP) **Turning Awareness into action: what your community can do about drug use in America**. Rockville: Departament of Health and Human Services Public Health Service Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration; 1991.

Ojesjo L. En explorativ studie av nagka alkoholisters livshistoria fran 1940 - till 1990 – telet; [An Explorative Life History Study of Alcoholics Followed from the 1940s to the 1990s. Finland.] **Nordisk Alkohol Tidskvift** 1995; 12(4): 194 -202.

Olievenstein C. **A clínica do toxicômano: a falta da falta**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.

Olievenstein C. UNESCO-1992. **Drogas, alienaciones y educación**. Madrid: ICCE; 1972. p.11.

OMS,World Health Organization **Regional Office for Europe** . Copenhagen;1993.

OMS. **Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID 10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** OMS (org). Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.7.

Oñate P. Los agentes de prevención. **Boletín CDDrogodependencias del Pais Vasco** 1993 Oct; (17):1.

OEA-Organização dos Estados Americanos. **Aspectos Educacionais dirigidos a prevenção e controle do uso indevido de entorpecentes**. Relatório Técnico. Washington: OEA ; Sep.1986.

Orte Socias C. El contexto de la intervención en la prevención de drogas en la escuela: los factores microsociales. **In: Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol XXI**; 1994 Marz 2-4; Bilbao, España. Madrid: Socidrogalcohol. Sociedad científica española para el estudio del alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías; 1994. p.521-8.

Orte Socias C. El modelo de las actitudes como elemento integrador de los programas de prevención de drogas em la escuela. **In: Jornadas Nacionales Socidrogalcohol XXI**; 1994 Marz 2-4; Bilbao, España. Madrid: Socidrogalcohol.Sociedad científica española para el estudio del alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías; 1994. p.529 -39.

Orte Socias C. La detección precoz del consumidor de drogas en la escuela: los factores individuales. **In: Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol XXI**; 1994 Marz 2-4; Bilbao, España. Madrid: Socidrogalcohol. Sociedad científica española para el estudio del alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías; 1994. p. 515-9.

Osborn LE. **Applied imagination**. New York: Charles Scribner's; 1963.

Osório LC. **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

Osório LC. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Otero JM. **Droga y delincuencia**. Concepto, medida y estado actual del conocimiento. Madrid: Eudema; 1994.

Outeiral J. A adolescência e as drogas. In: **Adolescer: estudos sobre a adolescência.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1994. p.41-62.

Outeiral J. **Adolescer: estudos sobre adolescência .** Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1994.

Pandina RJ, Schuele JA. Psychosocial correlates of alcohol and drug use of adolescent students and adolescents in treatment. **Journal of Studies on Alcohol** 1983; 44: 950-73.

Panniker R. Recuperar la dignidad del ser humano. **Rev Ass Proyecto Hombre.** 1994 Mar; (9): 5-9**.**

Parlamento de Catalunya.Presidencia de la Generalitat. **Ley 10/1991**,de10 May,demodificación de la Ley 20/ 1985, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia. Barcelona .Publ. el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya No. 1445, 2645- 8. (May 22,1991).

Parlamento Europeo.**Resolución A3-0341/91 del Parlamento Europeo sobre Educación en materia de Salud y uso indebido de drogas en los Estados miembros de la Comunidad Europea y del Consejo de Europa.** Acta de la sesión del Parlamento Europeo (May 13,1992).

Passos SRL, Camacho LAB. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. **Rev. Saúde Pública** 1998; 32 (1): 64-71.

Pechansky F, Soibelman M. O uso de substâncias psicoativas por alunos de uma escola privada de Porto Alegre(RS). **Rev AMRIGS** 1992 Abr/Mai/Jun; 36 (2): 114 - 9.

Pedroso E. Programa de Prevenção reduz consumo de drogas. Resultado do estudo entre Serviço Social da Industria (SESI-RS) e o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP). **Jornal Zero Hora** 1999 Nov 25; Trabalho: 61. Porto Alegre (RS).

Pentz MA, Cormack C, Flay BR, et al. Balancing program and research integrity in community drug abuse prevention: Project Star Approach. **Journal of School Heatlh** 1986; 56: 389-93.

Pentz MA, Dwyer JH, Mackinnon DP, et al. A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: effectes on drug use prevalence. **Journal of the American Medical Association** 1989; 261: 3259-66.

Pentz MA, Trebow EA, Hansen WB, et al. Effects of program implementation on adolescent drug use behavior: The Midwestern Prevention Project (MPP). **Evaluation Review** 1990; 14: 264-89.

Pentz MA. Estratégias innovedoras para la prevención del consumo de drogas en el ambito escolar y en la comunidad. In: García-Rodríguez JA, Ruiz Fernández J, organizadors. **Tratado sobre Prevención de las drogodependencias**. Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción – FAD, Gobierno Vasco-Secretaria General de Drogodependencias, EDEX Kolektiboa – Centro de Recursos Cumunitários; 1993. p. 123- 47.

Perron J. **Valeurs et choix en éducation**. St- Hyacinthe: Edisem; 1981a.

Perron J. **Bases e aplicações dos valores em psicologia e em educação**. Porto Alegre: SAGRA; 1987.

Phillips C, South N. A sense of worth. Drug users as community volunteers.**Druglink** 1992; 7(5):8-10.

Piaget J. **Le jugement moral chez l' enfant**. Paris: Presses Universitaires de France; 1932.

Pickering H, et al. Crack injection. **Druglink** 1993; 8 (1):12.

Piispa M. Tupakoinnin Kulttuurinen paikka; [The Cultural Role of Smoking. Finland]. **Alkoholipolitiikka**. 1994; 59(4): 261-9.

Plan Nacional Sobre Drogas-España. **Memoria de situación del Plan Nacional sobre Drogas 1993**, Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1994.

Política Nacional Antidrogas-PNAD: Republica Federativa do Brasil. **Mensagem do Presidente da República Dr. Fernando Henrique Cardoso, divulga Política Nacional Antidrogas- 2000-2003**. Brasília (DF): SENAD; Dez 2003. 27 p.

Prado Díez D. **A imaginação criadora**. Joinville (SC): Colégio Bom Jesus; 1995.

Prado Díez D. **El torbellino de ideas, um método universal participativo, innovador e inventivo.** Santiago de Compostela - España: Universidade de Santiago de Compostela, Master Internacional Creatividad Aplicada Total; 1995.

Prado Díez D. **Orientación e intervención psicopedagógica: Teoria y técnica**. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela / Facultade de Filosofia y Ciencias de la Educación; 1992.

Prado Díez D. **Técnicas creativas y lenguaje total**. Madrid: Narcea; 1988.

Prado Díez D. La creatividad es el unico futuro. **El Diario** 1994 Sep; Santiago-Chile.

Prado Díez D.**Técnicas de relajación creativa**. Santiago de Compostela (España): Universidade de Santiago de Compostela; 1995.

Prado Díez D. **Modelos creativos para el cambio docente**. Santiago de Compostela: C.I.C. Lubrican; 1986.

Prado Díez D. **Manual de activación creativa**. Santiago de Compostela: C.I.C. Lubrican; 1987.

Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo. Mortalidade por causas relacionadasao uso de álcool no Município de São Paulo. **PRO-AIM** 1995 3º trim; (21).

Programa de Prevencíon de Drogodependencias (PPD). **Materiales de Formación en Prevencíon de Drogodependencias**.Madrid(España):Convênio MEC - GID - CAM - Ayuntamiento de Madrid; 1995.

Quellet G, Perron J. Étude des liens entre valeurs et les choix d'activités de loisir chez les étudians. **Loisir et société** 1979; 2: 151-78.

Ramírez E. Drogodependencias: de la periferia a la estética, pasando por la técnica. In: **Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales.** Madrid(Es): Colégio Nacional de Doctores y Licenciados em Ciências Políticas y Sociologia; 1993.

Ramos SP, Bertolote JM. **Alcoolismo Hoje**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Ramos SP. Prevenção, diagnóstico, abordagem e tratamento do envolvimento do adolescente com as drogas. In: Fichtner N. (org.) **Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental**. Porto Alegre: Artes Médicas;1997. p.279-90.

Rappoport L. **El adolescente y el jóven.** La personalidad desde los 13 a los 25 anos. 1.ed. Barcelona: Paidós; 1986. p.57.

Record stop and search rate but drugs in London "almost out of control". **Druglink** 1993 Mar-Apr; 8 (2): 7.

Rhodens C, Tannhauser N, Stein A. **IIº Levantamento do consumo de drogas por estudantes da rede estadual de ensino de Porto Alegre, 1994**. Programa Valorização da Vida- Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre(RS). Porto Alegre: SEC/RS; 1995.

Robaina JVL. **Raízes e conseqüências da dependência química: um estudo biográfico das vivências familiares**. [dissertação] Porto Alegre (RS) :UFRGS/FACED; 1996.

Rodríguez-López A. El futuro de la prevención en drogodependencias. In: Becoña Iglesias E, Rodríguez López A, Salazar Bernard I, coordenadors. **DROGODEPENDENCIAS IV: Prevención**. Magíster en Drogodependencias de la Universidad de Santiago de Compostela-1994. Santiago de Compostela (España): USC, Servicio de Publicacións e Intercambio Científico de la Universidade de Santiago de Compostela; 1995. v.4. p. 205-19.

Rogers CR. Toward a modern approach to values: the valuing process in the mature person. **Journal of Abnormal and Social Psychology** 1964; 68: 160-7.

Rokeach M. A theory of organization and change, within value-attitude systems. **Journal of social Issues** 1968 b; 24: 13-33.

Rokeach M. **Beliefs, attitudes, and values**. San Francisco: Jossey-Bass; 1968a.

Rokeach M. **The nature of human values**. New York: Free Press; 1973.

Rokeach M. **Beliefs, attitudes and values: the theory of organization and change**. San Francisco: Jossey Bass; 1986.

Rosenberg M. **Society and the Adolescent Selfimage**. Princeton (N Y): Princeton University Press; 1965.

Royal College of Psychiatrists. **Drug Scenes**: A report on drugs and drug dependence by the Royal College of Psychiatrist. Londes: Gaskell; 1987.

Salas LF. Hacia una política y legislación europea en materia de drogas Entrevista con Santiago de Torres. **Rev Ass Proyecto Hombre** 1995 Sep; (15): 5-7.

Salas LF. Persona, droga y sociedad -Entrevista con Luis Rojas Marcos. **Rev Ass Proyecto Hombre** 1995 Mar; (13): 5 -6.

Salas LF. Recuperar la dignidad del ser humano –Entrevista a Raimon Panniker. **Rev Ass Proyecto Hombre** 1994 Marz; (9): 5 -9.

Salazar Bernard I, Rodríguez López A. Adicción a drogas de prescripción. In: Becoña Iglesias E, Rodríguez López A, Salazar Bernard I, coordenadores. **DROGODEPENDENCIAS II Drogas Legales**. Magister en Drogodependencias (USC). Santiago de Compostela (España): Universidade de Santiago de Compostela, Servicio de Publicacións e Intercambio Cientifico; 1995. v.2. p. 283-99.

Salazar Bernard I, Rodríguez López A. Conceptos Básicos em drogadependencias. In: Becoña IglesiasE,Rodríguez López A, Salazar Bernard I,coords.**DROGODEPENDENCIAS I: Introducción**. Magíster en Drogodependencias (USC). Santiago de Compostela (España): Servicio de Publicacións e Intercambio Científico de la Universidade de Santiago de Compostela; 1994. v.1. p. 21-55.

Sanchez L, Matellanes M. La especialización de los recursos para la atención de las drogodependencias. **Adicciones** 1993; 5(2): 127 -40.

Santacreu J, Zaccagnini JL, Márquez MO. **El problema de "La droga" un análisis desde la psicología de la salud**. Valencia: PROMOLIBRO; 1992.

Schafer R. Ideals, the ego ideal, and the ideal self. **Psychological issues** 1965; 5:131-74.

Schilder P. **A imagem do corpo: as energies construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes; 1981.

Schuckit M. **Abuso de álcool e drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD): Presidencia da Republica Federativa do Brasil. **Relatório Preliminar do I Fórum Nacional Antidrogas**. Brasília (DF): Presidência da Republica, Casa Militar, SENAD;1999. [capturado 1999 Nov] Disponível em: http://www.senad.gov.br/Relfinal.htm

Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD): Presidência da República Federativa do Brasil: 1998. Brasília (DF): **Estrutura da SENAD** criada pela Medida Provisória nº 1.689, e Decreto nº 2.632 (jun. 19.1998), alterado pelo Decreto nº 2.792 (out. 01.1998): Senado Federal, 1998. [capturado 2002 mar 18] Disponível em: http:// www. Senad.gov.br/paginas/estrutura.htm

Segal B, Huba GJ, Singer JL. Prediction of college drug use from personality and inner esperience. **International Journal of the Addictions** 1980; (15): 849-67.

Shields EWJr. Sociodemographic Analysis of Drug Use among Adolescent Athletes:Observations-perceptions of athletic Directors-Coaches. United States. **Adolescence** 1995 Winter; 30 (120): 839-61.

Sillaste GG. Novaya Narkosituatsiya v rosii: rezul'taty issledovaniya; [New Drug Situation in Russia: Study Results.Republic of Russia.] **Sotsiologicheskie Issledovaniya** 1994; 21(6): 138 -45.

Silva A. coordenador, Carrón J, Hernández MI, Nieva P. El panorama internacional – Aportaciones de la situación en Italia. In: **La evaluación de programas en drogodependencias**. Madrid: Grupo Interdisciplinar sobre Drogas-GID; 1994. 1v. p. 19-41.

Simon SB, Clark J. **More values clarification**. San Diego, Calif.: Pennant Press; 1975.

Simpura J, Metso L. Juomisen tunnit, Suomalaisten alkolohin kayton ajoittuminen tyypillisella syysviikolla 1968, 1976, 1984 ja 1992; [Distribution of Drinking Hours over a Typical Weeck in Finland, 1968, 1976, 1984, and 1992. Finland.] **Alkoholipolitiikka**. 1995; 60 (4): 231-45.

Sistema Nacional Antidrogas–SISNAD: Republica Federativa do Brasil: 2000. **SISNAD**, regulamentado pelo **Decreto nº 3.696** (21. Dez 2000). Brasília (DF): Presidência da República; 2000. [capt.2002 Mar 18]Disponível em: http://www.senad.gov.Br/paginas/regimento_interno_conad.htm

Sloboda Z. El estado actual de la investigación sobre la prevención del abuso de drogas en los Estados Unidos: mirando hacía el año 2000. In: **Jornadas Nacionales Socidrogalcohol XXI**; 1994 Mar 2-4 Bilbao, España. Madrid: Socidrogalcohol,Sociedad cientifica espanõla para el estudio del alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanias; 1994. p.161-7.

Smart RG, Adaf EM, Walsh GW. Adolescent drug sellers: trends characteristics and profiles. British **Journal of Addiction** 1992; 87: 1561-70.

Smart RG. Solvent use in North America: aspectos of epidemiology prevention and treatment. **Journal of Psychoative Drugs** 1986; 18 (2): 87-96.

Smith MB. Personal values in the study of lives. In: White RW, editors. **The study of lives.** New York: Atherton; 1963. p.325 -47.

Smith GM, Fogg CP. Psychological predictors of early use, late use and non-use of marijuana among teenage students. In: Kandel DB, editor. **Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues**. Washington: Hemisphere-Wiley; 1978.

Sposito MP. Jovens e educação: novas dimensões da exclusão. **Em Aberto** 1992 Out/Dez; 11(56): 43-53.

Stanford Health Promotion Resource Center. **Drug Abuse Prevention-WHAT Works?** Palo Alto. CA: SHCPSH; 1989.

Sternberg R. Investing in creativity. **American Psychologist** 1996; 51 (7): 677-88.

Sternberg R. **Psicologia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Stosberg K. Versushe, das Sucht and Delinquenz problem zu verringern?; [Attempts to Reduce the Addiction and Delinquency Problem? Germany Republic of.] **Soziologische – Revue** 1995 Oct; 18 (4): 542-50.

Swadi H, Zeitlin H. Drug education to school children: does really work? **British Journal of Addiction** 1987; 82:741-6.

Swisher JD. Prevention Issues. In: Dupont RI, Goldstein A, O' Donnell, editors. **Handbook on Drug Abuse**. Washington: NIDA; 1979.

Tavares CSC. **Iniciação à visão holística**. Rio de Janeiro: Record; 1993.

Taylor IA. An emerging view of creative actions. In: Taylor IA, Getzels JW, editors. **Perspectives in creativity**. Chicago: Aldine Publishing Co; 1975.

The Future by Design: A Community Framework for Preventing Alcohol and Other Drug Problems Throught a Systems Approach; 1991.

Torrance E.P. **Educación y capacidad creativa**. Madrid: Marova; 1977.

Torre S. De la. **Educar en la creatividad.Recursos para el medio escolar**. 2.ed. Madrid: Narcea; 1987.

Torre S. De la. **Creatividad aplicada.**.Madrid: Escuela Española, 1995.

Torre S. De la. **Creatividad plural**. Barcelona: P.P.U; 1993.

Torres S. Entrevista- Hacia una política y legislación europea en materia de drogas. **Rev Ass Proyecto Hombre** 1995 Sep; (15): 5-7.

Tort i Bardolet J, Cabra i Soler J. **Entrevista** concedida a Krowczuk ER -**Programa de prevenção de drogadependencias, e educação para a saúde na escola**. Barcelona (España): Departament d'Ensenyament da Generalitat de Catalunya; oct, 1995.

Touraine A. **La parole et le sang politique et société en Amerique Latine**. Paris: Editions ADILE Jacob; 1988.

Touzeau D. Perspectiva farmacológica. In: Bergeret J, Leblanc J. **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p.19-52.

Traskunova MM. Trudovoy potentsial molodezhi Severa; [The Employment Potential of Northerm Youth. Republic of Russia.] **Sotsiologicheskie - Issledovaniya** 1994; .21 (7): 110 - 5.

Treffinger DJ, Sortore MR, Cross JA. Programs and strategies for nurturing creativity. In: Heller KA, Monks FJ, Passow AH, editors. **International handbook of research and development of giftedness and talent**. Oxford: Pergamon Press; 1993. p. 555-67.

UNESCO. **Educación y drogas**: Prevención. Paris: Editions d' UNESCO; 1987.

UNICEF. Trabalho formal e informal de adolescentes brasileiros nas ruas, os excluídos da escola**. Relatório de Pesquisa UNICEF. Jornal Nacional Rede Globo TV;** 2002.

UNICEF. Futuro dos adolescentes está ameaçado. **Relatório UNICEF**; Dez. 2002.

Vasconcellos ATM. Violência e educação. In: Levisky DD, organizador. **Adolescência e violência**: **conseqüências da realidade brasileira**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 111-8.

Vasconcellos ATM. A relação família, escola, sociedade, comunidade. In: Fichtner N, organizador. **Transtornos mentais da infância e da adolescência**: um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 58-68.

Vega Fuente A. El maestro como protagonista en la educación sobre las drogas.In: **Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario II** 1995 Marzo 23-25; Cádiz,

España. Cádiz: Diputación de Cádiz (Area de Servicios Sociales); Junta de Andalucía (Consejería de Asuntos Sociales); 1995. p.153-70.

Vega Fuente A. Modelos interpretativos de la problematica de las drogas. **Revista Española de Drogodependencias** 1992; 17 (4).

Vega Fuente A. **La Acción Social ante las drogas: propuesta de intervención socioeducativa**. Madrid: Narcea; 1993.

Vega Fuente A. Valores y drogas: aspectos educativos In: **Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol XXI**; 1994 Marz 2-4; Bilbao, España. Madrid: Socidrogalcohol. Sociedad científica española para el estudio del alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías; 1994. p. 597-608.

Vega Fuente A , et al. **Delincuencia y drogas**. Barcelona: PPU; 1983.

Vervalin CH. Que es la creatividad? In: Davis GA, Scott JA. **Estrategias para la criatividad.** Buenos Ayres: Paidos; 1975.

Vicente MP, Perez BJ. Factores de riesgo en los hijos de alcohólicos (Prevalência, características de personalidad, adaptación y percepción de la dinâmica familiar). **Cuadernos de Acoholismo** 1993; (4): 79.

Vigotski LS. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Villalbi JR. Smoking and alcohol use in Adolescence in Barcelona, Spain. **Health Promotion International** 1995 Dec; 10 (4): 267-72.

Violante MLV. A perversidade da exclusão social. In: Leviski DL, organizador. **Adolescência e violência: conseqüências da realidade brasileira.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.53-62.

Waismann. Uso de drogas e influência no trabalho – estudo da Federação das Industrias do Estado de São Paulo em 1993. São Paulo: FIESP; 1995. In: SENAD. **Relatório Preliminar do I Fórum Nacional Antidrogas.** Brasília (DF): SENAD, 1999. [Capturado 1999 nov 26]Disponíve em: http://www.senad.gov.br/Relfinal.htm

Wallach MA, Kogan N. Nouvelle appréhension du problème de la distinction intelligence-créativité. In: Beadot A. **La creativité**. Montreal: Collection Organizaton et Sciences Humaines; 1969. p. 46 –64.

Washington Crime News Services "ONDCP". .Study confirms increase in heroin availability but disclaims alarms of epidemic. **Narcotics Control Digest**. 1993; 23 (17): 7-9.

Watson JM. Solvent abuse by children and young males: a review. **British Journal of Addiction** 1980; (75): 23-36.

Wechsler H, Moeykens B, Davenport A, Castillo S, Hansen J. The adverse impact of heavy episodic drinkers on other college students. **Journal of Studies on Alcohol** 1995 Nov; 56 (6): 628-34.

Wechsler SM. Avaliação da criatividade: um enfoque multidisciplinar. In: Wechsler SM, Guzzo RSL. **Avaliação psicológica. Perspectiva internacional**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.231-59.

Wechsler SM. **Criatividade. Descobrindo e encorajando**. São Paulo: Psy; 1998.

Weil P, D'Ambrósio U, Crema R. **Rumo à nova transdisciplinaridade: sistema aberto de conhecimento**. São Paulo: Summus; 1993.

Williams RM. Values. In: Sils DL, editors. **International encyclopedia of the social sciences**. New York: Collier & Macmillan, 1968. p. 283-7.

Winnicott DW. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago; 1975.

World Health Organization (WHO). Health policies to combat drug annual alcohol problens. **Health Policies Conference**. Sydney, Camberra (Austrália) Relatorio "in press" ; 1988 Mar.

World Health Organization (WHO). **Expert Committee on Drug Dependence: Twenty-eighth Report**.WHO Technical Report Series 836. Geneva: WHO; 1993.

World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. **Document EUR/RC 42/8**.

Wortmann AC, et al. Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. **Rev Ass Médica Brasil** 1994; 40 (4): 265-70.

Xunta de Galicia - Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais. **Da toma de conciencia a accion**.O que podes facer na tua comunidade respecto o uso indebido de drogas. Santiago de Compostela (España): Comisionado do Plan Autonômico sobre Drogodependencias-Santiago de Compostela; EDEX Kolektiboa, 1994.

Xunta de Galicia -Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais. **ABC das drogodependencias**, Santiago de Compostela (Es): Comisionado do Plan Autonómico sobre Drogodependencias - Santiago de Compostela; EDEX Kolektiboa, 1994.

Xunta de Galicia - Conselleria de Sanidade y Servicios Sociais. **10 Pasos para axudar o seu fillo a dicir non o alcohol**. Santigo de Compostela(Es): Comisionado do Plan Autonômico sobre Drogodependencias -Santiago de Compostela; EDEX Kolektiboa, 1994.

Xunta de Galícia -Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais. **Programas Asistenciais do Plan Autonômico sobre Drogodependencias**. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan Autonômico sobre Drogodependencias, Xunta de Galícia; 1994.

Xunta de Galícia -Conselleria de Sanidade. **Prevención en Drogodependencias: Documento Marco**. Santiago de Compostela(Es): Comisionado do Plan Autonômico sobre Drogodependencias Conselleria de Sanidad; 1993.

Xunta de Galícia. **Materiais didáticos para a prevención do consumo de drogas.Guia. A experiência de Educar para a Saúde na Escola.** Santiago de Compostela (España): Conselleria de Sanidad e Servicios Sociais e Consellería de Educación e Ordenación Universitária da Xunta de Galícia; 1995. v. 6, 7, 8, 9.

Xunta de Galícia. Comisionado do Plan Autonômico sobre Drogodependencias. **Programa de prevención do consumo de drogas na escola**. Santiago de Compostela: Conselleria de Sanidad e Servicios Sociais, Conselleria de Educación; 1994.

Yamaguchi K, Kandel DB. Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood: Predictors of Progression. **American Journal of Public Health** 1984; 74 (4): 673-81.

Zimerman DE. A estrutura e o funcionamento do psiquismo.In: **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica- uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed; 1999. cap.5. p. 83-5.

Zytowski DG. The concept of work values. **Vocational Guidance Quarterly** 1970;18: 176-86.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

QUESTIONÁRIO SOBRE ESTILO DE VIDA: VALORES, ATITUDES, RELACIONAMENTO, CONHECIMENTO, OPINIÕES, MOTIVAÇÕES, HÁBITOS E USO E ABUSO DE DROGAS POR ADOLESCENTES ESCOLARES DE 2º GRAU - PORTO ALEGRE - RS - BRASIL

Prezado Estudante:

O presente instrumentos visa obter informações e depoimentos de ADOLESCENTES ESCOLARES do 2º grau da Rede Estadual de Ensino Público e do Setor Privado da Cidade de Porto Alegre - RS para:

1) identificar e traçar um perfil sócio-econômico, psicoeducacional e estilo de vida da família dos adolescentes;

2) diagnosticar e traçar o perfil sócio econômico, cultural educacional e psicológico e estilo de vida do adolescente e a sua relação com o uso e abuso de drogas;

3) identificar atitudes educativas conducentes a exclusão social e escolar dos adolescentes usuários de drogas.

O objetivo desta pesquisa é apresentar um modelo Holístico Criativo de Prevenção da Drogadependência para rede escolar da cidade de Porto Alegre - RS - Brasil, e contribuir para ações de valorização da qualidade e estilo de vida saudável e na busca de soluções criativas conducentes a redução do consumo de drogas (legais e ilegais).

Estudante és elemento indispensável de minha pesquisa, ao mesmo tempo espero contar com a tua valiosa contribuição respondendo as questões que se seguem com toda a **honestidade** e sem deixar **nenhuma** em branco. Leia com atenção as perguntas e formas de respostas, que são explicadas em cada parte.

Não deves colocar o teu nome no questionário, ele é **anônimo**. As respostas serão cuidadosa e **sigilosamente** estudadas, pois fazem parte de uma tese de doutorado da Universidade de Santiago de Compostela - Espanha.

Antecipo agradecimentos

Atenciosamente

Elizabeth Remor Krowczuk
Profª Adjunta da UFRGS - Porto Alegre - Brasil
Curso de Doutorado da Faculdade de Filosofia
e Ciências da Educação da Universidade de
Santiago de Compostela - USC – Espanha

I - INFORMAÇÕES GERAIS

Preencha os espaços traçados conforme o solicitado e/ou assinale com um **X** nos quadrados as respostas que mais se adequarem a tua atual situação:

▪ **IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**
. Nome da Escola _____
. Endereço _____
. Tipo de Escola □ Pública □ Privada

II - CARACTERÍSTICAS

▪ **IDENTIFICAÇÃO PESSOAL DO ALUNO**
. Idade (anos) _____ . Sexo □ masc. □ fem.
. Etnia/Origem _____ . Estado civil _____

▪ **ESCOLARIDADE**
. Cursando _____ série turno □ manhã □ tarde □ noite
. Reprovação □ sim □ não Qual(s) Série(s) _____
. Disciplina(s) que encontrou dificuldade(s) escolares _____
_____
. Como consideras que é o teu rendimento escolar
□ excelente □ bom □ regular □ fraco □ péssimo
. A quem atribuis a responsabilidade do teu rendimento? Especifique _____
_____
. Quais disciplinas tu te sentes motivado? _____
. As tuas motivações são: □ vestibular □ profissão □ cultura geral
□ outro - especifique _____
. Após o turno da escola quantas horas dedicas ao estudo diariamente:
□ menos de 1 hora □ de 1 a 3 horas □ mais de 3 horas
□ outro - especifique _____

▪ **PROFISSÃO**
. Exerce algum trabalho remunerado □ sim □ não qual? _____
. Salário mensal: □ menos de 1 salário mínimo □ 1 salário □ mais de 1 salário
. Contribui para o sustento da família: □ sim □ não

▪ **NATURALIDADE**
. Local de nascimento (cidade): _____

▪ **LOCAL DE HABITAÇÃO**
. Residência (bairro, cidade): _____

III - PERFIL SÓCIO-ECÔNOMICO-EDUCACIONAL E COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Assinale nos quadrados com a letra **P** (pai) e/ou **M** (mãe) e preencha os espaços traçados conforme o solicitado, as respostas que mais se adequarem a atual situação dos teus pais

▪ **IDENTIFICAÇÃO PESSOAL DOS PAIS**

. Idade: pai _____ anos mãe _____ anos
. Profissão: pai _____ mãe _____
. Situação atual assinale nos quadrados com **P (**pai) e/ou **M** (mãe):
□□ empregado □□ autônomo □□ aposentado □□ desempregado

▪ **ESCOLARIDADE (PAI E MÃE)**

□□ 1º grau completo □□ 1º grau incompleto
□□ 2º grau completo □□ 2º grau incompleto
□□ 3º grau completo □□ 3º grau incompleto
□□ analfabeto

▪ **CARACTERÍSTICAS DA HABITAÇÃO**

Assinale nos quadrados com um **X** e preencha os espaços traçados conforme o solicitado a atual situação da tua família

. Tipo de residência: □ apartamento □ casa □ cômodos/peças
. Imóvel: □ proprietário □ alugado □ do trabalho
. A habitação possui _____ cômodos/peças, onde vivem (número) _____ pessoas
. A habitação tem: □ luz elétrica □ água encanada □ poço □ rede de esgoto
□ coleta de lixo
. A rua da casa é: □ asfaltada □ calçada □ terra

▪ **MEIO DE TRANSPORTE E SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA DO BAIRRO/LOCAL DA RESIDÊNCIA**

• A habitação tem acesso fácil a:
. Transporte: □ ônibus □ trensurb □ lotação □ ponto de taxi
. Serviços de saúde: □ posto de saúde □ hospital □ pronto socorro
. Serviços de segurança pública: □ delegacia □ corpo de bombeiros
. A família utiliza os serviços de saúde do setor □ público (governo/SUS) □ privado
. Lazer: □ parques □ quadras de esporte □ clubes culturais

▪ **PATRIMÔNIOS/BENS DA FAMÍLIA**

. Teus pais têm: □ casa própria □ casa veraneio □ sítio/chácara □ automóvel
□ barco/lancha □ telefone □ TV □ Aparelho de som
□ Vídeo □ Rádio □ Computador
□ outro Qual: _____

▪ **RENDA FAMILIAR**

• A renda mensal de todos o membros de tua família que exercem alguma atividade e/ou trabalho remunerado, aluguel de imóvel, aplicações financeiras é:
□ menos de 1 salário mínimo □ 1 salário □ 1 a 3 salários □ 3 a 7 salário
□ 7 a 10 salários □ mais de 10 salários mínimos

▪ **ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

Assinale os quadrados com um **X** e preencha os espaços traçados de acordo com a atual situação:

. Os pais vivem: □ juntos □ separados □ são divorciados
. Falecidos: □ pai □ mãe
. Atualmente tenho: □ padrasto □ madrasta
. Caso sejas filho de pais separados e/ou viúvo quando ocorreu o fato estavas com idade de _____ anos e, foi criado pela(o) _____ (tia, avó, etc.)
. Tenho (nº) _____ irmãos, com idades (anos) _____, _____, _____, _____, _____, _____, sou o ____º (1º, 2º, 3º, ...) filho
. Tens conhecimento de ser filho adotado: □ sim □ não
. Reside atualmente com: □ os pais e irmãos □ só a mãe □ só o pai □ parentes
□ amigo(s) □ namorado(a) □ sozinho

IV - ESTILO DE VIDA DA FAMÍLIA

▪ **Valores, Atitudes e Hábitos dos Pais**

Assinale nos quadrados a letra **P** (pai) e/ou **M** (mãe) e preencha os espaços traçados de acordo com a situação passada e atual estilo de vida:

• Meus pais tem hábitos de freqüentar locais e de realizar e praticar e as seguintes atividades:

□□ exercício/ginástica	□□ praticar esporte
□□ passeios, viagens (praia, serra)	□□ cultivo de plantas
□□ criação de animais, pássaro	□□ ouvir música
□□ assistir TV, vídeo	□□ leitura, livros, jornal, revista
□□ ir ao cinema	□□ ir ao teatro
□□ ir ao shopping	□□ jogar carta
□□ comemorar aniversário	□□ comemorar Natal, ano novo
□□ reunir amigos e vizinhos	□□ reunir-se só com familiares, parentes
□□ clube social	□□ associação comunitária
□□ igreja, religião	

. Por quais motivos teus pais não têm hábitos de realizar, praticar e freqüentar locais:
□□ gostam □□ não gostam □□ não tem tempo □□ não tem dinheiro
□□ não tem saúde □□ outro _____

. Destas atividades assinales no quadrados com a letra **X** qual a tua posição, atitude:
□ participo com os pais porque convidam □ não convidam a participar
□ gosto de participar □ não gosto de participar
□ não tenho tempo □ participo porque me obrigam
. Dentre os hábitos de teus pais assinalados anteriormente, a freqüência é:
□□ diária □□ 3 vezes/semana □□ fins de semana
□□ 1 vez/mês □□ 1 vez/ano □□ só férias

. Qual é a crença/religião que teu pai e mãe acreditam e praticam? _____
_____

. Como teus pais utilizam o tempo livre/ócio durante as férias, final de semana, ou dias de semana. Escreva brevemente _____
_____

. Tu consideras que teus pais têm hábitos sadios de ingestão alimentar e de bebidas? Justifique brevemente _____
_____

▪ **HÁBITOS DE USO E ABUSO DE DROGAS PELOS PAIS**

Assinale nos quadrados com a letra **P** (pai) e/ou **M** (mãe) e preencha os espaços traçados de acordo com a situação passada e atual estilo de vida:

• **Drogas Oficiais/Lícitas**

- Tabaco/Fumo

.Tipo: □□ cigarro □□ cigarrete □□ charuto □□ cachimbo

. Freqüência: □□ fuma diariamente □□ fuma ocasionalmente
□□ ex-fumante □□ nunca fumou

. Quantidade: □□ menos de 5 cigarros □□ fumas 5 a 9 □□ 10 a 20
□□ mais de 21 cigarros

- Álcool

. Bebidas fermentadas e destiladas ingestão:

. Tipo: □□ cerveja □□ vinho □□ licores □□ whisky □□ vodka/rum/gim
□□ cachaça/pinga/aguardente □□ vermute/aperitivos □□ champanha
□□ combinados/coquetel

. Freqüência: □□ bebe diariamente □□ 2 a 3 dias/semana □□ só fins de semana
□□ só festas □□ nunca

. Quantidade: □□ 1 copo/taça □□ 2 a 3 copos □□ ½ garrafa
□□ 1 garrafa/litro □□ mais de 2 garrafas/litros

. Porque motivo teu pai ou mãe tomam algum tipo de bebida alcoólica? Indique até três motivos dessa atitude. _____
_____

- Medicamentos/Fármacos

. Qual destes medicamentos são consumidos **com** receita médica e quais **sem** prescrição médica ("auto medicação"):

Com receita médica	**Sem prescrição médica (auto medicação)**
□□ tranqüilizantes: ansiedade, depressão	□□ tranqüilizantes: ansiedade, depressão
□□ hipnóticos para dormir	□□ hipnóticos para dormir
□□ barbitúricos (convulsão)	□□ barbitúricos (convulsão)
□□ anfetaminas, moderador de apetite, (emagrecer)	□□ anfetaminas, moderador de apetite, (emagrecer)
□□ cafeína, estimulantes	□□ cafeína, estimulantes
□□ analgésicos para dor	□□ analgésicos para dor
□□ laxantes	□□ laxantes
□□ minerais (ferro, cálcio, etc.)	□□ minerais (ferro, cálcio, etc.)
□□ vitaminas	□□ vitaminas
□□ xaropes	□□ xaropes

• **Drogas/Tóxicos "Ilícitas"**

. Caso tu saibas ou desconfia que teus pais já consumiram ou consomem com certa freqüência algumas destas drogas indique nos quadrados com a letra **P** (pai) e **M** (mãe)

□□ sim □□ não

□□ canabis/maconha □□ cocaína □□ heroína

□□ LSD □□ multidrogas □□ morfina

. Via de consumo:

□□ fumada □□ injetada □□ inalada/aspirada

□□ uso diário □□ só final de semana □□ uso ultimas 30 dias

□□ uso uma vez na vida

. Caso tu assinalastes que o pai e/ou mãe consomem algum tipo de droga, qual deles (ele ou ela) já fizeram ou estão fazendo tratamento específico para drogadependência (deixar de fumar, beber, auto medicação, drogas/tóxicos). Descreva o que sabes. _____

_____

_____

▪ **ATITUDES DOS PAIS**

Assinale nos quadrados com a letra **P** (pai) e/ou **M** (mãe) o que mais se aproxima com a forma deles pensar e agir:

. Qual o nível de **informações**/conhecimentos que teus pais tem sobre as drogas (Lícitas e ilícitas) para poderem orientá-lo?

. Creio que:

□□ excelente/ muitíssima informação □□ muita

□□ suficiente □□ insuficiente □□ nada

. Qual o nível de **interesse** que teus pais têm demonstrado em buscar conhecimentos/orientações sobre as distintas drogas (legais e ilegais) em relação aos efeitos e ou danos fisico-orgânico e psicológico e dos fatores conducentes a dependência e problemas sociais.

. Creio que:

□□ muitíssimo interesse □□ muito □□ algum

□□ pouco □□ nenhum

. Qual a **intensidade** que o tema drogas é discutido/dialogado sem tabus no ambiente familiar por teus pais visando orientar e prevenir o uso e abuso pelos filhos.

. Creio que:

□□ muitíssimo diálogo □□ muito □□ algum

□□ às vezes/ esporádico □□ nunca

. Qual destas **fontes de informações** e/ou **serviços** teus pais buscam conhecimentos sobre as distintas drogas para poder te orientar e evitar a drogadependência.

. Creio que:

□□ revistas □□ livros □□ jornal

□□ rádio □□ televisão □□ cursos comunidade

□□ igreja □□ escola □□ palestra de especialista

□□ grupos auto-ajuda de familiares □□ posto de saúde □□ hospital

□□ cruz vermelha

□□ ambulatório especializado em tratamento de drogas

. Quais foram as **reações** e/ou **comportamento** que teus pais manifestaram ao descobrirem pela primeira vez que já provastes ou teus irmãos estão consumindo algum tipo de droga.

□□ indignação, raiva
□□ agressão física
□□ interrogatório
□□ ameaça denúncia a polícia
□□ culpados
□□ indiferentes
□□ estão preocupados, compreensivos
□□ castigo, punição, corte de dinheiro
□□ dar conselhos
□□ expulso de casa
□□ procuraram serviço especializado
□□ sentem-se impotentes, fracos

. Quando tu manifestas algum tipo de problema físico, emocional e de comportamento, que reações e atitudes demonstram teus pais.

□□ muito preocupados
□□ indiferença
□□ sentem-se culpados
□□ buscam auxílio médico, psicólogo, etc.
□□ angustiados, nervosos, descontrolados
□□ inseguros, não sabem tomar decisões

. Percebes que teus pais acreditam que a família deve participar dos programas de prevenção ao uso e abuso de drogas desenvolvidos pela escola.

□□ sim
□□ não

. Teus pais, no último ano, tem comparecido e participado das reuniões realizadas pela escola para tratar problemas referentes:

□□ melhoria da qualidade de ensino
□□ melhoria condições físicas da escola
□□ segurança
□□ delinqüência juvenil
□□ consumo de drogas pelos alunos
□□ somente interesse pelos meu estudo
□□ participação da família nos programas de saúde escolar

. Como são as relações que teus pais mantém com a escola

□□ excelente □□ boas □□ regular □□ mal □□ péssima □□ nenhuma
□□ procuram espontaneamente
□□ muito interesse
□□ apoiam a direção e professores
□□ atendem convocações
□□ desinteresse
□□ não apoiam a direção e professores

V - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL DO ADOLESCENTE

▪ RELAÇÕES AFETIVAS E DE AMIZADE COM A FAMÍLIA

• Com os Pais

Assinale nos quadrados com a letra **P** (pai) e/ou **M** (mãe).

. Como te relacionas com teus pais:

□□ excelente □□ bom □□ regular □□ mal □□ péssimo

. Assinale as alternativas que justificam o teu relacionamento com teus pais:

□□ confiança e amizade □□ respeito e autoridade □□ liberal e afetivo
□□ insegurança, medo □□ insatisfação, indiferença □□ desconfiança
□□ demonstram me amar □□ outro Qual: _____

. Assinale as alternativas que justificam teu descontentamento com as atitudes dos teus pais:
□□ agressões e maltrato físico
□□ humilhação
□□ não demonstram me amar
□□ vítima de abuso sexual
□□ vergonha pela ignorância cultural
□□ não confiam nem me valorizam
□□ vergonha pela aparência física

. Descreva brevemente o que representam teus pais da tua vida: _____

• Com os Irmãos

Assinale nos quadrados com a letra **M** (mulher) e/ou **H** (homem) segundo tua percepção.

. Como te relacionas com teus irmãos(ãs):
□□ excelente □□ bom □□ regular □□ mal □□ péssimo

. Assinale as alternativas que justificam teu relacionamento com teus irmãos(ãs):
□□ lealdade, confiança, amizade
□□ gostaria ser parecido fisicamente
□□ tem estabilidade emocional
□□ tenho ciúmes
□□ me amam
□□ não posso confiar os segredos
□□ são inteligentes e criativos
□□ são alegres
□□ é inseguro, nervoso
□□ muito responsável
□□ auxilia na resolução de problemas

. Assinale as alternativas que justificam teu descontentamento com as atitudes dos teus irmãos(ãs):
□□ irresponsável
□□ mentiroso, desleal
□□ não guarda segredos
□□ preguiçoso
□□ egoísta
□□ usa drogas
□□ sou excluído
□□ faz fofocas
□□ falta de higiene
□□ é ciumento
□□ não respeita minha privacidade
□□ boas maneiras

. Entre os teus irmãos(ãs), com qual deles(as) mantém relacionamento afetivo e companheiro. Descreva brevemente o que levou a escolher esse irmão(ã): _____
_____
_____

. Caso saibas ser filho adotado, expresse brevemente teus sentimentos em relação a si próprio e em relação aos teus irmãos: _____
_____
_____

▪ RELAÇÕES AFETIVAS E DE AMIZADE COM COLEGAS DA ESCOLA

Assinale nos quadrados com a letra **X** de acordo com tuas percepções

. Como te relacionas com teus colegas de classe/turma
□ excelente □ bem □ regular □ mal □ péssimo □ indiferente

. Assinale as alternativas que justificam teu relacionamento com teus companheiros de classe:

□ amigo carismático □ alegre, comunicativo □ tímido, reservado
□ orgulhoso □ triste, deprimido □ líder
□ agressivo □ conselheiro, sabe ouvir

. Assinale as alternativas que justificam teu descontentamento com atitudes e comportamentos dos teus companheiros de classe:

□ agressivos □ preguiçosos □ uso de drogas
□ irresponsáveis □ mentirosos □ desrespeito ao professor
□ orgulhosos □ egoístas □ humilham os pobres

. Assinale qual tua situação em relação teus companheiros de classe

□ tenho muitos colegas □ tenho muitos amigos
□ tenho poucos amigos, porém íntimos □ não tenho amigos

. Os teus amigos(as) tem a tua idade? Caso sejam bem mais jovens e ou mais velhos justifique brevemente porque da escolha/preferência:_____

▪ **RELAÇÕES AFETIVAS E AMIZADES COM PROFESSORES E DIREÇÃO DA ESCOLA**

Assinale nos quadrados com a letra **X** de acordo com tua percepção.

. Como avalias que é teu relacionamento com teus professores:

□ excelente □ bom □ regular □ mal □ péssimo
□ com respeito □ indiferente

. Assinale as alternativas que justificam teu relacionamento com teus professores:

□ disciplinado □ estudioso □ afetivo
□ agressivo □ preguiçoso □ apático, desligado
□ criativo □ derrotista, deprimido □ indisciplinado

. Assinale as alternativas que justificam teu descontentamento com as atitudes dos teus professores:

□ não aceita sugestões □ distante, indiferente □ nada afetivo, rigidez
□ mau humor, agressivo □ desinteresse pela turma □ desatualizado
□ nada criativo □ inseguro, não toma □ pouca cultura
□ desconfiado decisões □ prepotente, orgulhoso

. Assinale as alternativas que expressam tua satisfação com atitudes e valores de teus professores:

□ estimula criatividade □ comunicativo, afetivo □ dominam a área de
□ honestidade, caráter □ não exclui/descrimina conhecimento
□ contribui na formação quem usa drogas □ auxilia na definição
de consciência crítica □ auxilia dificuldades vocacional
□ alegre, sorridente, descontraído pessoal e escolar □ auto confiança

VI - ESTILO DE VIDA DO ADOLESCENTE ESCOLAR - VALORES, ATITUDES E HÁBITOS

Assinale nos quadrados com a letra X de acordo com o teu passado e atual estilo de vida:.

Quais destas atividades tu tens hábito de praticar, realizar e freqüentar durante teu tempo livre/ócio (o que não dedicas a estudar, trabalhar, etc.) e qual sua freqüência:

■ **1 - VALORES, ATITUDES, HÁBITOS E FREQÜÊNCIA DAS ATIVIDADES**

	Diária	Semana l , 2 a 3 vezes	Final de semana	1 vez por mês	1-5 vezes por ano	Férias	Nunca
- Exercício, ginástica	□	□	□	□	□	□	□
- Praticar esportes (ciclismo, atletismo, etc)	□	□	□	□	□	□	□
- Praticar jogos (sinuca, xadrez, cartas, etc)	□	□	□	□	□	□	□
- Ler (jornal, revista, livros, etc.)	□	□	□	□	□	□	□
- Assistir televisão, filme vídeo, etc.	□	□	□	□	□	□	□
- Escutar música	□	□	□	□	□	□	□
- Ir ao cinema	□	□	□	□	□	□	□
- Ir ao teatro	□	□	□	□	□	□	□
- Ir a shows	□	□	□	□	□	□	□
- Ir ao shopping	□	□	□	□	□	□	□
- Ir a clube social	□	□	□	□	□	□	□
- Ir a discotecas, bares	□	□	□	□	□	□	□
- Ir a Associação Comunitária, bairro	□	□	□	□	□	□	□
- Ir a Igreja/prática culto, religião	□	□	□	□	□	□	□
- Ir excursões, acampar com amigos	□	□	□	□	□	□	□
- Viajar férias (praia, campo, serra)c/ a família	□	□	□	□	□	□	□
- Reunir-se com família, parentes em casa	□	□	□	□	□	□	□
- Reunir-se com amigos em casa	□	□	□	□	□	□	□
- Comemorar datas festivas (aniversário, natal, ano novo, etc.) com família	□	□	□	□	□	□	□
- Estar só sair para rua	□	□	□	□	□	□	□
- Conversar com amigos na rua	□	□	□	□	□	□	□
- Cultivo de plantas	□	□	□	□	□	□	□
- Tocar instrumento musical, participar de banda ou grupo musical	□	□	□	□	□	□	□
- Escrever poesias / desenhar	□	□	□	□	□	□	□
- Ajudar nas tarefas domésticas e de família	□	□	□	□	□	□	□

. Qual das atividades assinaladas acima tu gostas e/ou mais te atrai? Liste dez na ordem de preferência: _____
_____
_____

. Caso praticas ou tem alguma crença, religião, seita, qual é?_____
_____

. O que acreditas encontrar na religião, crença para tua vida pessoal? _____
_____

. Que tempo (horas) dedicas ao dia na prática das seguintes atividades:

	Menos de 1 hora	**De 1 a 3 horas**	**Mais de 3 horas**
- Ver televisão, vídeo	□	□	□
- Ouvir música	□	□	□
- Praticar/estudar música	□	□	□
- Praticar esportes	□	□	□
- Praticar jogos	□	□	□
- Ler (jornal, livros)	□	□	□
- Estudar, fazer deveres	□	□	□
- Estar na rua	□	□	□
- Desenhar, pintar, escrever	□	□	□

▪ 2 - HÁBITOS DE USO E ABUSO DE DROGAS PELO ADOLESCENTE ESCOLAR

As questões abaixo sobre **Tabaco, Álcool, Medicamentos** e outras **Drogas/Tóxicos** deverás responder o que se ajuste, expresse sobre tua experiência inicial, o consumo, os motivos de provar e ou consumir/abusar, as atitudes, as opiniões e o nível de informações/conhecimentos que tu tens sobre as drogas ("oficiais/lícitas e ilícitas").

Assinale no quadrados com a letra **X** e preencha os espaços traçados conforme o solicitado sobre teu passado e atual estilo de vida.

• Tabaco/Fumo

. Como é o teu hábito de fumar, qual o tipo, a freqüência e quantidade de tabaco consumida?
. Fumas atualmente: □ sim □ não
. Tipo: □ cigarro □ cigarrilha □ charuto □ outro? Qual _____
. Freqüência: □ fuma todos os dias □ fuma ocasionalmente □ ex-fumante
□ nunca fumou
. Quantidade: □ menos de 5 cigarros □ entre 5 a 9 □ entre 10 a 20 cigarros
□ mais de vinte cigarros

. Quando fumaste o primeiro cigarro estavas com idade _____ anos.
□ Não recordo.
. Local/lugar que fumou pela 1ª vez: □ em casa □ no bar/café □ na discoteca
□ na casa de amigos □ no colégio/escola
□ na rua □ outro local, indique _____

. Estavas na companhia de quem? □ só □ com familiar (irmão, primo, etc.)
□ com um amigo □ com grupo amigos
□ com namorado(a) □ outras pessoas qual _____
. Quais tipos de emoção e sentimento tu sentistes ao fumar pela 1ª vez?_____
_____

• **Álcool**

. Qual das bebidas alcoólicas tens o hábito de consumires, que tipo, a freqüência e quantidade.

Assinale nos quadrados com a letra **X** e preencha os espaços traçados, sobre o teu passado e atual estilo de vida:

. Bebes álcool: □ sim □ não □ já bebeu

. Tipo de bebidas e freqüência de ingestão (tomas/bebe):

	Todos os dias	**Semana 2 a 3 vezes**	**Só final de semana**	**Só festas**	**1 vez na vida**	**nunca bebi**
Cerveja	□	□	□	□	□	□
Vinho	□	□	□	□	□	□
Licores	□	□	□	□	□	□
Whisky, Conhaque	□	□	□	□	□	□
Vodka, Rum, Gim	□	□	□	□	□	□
Vermute	□	□	□	□	□	□
Champanha	□	□	□	□	□	□
Cachaça, aguardente, pinga	□	□	□	□	□	□
Combinado/coquetel	□	□	□	□	□	□
Álcool de farmácia	□	□	□	□	□	□

. Outra bebida especifique Qual? _____

. Qual a quantidade de bebida alcoólica que consomes semanalmente:
□ 1 copo/taça □ 2 a 3 copos □ ½ garrafa □ 1 garrafa/litro
□ mais 2 garrafas/litro □ outra Qual? __ _____

. Quantas vezes aproximadamente tu ficastes alcoolizado, "porre, pileque"?
□ nunca □ uma vez □ entre duas a seis vezes □ mais seis vezes
□ já perdi a conta
.
. Quando consumistes bebida alcoólica pela primeira vez tinha a idade _____ anos.
□ Não recordo

. Local/lugar que bebestes a 1ª vez: □ em casa □ nos bares/cafeteria
□ em festas e reuniões □ em casa de amigos
□ no colégio/escola □ na rua
□ outro local? Identifique _____

. Qual o lugar atualmente que podes beber tranqüilo? _____

. Ao consumir bebida pela 1ª vez estavas na companhia de quem?
□ só □ com familiar □ com namorado(a) □ com um amigo/a □ com grupo de amigos(as)
□ com desconhecidos(as)

. Atualmente bebes em companhia de quem? _____

. Que tipo de sensações sentistes na primeira vez que bebestes? _____
_____

• Medicamentos/Fármacos

. Qual dos Remédios de Farmácia tinhas ou tens o hábito de consumir com **receita médica** e aqueles sem **prescrição médica (**auto-medicação):

. Assinale nos quadrados com a letra **RM** (receita médica) e ou as letras **AU** (auto medicação) sobre o teu passado e atual estilo de vida.
□ Remédios para dormir □ anfetaminas (estimulantes)
□ cafeína, estimulante do SNC □ moderadores de apetite, p/ emagrecer
□ barbitúricos ou anticonvulsivos □ estimulante apetite
□ laxantes □ opiáceos: elixir paregórico
□ minerais □ calmantes para ansiedade □ xaropes □ vitaminas
□ depressão, hipnóticos □ analgésicos para dor (aspirina, etc.)
□ antiespasmódico □ antiasmático

. Escreva o nome do remédio que tomou **com receita médica** de 1 ano para cá e, usou nos últimos 30 dias: _____

. Escreva o nome do remédio que tomou **sem receita médica** de 1 ano para cá, e nos últimos 30 dias: _____

. Quando tens algum tipo de problema físico ou emocional tens o hábito de tomar remédios? Escreva qual o nome comercial e porque?_____
_____

. Quando usou remédios para □ ficar acordado, □ para ter prazer, □ divertir-se, □ escapar dos problemas pessoais, □ aumentar a concentração, □ o raciocínio, □ para emagrecer, □ para aumentar capacidade de resistência e pique no esporte, **sem receita médica** pela primeira vez tinhas a idade de _____ anos.
□ Não recordo □ nunca usei estes remédios

Assinale nos quadrados com a letra **X** e passe um traço abaixo do nome do remédio, de acordo com a tua situação:

. Com que freqüência tomou dos seguintes remédios **sem receita médica**

- **Remédios e Freqüência de Uso na Vida**

Tipo de medicamentos/ remédios	**Uso diário**	**Uso 2 a 5 dias semana**	**Uso só fim de semana**	**Uso ult. 30 dias**	**Uso 1 ano para cá**	**Só 1 vez na vida**	**Nunca usei**
. Anorexígenos (anfetaminas) "moderador de apetite": Asten, Dasten, Desobesi, Hipofagin, Inibex, Lipomax, Moderamin, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Orexígenos "estimulante de apetite": Periatin, Periavit, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Anfetaminas: Dexidrina, Dexosin, Dexamil, Pervitin, Ritalina, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Etilaminofenil: Reativan, Glucoenergan, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Anticolinérgico: Asmosterona (Antiasmático)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Anticolinergicos: Akineton, Antiparkinsonianos, Artane, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Teofilina (antiasmático)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Opióides: Lomotil, Colestase, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Opiáceos: Elixir paregórico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Antiespasmódico: Bentil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Xaropes para tosse: Setux, Belacodid, Eritrox, Gotas Binelli, Nantrux, Silentos, Tylex, Tussiflex, Panbenyl, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Tranqüilizantes, calmantes: Diazepan, Diempax, Lexotan, Librium, Lorax, Somalium, Valium, Prosac, Tonopan, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Analgésico, anestésico, calmante: Algafan, Doloxene-A, Optalidon, Antagon, Sossegon, Previum, Demerol, Dolantina, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Outros analgésicos: Aspirina, Novalgina,Dorico, Neosaldina, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
. Antihistamínicos: (alergia) Ormigren, Polaremine, Sinustab, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

• Drogas/Tóxicos

. Qual dos diferentes tipos de **drogas/tóxicos** você já experimentou, usou e/ou tens o hábito de consumir (é usuário) ou já cheirou algum produto para sentir algum "barato". Qual a freqüência, número de vezes, a forma ou via de consumo (aspirada/inalada, ingestão Via Oral, injeção (Intra Muscular ou Intra Venoso), e a idade que usou pela primeira vez.

Assinale nos quadrados, com a letra **X**, e preencha nos espaços traçados a via de consumo com as letras **Asp., Inal., VO, IM, IV**; e idade em anos, sobre o teu passado e o/ou atual estilo de vida:

• Freqüência e Forma/Via de Uso de Drogas na Vida

Tipo de Droga	Uso diário	Semanal 2 a 5 dias	últimos 30 dias	de um ano para cá	só uma vez na vida	nunca usei	via	idade /anos 1ª vez
. Cannabis:								
- Maconha	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Haxixe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- THC	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
. Cocaína:								
- Cocaína pó	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Pasta de cocaína	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Crack	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
. Opiáceos:								
- Morfina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Ópio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Heroína	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
. Alucinógenos								
- LSD-25 (ácido)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Chá de cogumelo, DMT (Psilocibina)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Cactos peiote-mescalina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Ecstasy/Êxtase (MDMA)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Daime-chá	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Datura - chá de lírio, saia branca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Outras plantas: Alucinógenos.								
- Dama da noite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Cartucho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Trombeta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Véu de noiva	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
. Inalantes, Solventes:								
- Colas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Acetona	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Benzina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Esmalte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Tintas (tiner)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Gasolina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Fluído de isqueiro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Corretivos líquidos (errox-ex)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Inalantes aerossóis:								
- Éter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- Clorofôrmio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- "Lança perfume"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____
- "Loló"/cheirinho	☐	☐	☐	☐	☐	☐	____	____

. Qual o local/lugar que consumiu, usou e/ou cheirou drogas pela 1ª vez?
□ Em casa □ No bar/cafeteria □ Em festa/reuniões
□ Em casa de amigos □ No colégio/escola
□ Na rua □ Outro lugar? Indique: _____

. Que pessoa te ofereceu droga pela primeira vez? _____

. Qual o local/lugar que atualmente podes usar drogas tranqüilamente: _____

. Ao consumir droga pela primeira vez, estavas na companhia de que pessoa?
□ Só □ com familiar (irmãos/primos(as)) □com um amigo(a)
□com grupo de amigos(as) □ Com namorado(a) □ Com desconhecido(a)
□ outro. Quem? _____

. Atualmente usas/consumes drogas na companhia de quem? _____

. Qual os lugares e/ou espaços que podes facilmente conseguir/comprar os diferentes tipos de drogas? Indique: _____
_____

. Qual destes tipos de consumidores você se considera:
□ experimentador □ usuário ocasional □ usuário regular □dependente

. Você, além de consumir drogas, também passou a vendê-la, fazendo tráfico em pequena e média escala? □ Sim □ Não.
E a quanto tempo fazes isso? _____

▪ VII MOTIVAÇÕES AO USO E ABUSO DE DROGAS PELO ADOLESCENTE ESCOLAR

. Qual os motivos e/ou razões que te levaram a procura, o uso e/ou consumo dos diferentes tipos de drogas.

Assinale nos quadrados com a letra **X** os motivos que te levaram ou levam ao consumo:

Motivações e Tipos de Drogas

MOTIVAÇÕES	**Tabaco** (cigarro/ fumo)	**Álcool** (bebida)	**Remédio**/ Medica-mentos	**Drogas**/ tóxicos
a) Motivações Sociais:				
. Para escapar de problemas pessoais	☐	☐	☐	☐
. Para enfrentar as dificuldades da vida diária	☐	☐	☐	☐
. Para esquecer os problemas de família	☐	☐	☐	☐
. Por problema econômico, não ter dinheiro	☐	☐	☐	☐
. Por não ter trabalho, estar desempregado	☐	☐	☐	☐
. Para facilitar a comunicação com pessoas	☐	☐	☐	☐
. Para obter sucesso no trabalho, esporte, no namoro, entre amigos	☐	☐	☐	☐
. Por ser algo proibido	☐	☐	☐	☐
. Para ser aceito e não ser diferente dos amigos	☐	☐	☐	☐
. Para encontrar novo estilo de vida	☐	☐	☐	☐
. Para sentir-se livre	☐	☐	☐	☐
. Para passar o tempo	☐	☐	☐	☐
. Para fazer o que todos fazem	☐	☐	☐	☐
b) Motivações experimentais				
. Para ter prazer, divertir-me	☐	☐	☐	☐
. Por curiosidade	☐	☐	☐	☐
. Por nenhum motivo especial	☐	☐	☐	☐
c) Motivações Sintomatológicas				
. Para acalmar o nervosismo	☐	☐	☐	☐
. Para vencer o cansaço	☐	☐	☐	☐
. Para dormir melhor	☐	☐	☐	☐
. Para emagrecer	☐	☐	☐	☐
. Para ter melhor apetite alimentar	☐	☐	☐	☐
. Para ter melhor desempenho sexual	☐	☐	☐	☐
d) Motivações psicognitivas				
. Para vencer a timidez	☐	☐	☐	☐
. Para vencer a indecisão	☐	☐	☐	☐
. Para sentir-se seguro, forte	☐	☐	☐	☐
. Para não ficar angustiado	☐	☐	☐	☐
. Para não ter depressão, tristeza	☐	☐	☐	☐
. Para não ter medos	☐	☐	☐	☐
. Para vencer a frustração	☐	☐	☐	☐
. Para melhorar a concentração, assimilação, organizar pensamento, capacidade de síntese	☐	☐	☐	☐
. Para aumentar desempenho na escola, no esporte, ser competitivo	☐	☐	☐	☐
.Para ser uma pessoa criativa	☐	☐	☐	☐
.Para ter auto confiança, tomar as próprias decisões	☐	☐	☐	☐

▪ VIII GRAU DE CONHECIMENTOS, SOBRE AS DROGAS QUE POSSUI O ADOLESCENTE ESCOLAR

Assinale nos quadrados com a letra **X** abaixo das afirmações **V** (verdadeiro) ou **F** (falso) e **?** não sei; de acordo com que acreditas e o teu nível de informação:

Conhecimentos/Informações sobre Drogas	Afirmações		
	V	**F**	**?**
01. O tabaco/fumo atua diretamente sobre o cérebro, a nicotina é um estimulante do SNC			
02. O álcool etílico não é um estimulante, e sim um depressor do SNC			
03. O LSD-25 e "Ácido" são nomes de drogas alucinógenas diferentes			
04. A cocaína produz só dependência psicológica			
05. O alcatrão da maconha é mais cancerígeno que o do tabaco/cigarro			
06. A heroína é um derivado do ópio mais potente que a morfina e responsável pelo aumento de crimes.			
07. Os barbitúricos não produzem dependência			
08. Os calmantes para dormir ajudam a diminuir a ansiedade e a agitação			
09. O consumo de estimulantes/anfetaminas aumenta a capacidade intelectual			
10. Os remédios "anorexigenos"/para perda de peso, diminuir o apetite, ficar mais acordado e resistir ao cansaço criam dependência por conterem anfetaminas			
11. O chá de cogumelo "Psilocibes" é um alucinógeno que apresenta efeitos comportamentais semelhantes aos do LSD "Ácido Lisérgico"			
12. Os chás de Daime, de Lírio e Dama da Noite são preparados de plantas que têm substâncias alucinógenas e as pessoas usam para ter "miração" e sentir "barato"			
13. Os inalantes como "lança-perfume", "cheirinho da loló", colas, acetona, tiner, líquido corretivo errox-ex, usados por meninos de rua e experimentados por alguns estudantes de 1º e 2º graus no Brasil produzem dependência			
14. O usuário de inalantes, com o uso crônico podem ter lesão no fígado, rins, pulmão, coração e tornar-se agressivo e praticar atos anti-sociais			
15. O café e o chá não são considerados drogas.			
16. O consumo moderado de álcool, tabaco/fumo não prejudica a saúde			
17. O consumo de álcool aumenta a capacidade sexual			
18. O consumo de drogas favorecem as relações sociais, ajuda a ter amigos, namorar, etc.			
19. Os efeitos do uso crônico da maconha diminuem os níveis de hormônios reprodutivos no homem e na mulher adolescentes e levam a esterilidade			
20. A SIDA (AIDS), doença causa pelos vírus HIV está se tornando epidemia entre os adolescentes que consomem drogas injetável (compartilha de seringas)			

■ IX TURBILHÃO DE IDÉIAS (TI) OU "BRAINSTORMING"

LIBERDADE DE EXPRESSÃO DO ADOLESCENTE ESCOLAR SOBRE O TEMA DROGAS DE USO LÍCITO E ILÍCITO.

FLUIDEZ DE* PENSAMENTOS*, IMAGINAÇÃO, VISUALIZAÇÃO DE CENAS, SENTIMENTOS, MITOS E CRENÇAS E CURIOSIDADES

1. Quando pensas sobre drogas descreve tudo o que passa por tua cabeça: pensamentos, idéias, imaginação?_____
_____
_____

2. Pense e descreva, brevemente, todos os aspectos positivos das drogas: Acredito que:
_____
_____
_____
_____

3. Pense e descreva, brevemente, todos os aspectos negativos das drogas: Acredito que:
_____
_____
_____

4. O que gostarias de saber sobre as drogas "oficiais/lícitas": tabaco, fumo, álcool, medicamentos? _____
_____
_____

5. O que gostarias de saber sobre as drogas/tóxicas "ilícitas": cocaína, maconha, crack, etc.?
_____
_____
_____

▪ OPINIÃO DO ADOLESCENTE ESCOLAR SOBRE A PREVENÇÃO DO USO E ABUSO DE DROGAS:

6. Sugira o que deveria ser feito pelos pais para prevenção ao uso e abuso de drogas:_____
_____
_____

7. O que acreditas que deveria ser feito na tua escola (classe/sala de aula) pelo professor, para prevenção ao uso e abuso de drogas entre os jovens/adolescentes. Sugira:
_____
_____
_____

8. O que acreditas que deveriam os adolescentes fazer entre si, na escola, para prevenir ao uso e abuso das drogas:_____

_____
_____

9. O que acreditas que deveriam fazer os adolescentes para prevenir o uso e abuso das drogas entre os grupos pares (iguais) de jovens e amigos: _____
_____
_____

10. Por que motivos alguns jovens rejeitam a droga, mesmo com a pressão dos amigos e dos grupos de iguais/pares? Escreva brevemente: _____
_____
_____
_____

■ X AUTOCONCEITO E EXPRESSÃO DE QUALIDADES CRIATIVAS DO ADOLESCENTE ESCOLAR

- **Assinale nos quadrados com a letra "x"**

. Você se considera uma pessoa imaginativa/criativa? □ Sim □ Não
. Em quais dessas qualidades criativas possui:
□ música □ desenho □ pintura □ escrever poesias/textos
□ decoração □ culinária □ escultura □ desenho gráfico
□ tricô/crochê/bordado □ estilista de moda □ outros Especifique: _____
_____