

Da Estratégia Militar à Investigação Estratégica. Álcool e Drogas em Meio Laboral e Militar (1993-2003).

Mestre
Paulo Vitória



Capitão-de-fragata Médico Psiquiatra
Nelson Santos



Professora
Leonor Rossi



Dra.
Carina Quaresma



Sargento-ajudante
Jorge Ribeiro Pires



Capitão-de-mar-e-guerra Médico
Orlindo Gouveia Pereira



Introdução

A propósito de um projecto de investigação português e europeu (1993-2003) sobre álcool e drogas no local de trabalho, este artigo pretende mostrar o interesse da *investigação estratégica* no estudo de questões que, habitualmente, são objecto de pesquisa *básica* ou *aplicada*.

O propósito é avaliar e incrementar a capacidade do meio laboral para lidar e superar o abuso de substâncias e psicoactivas no seu seio. Mais especificamente, procura avaliar a prontidão para agir dos protagonistas decisivos (os que tomam decisões e as podem por em prática) no meio laboral português, entre 1993 e 2003.

Originalmente concebido para os 12 países que, então, constituíam a Comunidade Económica Europeia é, dez anos depois, dirigido apenas a Portugal.

O método adoptado foi a ***investigação estratégica*** (Daniel, W. W, 1993), dado que o objectivo era avaliar e reforçar a “prontidão para a acção” dos agentes com real poder de decisão, no meio laboral. A investigação estratégica por homologia com as operações militares, procura determinar os factores que são favoráveis e desfavoráveis à condução das operações - que, aqui, também, de um combate se trata - em detrimento da mais estática (e mais comum), avaliação da situação.

O local de trabalho é heterogéneo e dinâmico e sofre mudanças tal como a sociedade, as instituições e indivíduos. Daí que a investigação estratégica responda melhor que as investigações aplicada e básica.

A **investigação estratégica** avalia os problemas-chave que apresentam probabilidades de emergir num futuro a médio prazo e para os quais a investigação pode dar uma contribuição: A população alvo preferencial são os políticos e indivíduos que trabalham no terreno para quem a elaboração das questões (e tomadas de decisão) sobre resultados são relevantes.

A **investigação básica**, praticada fundamentalmente por docentes universitários e investigadores creditados, visa dar contribuições significativas para o avanço do conhecimento. Tendencialmente é descontextualizada, usa fundos públicos e publica-se em revistas que seleccionam, através de peritos-árbitros, a qualidade do seu conteúdo. Vive no mundo das teorias e o que faz é pô-las em causa avaliando como as suas previsões concretas suportam a prova da realidade.

A **investigação aplicada** é, geralmente, encomendada por clientes a investigadores especializados na área problemática, depende do mercado e acaba em relatórios. Vive no mundo concreto da gestão e da administração.

A investigação estratégica deve usar-se quando a questão configura um conflito ou mera competição, e em que há o propósito de o resolver a favor de uma das partes. Esta postura vai implicar uma combinação flexível de investigadores e de métodos determinada pelo fito do projecto.

Nos poucos anos que decorreram, após a sua definição formal, este tipo de investigação tem sido financiado por fundações, grandes grupos económicos, organizações não-governamentais e organismos internacionais. Os resultados visam sempre assistir ou influenciar decisões importantes e por isso a sua divulgação, que oscila entre livros, revistas e relatórios, tem um novo alvo explícito, os *media*.

No caso presente, a investigação estratégica, tal como é definida, parece assim preferível à investigação básica e também à aplicada, podendo-se observar no quadro seguinte alguns tópicos para comparação entre os três tipos de investigação mencionados.

Quadro 1: Comparação entre diferentes metodologias de investigação (Adaptado de Daniel, W. 1993)

| | BÁSICA | ESTRATÉGICA | APLICADA |
|----------------------------------|--|---|------------------------------------|
| PONTO DE PARTIDA | Teorias/conhecimento científico | Antecipação de problemas emergentes a médio prazo | Problemas imediatos |
| ENQUADRAMENTO DISCIPLINAR | Unidisciplinar Cientistas/Professores | Inter e multidisciplinar Investigadores, profissionais de 1ª linha, funções estratégicas | Uni e interdisciplinar Clientes |

| | | | |
|--------------------------|--|--|-----------------------------------|
| FUNDOS | Públicos | Fundações, grupos económicos independentes, instituições nac./inter., combinação de vários | Clientes |
| EXECUÇÃO | Universidades | Organizações independentes | Empresas |
| PROJEÇÃO TEMPORAL | Longo-prazo | Médio-prazo | Curto-prazo |
| MÉTODO | Inovador | Inovador/estabelecido | Estabelecido |
| ALVOS | Comunidade científica | Decisores / Líderes | Gestores e administradores |
| DISSEMINAÇÃO | Publicações científicas (livros e artigos) | Relatórios e <i>Media</i> | Relatórios |
| AVALIAÇÃO | Comunidade científica | Impacto nas decisões, utilidade, avaliação dos grupos envolvidos, mercado | Satisfação dos clientes e mercado |

Estratégia deriva do vocábulo grego **strategus** que designava o general incumbido de conduzir a guerra. Esta é a forma extrema de dirimir os conflitos entre os Estados e, por isso, o pressuposto estratégico parte, necessariamente, da existência de um inimigo. Este não pode ser encarado como estático ou constante, antes como dotado de capacidade de acção e reacção: toma iniciativas, reage às nossas, diversifica as ameaças, procura impor sempre a sua vontade. Daí que o propósito da acção estratégica seja, obter superioridade sobre ele. Para que isso possa acontecer é necessário identificar, desenvolver e utilizar os nossos recursos materiais e humanos, as competências e vantagens competitivas, individuais e colectivas. O mesmo tem de se antecipar, por igual, para o inimigo.

A estratégia implica, pois, investigação. Esta está, contudo, subordinada aos ditames dos princípios que se enunciaram. É tudo menos estática. Não se pode resumir a inventariar recursos. Cada elemento que é pesquisado não vale por si só mas pela probabilidade de êxito de se ligar à sua aplicação. Não nos interessa só o conjunto, mas muito mais o sistema.

Porque se trata de uma luta de vontades, o sistema humano tem precedência sobre o sistema material. É a prontidão para agir dos protagonistas que conta.

A identificação do inimigo é indispensável, em estratégia. Quando se considera o Estado-Nação em contraposição aos outros Estados-Nação ela é mais fácil, uma vez que o pressuposto estratégico se desenvolveu centrado nessa relação. Classicamente, o inimigo é estrangeiro mas, cada vez mais se fala de inimigos internos.

Para o Estado, no combate à droga, a “economia submersa” é o principal inimigo.

Contudo, a “pandemia” de consumo, que se verificou na segunda metade do século XX, nunca teria atingido as proporções globais que atingiu, se não houvesse em nós, todos nós, seres humanos, uma apetência “natural” para o consumo de substâncias que alteram o funcionamento cerebral e a vida mental.

Visto a partir do meio laboral o inimigo externo tem uma imagem distorcida e desfocada. Resta o inimigo interno. O que importa é o que contribui para o aumento ou diminuição da apetência natural para o consumo. Para lidar com esta dualidade é bom não esquecer que a primeira característica estrutural do meio laboral é a hierarquia. Daí resulta que entre quem trabalha há pessoas melhor ou pior situadas para lidar com ou combater o fenómeno (e, igualmente, para facilitar a sua propagação). Por um lado, quanto maior for o poder formal de um trabalhador (até ao vértice da pirâmide) maior influência ele poderá ter (para o bem e para o mal). Por outro, quanto mais próximo se está das pessoas que constituem a base da pirâmide e que são sempre as mais numerosas, mais influência pessoal pode ser exercida.

O propósito, a antiguidade, a situação económica e a dimensão da organização são relevantes. Nas pequenas empresas, em que praticamente só há dois níveis hierárquicos, lidar com o fenómeno pode ser mais fácil, mas a prontidão para agir pode ser quase nula. O meio laboral é também cortado transversalmente por outros poderes e outras influências. As mais nítidas são as organizações patronais e os sindicatos. As primeiras têm muito mais influência sobre os quadros mais altos da hierarquia. As segundas, tendencialmente, congregam a mobilização dos trabalhadores.

No início do flagelo, os países desenvolvidos começaram a apontar o dedo aos menos desenvolvidos que produzem, agricolamente, produtos dos quais se extrai droga e, que ao longo de séculos, tinham usado quase só para fins médicos. Os progressos da indústria farmacêutica levaram à síntese química e o panorama alterou-se. Passaram a ser apontados os países que produzem e usam precursores químicos. A globalização da economia, que inclui a submersa, faz de todos os outros inimigos de qualquer Estado. Porque as relações internacionais são complexas não tem sido possível combater eficazmente a expansão dos negócios ilegais e legais das drogas, das bebidas alcoólicas e do tabaco. Há também impedâncias internas ao funcionamento da justiça que facilitam a expansão.

O nó do problema

O quarto quartel do século XX confrontou os cidadãos de todo o mundo, dos mais desenvolvidos aos menos desenvolvidos, com a generalização do consumo de substâncias psicoactivas ao arrefecimento das suas aplicações médicas. No passado, desde sempre isso acontecia, mas tal consumo era ritual ou esporádico, nalguns casos, poucos, iatrogénico (seguia-se a usos médicos). Subitamente, o consumo “saiu à rua” e começou a afectar um número considerável de cidadãos a ponto de a questão se tornar de opinião pública, que se viu confrontada com o fenómeno da dependência e suas consequências degradantes para os consumidores, as famílias e a cidadania. Assiste-se ao desenvolvimento de um negócio que as restrições legais, mesmo universais, não conseguem travar. Nem os

estritos códigos disciplinares das forças armadas, nem as restrições à liberdade que se esperavam nas prisões, nem a proclamada discricionariedade dos patrões, nem a educação maternal e a orientação escolar, nem a cultura religiosa ou cívica das virtudes conseguiram sustentar a escalada. Nem mesmo a contemplação da degradação física, psicológica e moral e da morte antecipada pela doença e pelas que lhe associam, por força das modalidades de consumo e modo de vida, conseguiram inflectir a procura da morte anunciada.

Surgiram, entretanto, as interpretações e são muitas. Cada quadro de referência, científico ou ideológico, produziu a sua e o excesso foi mais prejudicial que regenerador. Houve apenas uma vantagem. A “epidemia” da droga chamou à ribalta as dependências do álcool e do tabaco. Para além das tolerâncias culturais percebeu-se que, para além da dicotomia legalidade-ilegalidade, eram ponto por ponto dependências e exigem ser contrariadas. A bem da saúde e da vida.

Em termos abstractos ao novo fenómeno pode corresponder o seguinte diagrama que particulariza a sua vertente laboral. (Fig. 1).

Para outros efeitos, poderíamos assinalar em paralelo o meio escolar e para-escolar, com etapa antecedente e onde tudo começa, e a queda na marginalidade e na rua, onde tudo acaba, se os esforços de muitos e do próprio não alcançarem a regeneração. Daremos alguma atenção ao meio militar.

A figura 1 está moldada pelas linhas da oferta e da procura que ligam dois mercados, o das substâncias e o do trabalho. Inspiramo-nos na análise económica mais simples. Se substituíssemos os nomes das substâncias por canela, pimenta, etc.... o diagrama manter-se-ia inalterado retratando o consumo de especiarias. O que torna específico o que aqui apresentamos é a noção de *doença*. É nela que reside o nó do problema. Se não houvesse uma doença, que determina quase completamente, o comportamento do consumidor, este estudo não teria cabimento, isto para não falar dos meios financeiros que nos foram atribuídos. É uma doença que sempre existiu, desde que o homem povoa o planeta Terra, mas que razões históricas peculiares ao quarto quartel do século XX e que não nos cabe aqui tentar explicar (o que não implica que não necessitem de estudo aprofundado), acabou por criar um problema social (e de saúde pública), cujo manejo se tem revelado difícil, seja qual for o nível de enfoque. É por isso mesmo, porque não se tem revelado fácil empreender as acções adequadas, que a prontidão para a agir da parte das pessoas que contam, isto é, daqueles que têm de tomar decisões e de as pôr em prática, constitui um objecto de estudo relevante.

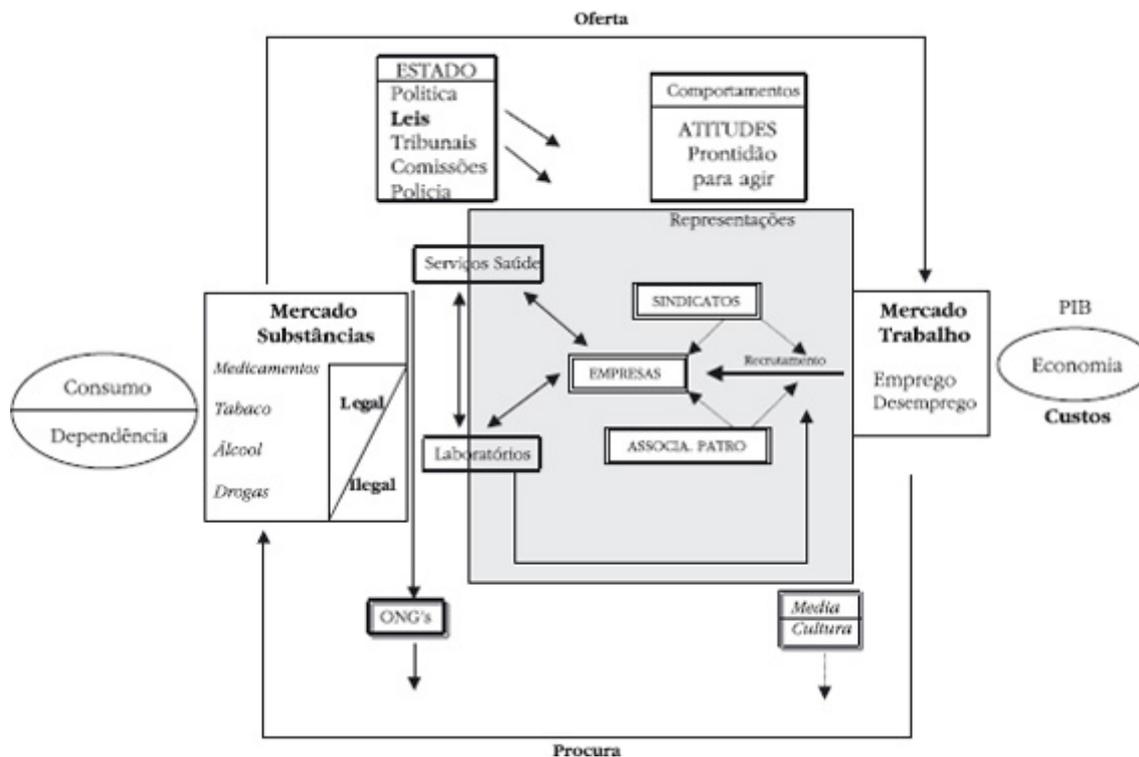


Figura 1

As questões

A prontidão para agir, no contexto, do que se sabe do modo como nos afectam (como sentimos) numa questão (ou objecto) social, constitui a dimensão pragmática das *attitudes*. Trata-se de um conceito com origem na Sociologia empírica e que, foi, desde cedo, adaptado pela Psicologia Social como noção estruturante do comportamento social.

No caso presente, importa tentar saber como é que os protagonistas avaliam a natureza e a gravidade do problema. Para além de respostas genérica, é mais relevante determinar que problemas específicos originam o consumo de tabaco, álcool e drogas determinando quais as substâncias que geram maior preocupação, não só no contexto geral do meio laboral, mas também em cada uma das organizações em causa. Aproximamos assim os componentes cognitivo e afectivo das atitudes.

As *representações sociais* constituem um modo alternativo de avaliar as mesmas questões. Elas são sintomas da mentalidade de grupos sociais específicos. Não obstante, o que podem revelar não devem ser consideradas causa directa das acções que se empreendem. A mentalidade, como facto social, é, alternadamente, causa e consequência daquilo que se faz ou se deixa fazer.

Por outro lado, o comportamento dos membros das organizações é sempre estruturado por factores externos. As políticas vigentes, tanto nacionais quanto as locais, as leis, os programas próprios ou a que se pode recorrer no exterior, as directivas internas, as

modalidades adoptadas para resolver problemas são factores de primeira importância na determinação da prontidão para agir. Ainda, o facto de a acção se dirigir a pessoas e, por vezes, pôr em causa a sua orientação de vida e poder colidir com o direito à privacidade, tem de ser considerado. É o caso particular do uso de análises para detectar a presença de substâncias psicotrópicas nos fluidos corporais e a confidencialidade das consultas médicas.

Finalmente, não se podem ignorar as fontes de informação disponíveis. Hoje em dia, elas são muitas e isso por vezes pode ser mais paralisante que a falta de informação.

Daqui decorrem as questões específicas que integram os métodos escolhidos. Excepto no que se refere às representações sociais, foram elas estabelecidas por consenso entre os representantes dos 12 países que, em 1992, constituíam a União Europeia e usados em 1993 e 1998. Mantêm-se quase inalterados no estudo presente (2003) para se poderem estabelecer comparações.

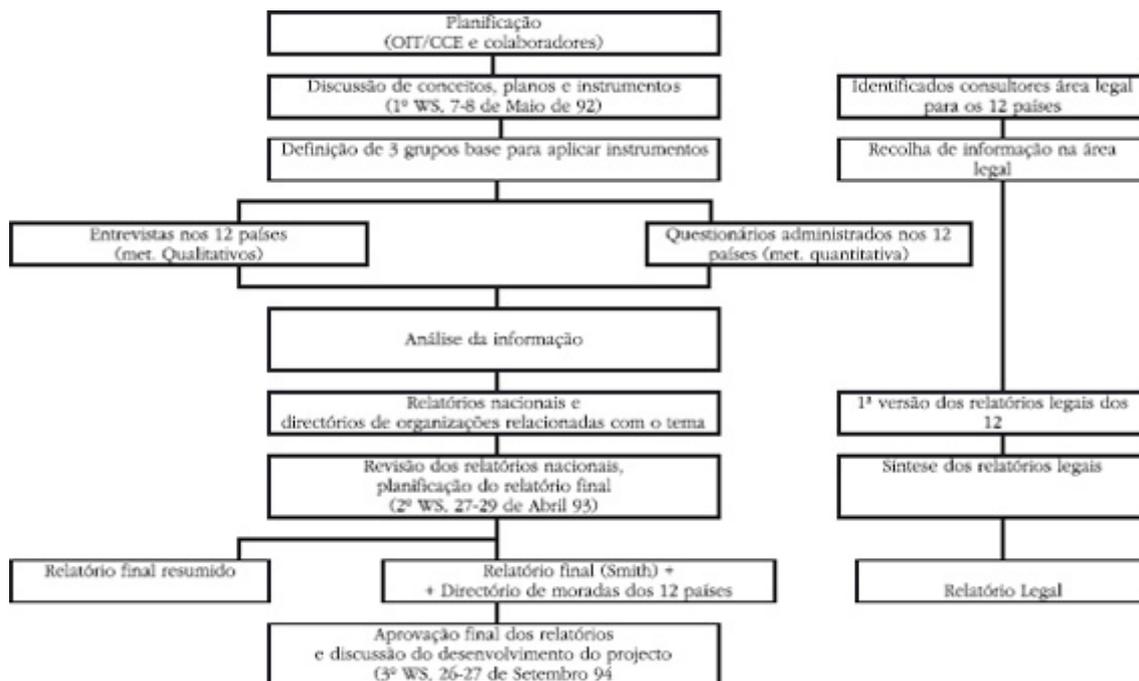
Estudos em Meio Laboral Europa (1993)

Em 1992, a Comissão das Comunidades Europeias, através da Organização Internacional do Trabalho, promoveu o projecto "*Álcool e Drogas no Local de Trabalho: Atitudes, políticas e programas*", coordenado pelo psicólogo americano Jean Paul Smith, no qual participaram os 12 países que, então, constituíam a União. Pretendia-se saber, em cada um dos países e na Europa, como um todo, com que associações patronais, e laborais, sindicatos e grandes empresas poderíamos contar e reforçar para combater o flagelo do abuso de álcool, consumo de drogas, ilegais e legais, nos locais de trabalho.

O estudo teve por objectivos aumentar os conhecimentos sobre: a natureza dos problemas causados pelo álcool e pelas drogas no local de trabalho nos Estados-membros da CE; as atitudes, políticas e programas desenvolvidos nesses países para prevenir e prestar assistência aos trabalhadores. Tratou-se de um estudo descritivo com carácter exploratório que pretendia contribuir para aumentar a capacidade de prevenir problemas e prestar assistência aos trabalhadores a curto prazo.

Entre 1992 e 1993 o Projecto foi delineado e incrementado, realizando-se três reuniões, em Genebra e no Luxemburgo, para: 1) discussão de conceitos, planos e instrumentos; 2) revisão dos relatórios nacionais; 3) planificação do relatório final; aprovação final dos relatórios nacionais e discussão do desenvolvimento do projecto, respectivamente.

Fases de desenvolvimento do Projecto Álcool e drogas no local de trabalho: atitudes, políticas e programas (OIT/CCE)



Os responsáveis pelo Projecto seleccionaram doze investigadores, cada um para desenvolver o estudo no respectivo país.

Produziram-se doze relatórios nacionais (o de Portugal por O. Gouveia Pereira), um relatório conjunto (por Jean Paul Smith), outros 12 documentos adicionais sobre a área jurídica, e um relatório conjunto elaborado pelo Institute of Advanced Legal Studies de Londres.

Para além destes documentos foi elaborada também uma lista de fontes de informação e de moradas de interesse em cada Estado-membro.

Partindo da dimensão tripartida da OIT, empresas, organizações patronais e organizações sindicais foram os alvos do estudo. Os critérios para seleccionar os representantes daquelas organizações (utilizados em cada país de forma flexível), incluíam:

1. Pertencer a sectores cujas actividades envolvem risco para segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores e da sociedade (ex. Transportes);
2. Terem um impacto elevado, muitas vezes desproporcionado sobre indivíduos, grupos e sociedades (ex. Instalações de energia nuclear);
3. Estarem representados nos 12 estados-membros;
4. Reconhecerem problemas de álcool e de drogas no local de trabalho;
5. Formularem políticas e desenvolverem programas como resposta;
6. Representarem uma categoria especial de produtores autorizados de bebidas alcoólicas ou indústria farmacêutica;
7. Pretendia-se que, pelo menos, o sector dos transportes fosse incluído nos doze estudos.

O método adoptado foi a **investigação estratégica** e os instrumentos utilizados foram: dois questionários (um destinado a representantes de empresas e um outro destinado a representantes de organizações patronais e de trabalhadores) e entrevista semi-estruturada. Em todos os casos pretendia-se que os participantes respondessem adoptando a postura da respectiva organização e não a sua visão pessoal sobre a questão¹.

As áreas abordadas foram:

- 1. Natureza, dimensão e tendências relativas aos problemas relacionados com álcool e drogas no local de trabalho**
- 2. Aspectos políticos e organizativos**
- 3. Respostas aos problemas de álcool e drogas no local de trabalho**
- 4. Relações trabalhador/entidade patronal**
- 5. Programas em respostas a problemas**
- 6. Custo do problema e custo das respostas**
- 7. Análises para detecção de drogas e álcool**
- 8. Intercâmbio e disponibilidade de informações**
- 9. Perspectiva e opiniões**

Participaram 237 organizações: 111 empresas, 45 organizações patronais e 81 organizações sindicais. As conclusões dos 12 relatórios reflectem, de algum modo, a situação de aproximadamente um milhão e meio de trabalhadores na Europa.

Natureza dos problemas

Os investigadores dos 12 países concordam que os problemas de álcool e drogas no local de trabalho, na Europa, são graves e requerem acções conjuntas e coordenadas, planeadas e determinadas nomeadamente as questões de segurança assumem a maior importância.

Apesar do consumo *per capita* de álcool ter diminuído ligeiramente na década de 80, cerca de 70% dos participantes comunicaram problemas, relacionados com o consumo, nos últimos três anos. Quanto às drogas, a frequência dos problemas é menor, mas da mesma natureza.

Absentismo, diminuição do rendimento, abuso de substâncias no local de trabalho e problemas disciplinares são as situações mais problemáticas. As substâncias que causam maior preocupação são o álcool e as drogas de prescrição médica. Evidencia-se que o consumo destas últimas está a aumentar.

Os participantes pensavam que o respectivo sector não possuía mais trabalhadores com problemas do que os outros (embora as organizações de trabalhadores fossem mais propensas a aceitar esta ideia), mas que o seu tipo de trabalho seria gravemente afectado por abusos de consumos de álcool e drogas. Os representantes das organizações de trabalhadores concordavam mais que as solicitações de trabalho e níveis de *stress* pudessem contribuir para o desenvolvimento destes problemas.

Políticas

Na Comunidade Europeia foi concluído que não existiam políticas nacionais relativas ao álcool aplicáveis no local de trabalho, predominando a auto-regulação. Uma orientação caso-a-caso, baseada nas características individuais do trabalhador, parecia ser a preferida pelos participantes. As drogas de prescrição eram vistas como sendo da responsabilidade dos médicos e não uma questão a ser alvo de regulamentação.

As empresas eram as organizações que mais possuíam políticas escritas (quase dois terços), especialmente as de grande dimensão. Geralmente essas políticas eram sobre álcool e drogas (cerca de dois terços, sendo raras as políticas só de drogas) e eram divulgadas através da distribuição de cópias escritas aos trabalhadores.

As organizações, na maioria dos casos, consultavam os trabalhadores para elaborar as políticas. Concordavam com esta necessidade, especialmente, as organizações de trabalhadores. Todas consideravam que era possível alcançar amplo consenso nesta matéria. As empresas, que possuíam políticas escritas, eram as mais preocupadas com a questão. As empresas e organizações patronais eram aquelas que mais concordavam que deveria ser a direcção a liderar a preparação de uma política sobre álcool e drogas.

Os representantes das organizações de trabalhadores eram os mais propensos a concordar que os supervisores e quadros não tinham competências suficientes para identificar problemas relacionados com álcool e drogas nos trabalhadores. Todos os grupos concordavam que a formação de supervisores era essencial para uma política de álcool e drogas eficaz.

Respostas aos problemas

As organizações variavam significativamente na forma como respondiam aos problemas e davam mais resposta aos problemas de álcool do que ao das drogas.

Quase 3/4 das empresas forneciam informações aos trabalhadores sobre o assunto e 50% realizavam actividades de promoção da saúde.

Entre os recursos internos (departamentos de recursos humanos e médico) ou externos (grupos de auto-ajuda, instituições do Estado...), as empresas favoreciam a utilização dos primeiros.

Os três grupos de participantes concordavam que os trabalhadores com problemas de álcool e drogas podiam ser ajudados. Os representantes das organizações de trabalhadores (mais do que os representantes das empresas) consideravam que as respectivas organizações deviam fornecer assistência aos trabalhadores e possuíam a responsabilidade de apoiar o tratamento, pagando os custos inerentes. Apenas um terço dos participantes concordava que deveriam suportar os custos do tratamento de um trabalhador.

Custos

Quatro em cada cinco organizações concordavam que os custos decorrentes dos problemas de álcool e drogas eram elevados, reflectindo-se indirectamente sob a forma de absentismo, ausências por doença e diminuição do rendimento. A maioria dos participantes não dispunha de informações relativas aos custos dos problemas em si ou das respostas a eles, sendo poucos os que recolhiam estes dados, revelando a pouca prioridade dada ao assunto. Não existia uma perspectiva de avaliação custo/benefício face a esta questão.

Uso de análises

Em 1993, o uso de análises para fins que não tivessem a ver com as consultas médicas, não estava generalizada na Europa, sendo muitas vezes encarada como desnecessária. Candidatos e trabalhadores eram submetidos a análises por menos de 25% das organizações. A maioria das empresas que realizavam estas análises recusavam-se a aceitar um candidato quando o resultado era positivo. Relativamente aos trabalhadores, as análises eram, usualmente, feitas na sequência de um acidente ou como parte de um programa terapêutico.

Algumas empresas que não usavam análises faziam-no porque haviam concluído que a questão dos direitos cívicos e jurídicos não estava esclarecida e poderia afectar as relações entre trabalhadores e empregadores.

Disponibilidade e utilização de informações

A maioria das empresas não havia recolhido informações sobre os problemas de álcool e drogas nos respectivos locais de trabalho. Naquelas que efectuaram essa recolha, esta incidiu sobretudo na extensão e tipo de problemas que ocorriam ligados ao álcool e drogas no local de trabalho. As recolhas de informação foram efectuadas essencialmente a nível interno, colocando-se de lado a colaboração de entidades externas.

Portugal - (1993)

Os dados apresentados no relatório português basearam-se em diversas fontes: instrumentos da OIT; estudo piloto no âmbito do Projecto "D&A - Drogas e Álcool" (Pereira e Vitória, 1993) desenvolvido junto de estudantes de MBA (26 participantes a trabalhar em empresas), revisão da literatura mais recente sobre álcool e drogas no local de trabalho em Portugal e informações fornecidas por instituições governamentais e privadas.

Os participantes que responderam aos instrumentos da OIT foram: 8 sindicatos ou organizações de trabalhadores, 1 organização patronal e 5 empresas. (sectores:

transportes, banca, petrolífero, construção...).

Natureza dos problemas

As organizações mais preocupadas eram os sindicatos e as empresas de transportes, destacando-se dois sindicatos: um do sector da construção e o outro dos transportes. As preocupações expressas estavam relacionadas com experiência de consequências directas do uso de álcool e drogas, sendo a ocorrência de acidentes o factor tido como mais relevante.

As empresas e organizações patronais consideram que o problema do álcool é mais sério que o das drogas, apesar de este último ser percebido como estando a aumentar entre a população mais jovem.

As respostas dos participantes enquanto cidadãos (nos estudos-piloto) demonstravam uma preocupação mais elevada face aos problemas relativos a álcool e drogas a nível nacional (geral), comparativamente à realidade da sua própria empresa (nesta situação os problemas com drogas eram vistos como ausentes ou raros e os de álcool, embora sérios, menos graves do que na sociedade e geral). De forma global, no estudo os problemas de álcool eram vistos como estando a diminuir, ao contrário dos relativos a drogas. Os consumos de cocaína, estimulantes e opiáceos geravam mais preocupação que os relativos à cannabis. A utilização de drogas de prescrição também causava preocupação.

De modo geral, as empresas de transportes referiram que os problemas, de álcool e drogas, ocorriam frequentemente, sendo os mais sérios (acidentes, danos no equipamento, diminuição do rendimento...) menos frequentes que outros “menos sérios” (redução da motivação, atrasos...). Em termos de despedimentos só uma empresa reportou a sua ocorrência.

Os sectores da construção e dos transportes estavam bastante preocupados. As principais consequências do consumo de álcool eram: diminuição do rendimento, acidentes e ausência ao trabalho (baixa médica - em que as empresas comportavam parte dos custos). A organização ligada ao sector da construção considerou preocupante a prática de oferecer bebidas alcoólicas aos trabalhadores como recompensa pelo trabalho (em muitos casos com trabalhadores imigrantes e ilegais).

Nas empresas os problemas de droga envolviam o uso de opiáceos, cocaína e estimulantes, com as mesmas consequências que os de álcool, embora os dependentes fossem vistos como mais difíceis de gerir através do tratamento médico. A organização patronal participante estava particularmente preocupada com os acidentes de trabalho e com a diminuição da produtividade. As empresas em geral, não concordavam que possuíssem mais trabalhadores com problemas do que as outras organizações.

Algumas empresas reconheciam que a possibilidade de aquisição de bebidas alcoólicas nas cantinas e cafetarias, o *stress* inerente a trabalho por turnos de grande

responsabilidade, escamoteamento da situação e questões culturais (tais como mitos ligados a benefícios do álcool) constituíam factores de “risco” para o desenvolvimento dos problemas.

Todos os sindicatos indicavam que o *stress* no local de trabalho e na comunidade era o principal factor de risco para aumentar os problemas. A seguir ao *stress* referiam o excesso de horas de trabalho, dificuldades económicas e desemprego como outros factores de risco. Em geral, as empresas consideravam que os níveis de *stress* e exigência de trabalho podiam contribuir para o desenvolvimento de problemas de álcool e de drogas.

Políticas e questões organizacionais

Apenas as empresas que haviam tido consequências sérias do abuso de álcool e de drogas reconheceram a necessidade de desenvolver políticas e programas específicos para lidar com ambos os problemas.

As políticas das empresas tinham cerca de 3 a 5 anos, existindo uma que já era aplicada há 10 anos. Quanto mais recentes as políticas mais haviam sido desenvolvidas com uma maior participação dos trabalhadores e mais envolviam o departamento de recursos humanos (para além do departamento médico). As empresas tendiam a defender proibições formais do consumo de álcool e de drogas, mas a tolerar (o primeiro) em ocasiões especiais.

Não foram encontradas divergências significativas entre as empresas e organizações de trabalhadores relativamente ao planeamento, prevenção, tratamento e reabilitação. Os representantes dos três tipos de organização envolvidos favoreciam uma abordagem pragmática, isto é, estavam dispostos a utilizar os meios existentes na comunidade e a desenvolver recursos internos quando necessário.

A situação portuguesa era favorável à inovação e à aceitação de novos e mais eficazes programas, estando os sindicatos especialmente receptivos a tal. Em termos globais, as organizações estavam, na sua maioria optimistas quanto à prevenção destes problemas no local de trabalho.

Comparando as respostas dadas pelas empresas de transportes e empresa petrolífera com as respostas dadas no estudo-piloto (envolvendo representantes de outras actividades) verificou-se que as primeiras pareciam possuir problemas específicos, estando por isso mais activas no desenvolvimento de estratégias e políticas para combater os problemas.

A crença de que os trabalhadores correspondem bem às tentativas da gestão para os ajudar e também ao tratamento era prevalecente. As empresas consideraram que a nível interno era necessária a realização de campanhas de informação, com objectivos educativos e preventivos, e a nível externo um estudo minucioso sobre o mercado de trabalho.

Em termos de programas inovadores só foi referido que o programa de uma das empresas estava a ser alargado de forma a eliminar algumas causas de stresse no local de trabalho que favoreciam o consumo de álcool e drogas. A maioria dos sindicatos referiu não existir nenhum programa nos locais de trabalho, e estes mostravam-se favoráveis a programas de assistência a trabalhadores (PAT), mas não excluía o recurso a medidas disciplinares caso fosse necessário. Alguns não se mostravam confiantes nos programas adoptados pelas empresas e insistiam na responsabilidade do Departamento Medico. Estavam mais preocupados com os resultados dos programas do que com os custos ou se os recursos usados eram externos ou internos. Os sindicatos que participaram tinham opiniões divergentes quanto ao seu papel no combate a estes problemas embora existisse um consenso geral de que constituem um elemento essencial para ajudar a ultrapassá-los. Alguns desenvolviam programas e sentiam-se responsáveis nessa luta, outros adoptavam posições contrárias. De qualquer modo, todos se mostravam preocupados e disponíveis para colaborar.

Análises para detecção de consumos

Relativamente à utilização de análises, não surgiu nenhum padrão de resposta consistente. As empresas eram favoráveis à sua realização, nomeadamente para seleccionar candidatos e na sequência de acidentes. Os sindicatos eram menos consistentes que as empresas nas suas repostas e tendiam a discordar ou mostrar-se inseguros acerca da legitimidade das análises. Alguns participantes referiram que o governo deveria aprovar alguma lei ou regulamentação sobre esta questão. No estudo-piloto os participantes recusaram a ideia de que as análises fossem obrigatórias.

Em resposta ao questionário todas as empresas referiram realizar análises aos candidatos como parte do exame médico, restritas a determinados cargos. Os resultados das análises eram geralmente comunicados e citados como causa de recusa do candidato.

Todas as empresas utilizavam as análises para detectar álcool e drogas nos trabalhadores em diferentes ocasiões, recorrendo a meios internos e laboratórios externos. Esta prática iniciou-se no começo dos seus programas. A principal razão dada para usar as análises era a prevenção.

Custos dos problemas

Apesar de não serem avaliados, as empresas mostravam-se mais conscientes dos custos do que as organizações de trabalhadores. As empresas de transportes concordaram fortemente que tinham problemas e que estes causavam custos significativos. Era dada alta prioridade à sua prevenção.

Na prática os custos do tratamento dos indivíduos com problemas eram suportados pelo Sistema Nacional de Saúde (consultas, internamento, medicamentos prescritos).

Apenas os programas de apoio a trabalhadores podiam ser vistos como custos directos

para as empresas, os custos com a Medicina do Trabalho e trabalhadores da área social da empresa, não são vistos como custos directos dos problemas.

Informações disponíveis

Todas as empresas envolvidas, com excepção de uma, haviam realizado estudos a nível interno com prioridade máxima nos custos dos programas e mínima em abordagens e técnicas para prevenção. Quase todas as organizações de trabalhadores haviam coligido informação sobre os problemas de álcool e drogas e disponibilizaram-se a facultá-la a outros.

As organizações que aceitaram participar na entrevista colectiva e no preenchimento do questionário eram as mais preocupadas e esclarecidas sobre os problemas de álcool e drogas no local de trabalho em Portugal.

A caracterização da situação laboral relativamente a estas questões é diferente consoante o sujeito se refira à situação global ou à situação da sua empresa em particular. Na primeira situação os indivíduos revelam-se mais preocupados que na segunda (sendo necessário ter em conta os efeitos de desajustabilidade social).

Em termos gerais, segundo fontes oficiais e de outras instituições, na sociedade os problemas de drogas pareciam estar a aumentar enquanto os de álcool a diminuir, o que ia ao encontro da percepção dos participantes no estudo-piloto. Relativamente à situação da empresa de cada participante (estudo-piloto) os problemas mais sérios eram os relativos ao álcool, enquanto os de drogas eram vistos como ausentes. As organizações mais preocupadas eram as de trabalhadores e as empresas de transportes.

Tendo em conta todas as organizações convidadas e a participação obtida, foi concluído que as organizações de trabalhadores (sindicatos e uma associação de sindicatos) e as empresas do sector dos transportes foram as que mostraram maior abertura e disponibilidade para colaborar.

Legislação

As leis e regulamentos eram considerados muito importantes nesta área para as políticas no local de trabalho, no entanto os sindicatos referiam que não existiam leis para este problema específico.

Os participantes do estudo-piloto consideraram que o governo deveria intervir neste problema, adoptando medidas legislativas e informativas, políticas de actuação e assistência clínica, para além da necessidade do papel desempenhado pelas famílias e empresas. Os outros participantes referiram que nova legislação era necessária, assim como condições para prevenir estes problemas e reduzir os seus efeitos.

Do ponto de vista das organizações de trabalhadores, era considerada necessária uma mudança de mentalidade, no modo de perceber estes problemas. Seria necessário

existirem programas de prevenção, melhores condições financeiras e de trabalho, e também interessar os indivíduos por outros valores como leitura e desporto, assim como a realização de mais estudos nesta área. O Estado era visto como a autoridade com maiores responsabilidades e conseqüentemente aquele que devia suportar a maior parte dos custos.

Lisboa - (1994)

O estudo de Paulo Vitória "**Consumo de álcool e drogas ilegais em empresas do distrito de Lisboa**" usou um questionário, que integrou várias questões adaptadas do questionário da OIT/CCE para empresas. O instrumento foi enviado por correio a todas as empresas do distrito de Lisboa com mais de 50 trabalhadores (que constavam da base de dados do INE - Instituto Nacional de Estatística).

O questionário continha questões dirigidas a três conjuntos de sujeitos: *as empresas*, sendo o participante o seu porta-voz; *os indivíduos* que responderam (sendo-lhes solicitada a opinião pessoal) e *os decisores* das empresas (pedia-se aos participantes que respondessem colocando-se na posição dos decisores da sua empresa).

A taxa de resposta situou-se acima dos 25% (448 cartas respondidas) 42% das empresas possuía entre 50 a 99 trabalhadores, sendo as com mais de 1 000 trabalhadores (7.8%) as que mais responderam.

Verificaram-se divergências na avaliação da gravidade do consumo de álcool e de drogas ilegais, problemas a eles associados e respectiva intervenção, sendo sugerido que existiam diferenças na forma como eram percebidas as duas situações. Os participantes avaliaram o álcool como de alguma gravidade a nível do país e do meio laboral em geral, mas sem gravidade a nível das respectivas empresas. A mesma tendência foi observada quanto às drogas ilegais (muito grave a nível do país, algo grave no meio laboral, em geral inexistente nas respectivas empresas). Apesar se ter verificado uma tendência para negar o problema nas próprias empresas, manifestação do fenómeno "*not in my backyard*" - "*não no meu quintal*" (*problema existe, mas quando se questiona se existe num contexto específico onde o indivíduo se inclui, este tende a negar a sua existência*), 70% dos indivíduos admitiu consumo de álcool na empresa e 35% de drogas ilegais, considerando 15% e 12% que a situação era grave, respectivamente.

Verificou-se que existiam mais problemas associados ao álcool de que às drogas ilegais, no entanto a sua natureza era semelhante. Relativamente ao álcool era referido principalmente diminuição do rendimento (61%), absentismo (55%), motivação reduzida (52%) e atrasos (50%). Para as drogas ilegais: absentismo (37%), diminuição do rendimento (34%), atrasos (32%) e motivação reduzida (31%). As empresas mostravam-se mais preocupadas com o consumo de álcool do que de drogas ilegais (54% e 43% respectivamente). 41% das empresas havia realizado acções de prevenção (essencialmente informativas) sobre álcool e em menor percentagem sobre drogas ilegais

(27%). Outras acções que implicam maiores custos e envolvimento eram menos realizadas. A percentagem de empresas que possuíam política escrita era baixa, apenas 20%. Relativamente à realização de análises para detecção de consumos, 17% efectuavam testes de álcool e 16% testes de drogas ilegais, em candidatos. No que diz respeito aos trabalhadores as percentagens eram superiores: 25% e 17% para o álcool e drogas ilegais, respectivamente. Geralmente as análises eram realizadas sem qualquer enquadramento político ou regulamentar.

O sector de actividade que parecia mais sensibilizado para esta questão e que conseqüentemente realizava mais acções para prevenir consumos era o dos transportes e comunicações. As empresas avaliavam a situação como mais grave, possuíam mais trabalhadores, e mais frequentemente existiam serviços de saúde internos. As empresas de construção e as indústrias, com actividades que também envolvem elevados riscos de segurança para os trabalhadores e população em geral, mostravam-se significativamente menos sensibilizadas para estas questões.

Verificou-se existir ampla consciência dos custos destes problemas para as empresas, embora se verificassem algumas reservas quanto às empresas investirem na recuperação dos trabalhadores e quanto à sua capacidade de recuperação.

Existia a tendência para não concordar que as condições de trabalho fossem um factor de risco para desenvolver problemas relacionados com o consumo de álcool e drogas ilegais. Os participantes explicavam o fenómeno da dependência e a intervenção segundo uma perspectiva global, valorizando a vertente social relativamente às restantes (psicológica, biológica e interpessoal). Por um lado, verificou-se este afastamento do modelo de doença, mas por outro os participantes consideravam que a dependência era algo que estava fora do controlo do indivíduo (explicação mais próxima da representação tradicional de doença). Esta ambiguidade era apontada como dificultando o trabalho de prevenção e recuperação de pessoas com problemas.

Portugal (1998)

Na sequência do Projecto da OIT/CCE de 1993, efectuou-se uma reavaliação da situação, cinco anos depois, em Portugal e nos vários países participantes, apenas relativamente ao álcool. Esta limitação deveu-se a uma mudança nas preocupações da União Europeia. O álcool passara a ser o problema número um.

Empresas e organizações patronais e de trabalhadores

Em geral, a situação não havia mudado em Portugal, nos últimos 5 anos. Continuava a existir a crença de que os problemas resultantes do consumo de drogas eram mais sérios que os relativos ao álcool. Apenas o sector dos transportes e o da construção eram avaliados como excepção: as suas preocupações decorriam da experiência directa de acidentes.

Políticas e aspectos organizacionais

Entre 1993 e 1998 continuou a tendência para procurar soluções no Serviço Nacional de Saúde, ou em recursos externos às organizações, embora a resposta, segundo uma perspectiva médica apenas, não fosse satisfatória. Em consonância com a cultura dominante, os problemas relativos ao consumo de álcool não tendiam a ser vistos como um factor relevante na relação laboral empregador-trabalhador.

As organizações de trabalhadores pareciam mais preocupadas e dispostas a usar medidas drásticas dirigidas aos abusadores de álcool, comparativamente aos empregadores.

Os dados recolhidos confirmavam a tendência de que a maioria dos indivíduos com problemas de álcool e drogas estavam enquadrados profissionalmente (65% daqueles que abusam de álcool e 60% dos que abusam de drogas).

Custos

As empresas estavam mais conscientes dos custos destes problemas do que as organizações de trabalhadores e, no entanto, existia uma tendência generalizada de despreocupação com esta questão. Na prática o Sistema Nacional de Saúde suportava os custos do tratamento, apenas os programas de assistência aos trabalhadores constituíam custos directos para as empresas. Como consequência, a situação tendia a manter-se.

Mantiveram-se, também, inalteradas crenças relativas ao álcool. Existiam trabalhadores que acreditavam que a precisão do seu trabalho aumentava se bebessem determinada quantidade de vinho ou “bagaço” (Gameiro, 1992; Pereira, 1994). Muitos gestores desconheciam qual a quantidade de vinho que é considerada excessiva durante uma refeição.

Em 1993, havia sido tomada uma medida drástica para redução do nível de alcoolémia tolerado durante a condução de veículos, tendo sido desenvolvidas campanhas de sensibilização paralelamente às medidas legislativas, o que terá contribuído para uma diminuição do volume de vendas de bebidas alcoólicas nos supermercados e restaurantes (dados de 1994, Ministério da Economia). As empresas e organizações de trabalhadores concordavam que o Estado tinha o dever de promover campanhas para diminuir a sinistralidade no local de trabalho, mas em 1997 o governo propôs controlar o nível de alcoolémia em alguns sectores actividade, o que foi rejeitado por essas organizações.

Uso de análises

Foram referidos locais onde se realizavam análises para detecção de álcool, para além da pioneira Marinha. O Instituto de Medicina Legal podia efectuar estas análises para empresas, embora só existissem referências de solicitações relativas a drogas (Factos, Nov., 26, 1997).

As grandes empresas de transportes e de construção civil favoreciam a realização de análises para detecção de álcool, de forma obrigatória na selecção de candidatos, e para prevenir acidentes. Os sindicatos não se mostravam tão positivos existindo algumas dúvidas sobre a legitimidade do uso das análises para detectar álcool. Para as drogas, o uso de análises era considerado como estando a aumentar nos últimos 5 anos, sem grandes resistências. O problema do álcool causava menor preocupação por parte dos governantes que as drogas ilegais, não tendo sido tomadas novas medidas, entre 1993 e 1998. A cultura de tolerância face ao álcool reflectia-se na ausência de programas ou políticas significativos nesta área.

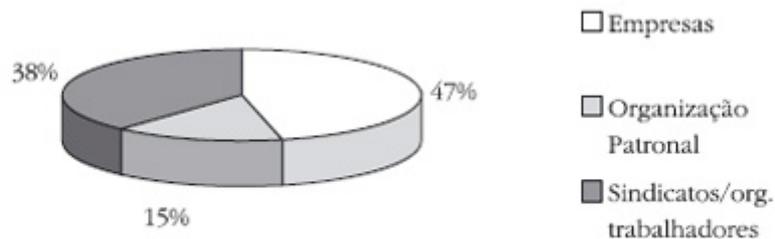
Mais uma vez era salientado que o consumo de álcool constituía um problema mais sério que o de drogas ilegais, sendo referido o estudo de Gameiro (1998) que mostrava esse facto: 20 vezes mais consumidores com problemas relacionados com álcool do que com drogas (580 000 dependentes de álcool e 25 000 abusadores de drogas ilegais), apesar de serem investidos mais recursos para lidar com o segundo problema.

10 Anos Depois Portugal 2003

Em 2003, realizou-se um novo estudo, que replica os originais para avaliar a, eventual, evolução da prontidão para agir, do mesmo tipo de responsáveis por decisões relevantes nas empresas, organizações patronais e sindicais.

Das 52 organizações participantes, 47% (n=24) são empresas, 15% (n=8) organizações patronais e 38% (n=20) são organizações de trabalhadores (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Tipo de organizações participantes



| Sector de actividade | n | % |
|---|----|------|
| Transportes e comunicações | 16 | 30.8 |
| Construção e engenharia civil | 5 | 9.6 |
| Extracção e processa. de minerais não prod. de energia e derivados; ind.química | 3 | 5.8 |
| Distribuição, hotelaria, reparações | 3 | 5.8 |
| Serviços bancários e financeiros, Seguros e rendas | 3 | 5.8 |
| Agricultura, caça, floresta, pesca | 1 | 1.98 |
| Outras indústrias de manufactura | 2 | 3.8 |
| Energia e água | 1 | 1.9 |
| Outros serviços | 18 | 34.6 |

As empresas representadas são em 33.3% dos casos de *Transportes e Telecomunicações*, com o mesmo valor *Outros Serviços*, 12.5% *Construção e Engenharia Civil*, 8.3% *Extracção e processamento de minerais não produtores de energia e derivados*; *Indústria Química* e as restantes de outros sectores.

Das organizações patronais, 50% são do sector *Outros Serviços* e as restantes distribuem-se em percentagem igual (12.5%) por: *Construção e Engenharia Civil*, *Distribuição, Hotelaria, Reparações*, *Serviços bancários e financeiros*, *Seguros e rendas* e *Outras Indústrias de manufactura*.

Quanto aos sindicatos, 40% são do sector dos *Transportes e Comunicações*, 30% a *Outros Serviços* e os restantes distribuem-se com igual percentagem (5%) pelos restantes sectores, com excepção de *Energia e Água*.

Em *Outros serviços* incluem-se organizações com áreas de actividade diversa conforme se observa na tabela

Áreas de actividade das organizações participantes referentes a "Outros serviços"

| Actividade | n |
|------------|---|
|------------|---|

| | |
|--|--------|
| Indústria farmacêutica | |
| Bebidas alcoólicas | 1 |
| Vigilância / Segurança privada/ Limpeza | 1 |
| Função pública/ administração central/ local | 3 4 |
| Apoio a empresas | 2 |
| Automóvel | 1 |
| Combustíveis | 1 |
| Informática | 1 |
| Lazer / jogo | 2 |
| Apoio a trabalhadores- | 2 |
| Total | 18 |

Instrumentos

Questionário breve (1º)

Usou-se, pela primeira vez um questionário breve, enviado pelo correio, com o objectivo de obter uma primeira análise de tendências, em termos dos problemas existentes e das acções desenvolvidas nos últimos 10 anos. É composto por 24 questões, 22 são do tipo fechado (11 para álcool e 11 para drogas), num total de 28 variáveis (6 medidas numa escala ordinal e as restantes 22 numa escala nominal, dicotómica). Duas questões são do tipo aberto, versando sobre alterações desejadas pela organização relativamente ao combate dos problemas de álcool e drogas nos próximos anos (futuro) e recomendações ou propostas que tenham sido aplicadas, nos últimos dez anos (passado).

Questionário alargado (2º)

O questionário alargado é, praticamente, o mesmo que foi usado em 1993, e contém 2 versões (“Empresas” e “Outras organizações: patronais e de trabalhadores”). Procedeu-se a algumas alterações do instrumento original: tradução mais adequada de alguns itens, formulação mais clara de algumas questões e instruções e alargamento de opções de resposta nalguns casos.

Este questionário tem os mesmos objectivos: avaliar a natureza do problema, a política e questões organizacionais existentes, respostas no local de trabalho, uso de análises para detecção de consumos, custos e informações disponíveis.

No final do questionário os participantes são também interrogados sobre o desejo de virem a receber um sumário executivo dos resultados do Projecto.

Instruções

A todos os participantes foi solicitado que respondessem às perguntas do ponto de vista da respectiva organização, e não do seu próprio ponto de vista. Em todos os momentos,

desde o pedido de colaboração até à sua concretização foi assegurado que as informações recolhidas seriam confidenciais, preservando-se o anonimato das várias organizações na análise dos dados e sua divulgação.

Entrevista

No presente estudo o guião da entrevista usada no estudo de 1993 serviu de referência para a recolha de dados após as sessões de aplicação do questionário alargado e após a comunicação dos resultados finais.

Procedimento

Seleccção da amostra

As organizações foram seleccionadas de acordo com um ou mais dos seguintes critérios:

- Ter participado ou ter sido convidado a fazê-lo no estudo de 1993;
- Pertencer a sector cuja actividade envolve risco elevado para segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores ou da população (ex: transportes, construção, petrolíferas...);
- Reconhecer problemas relacionados com álcool e drogas no local de trabalho, formularem políticas e desenvolverem programas como resposta;
- Ser produtor autorizado de bebidas alcoólicas ou de produtos farmacêuticos;
- Pertencer ao sector das Telecomunicações e novas tecnologias (ex: comunicações móveis, informática...).

Durante todo o processo de selecção, existiu o cuidado de tentar incluir os três tipos de organização considerados (empresa, organização patronal, organização de trabalhadores). Assim, por exemplo quando era “encontrada” uma empresa que correspondia aos critérios estabelecidos procurava-se também encontrar uma organização patronal e de trabalhadores no sector de actividade respectivo, dando-se prioridade às organizações de maior expressão (possuir mais de 50 associados). A selecção apoiou-se em pesquisas na *internet*, lista telefónica e conhecimentos prévios dos investigadores (por exemplo acerca de organizações em que o critério de existência “reconhecimento de problemas relacionados com álcool e drogas, formularem políticas e desenvolverem programas como resposta” se encontrava preenchido).

Pretendeu-se também, que a amostra abrangesse as organizações que haviam participado no estudo de 1993 (14: 5 empresas, 1 organização patronal e 7 organizações de trabalhadores) e alargasse a sua dimensão para cerca de 30 organizações (no mínimo).

Recolha de dados

Após a selecção da amostra realizaram-se contactos telefónicos e foi enviada uma carta

dirigida ao responsável máximo, convidando à participação no estudo. Foram elaboradas duas versões dessa carta, consoante a organização em causa havia sido convidada participar no estudo de 1993 ou não.

Juntamente com a carta foi enviado um primeiro instrumento de avaliação (questionário breve). Posteriormente foi enviada nova solicitação para participar nas reuniões de recolha de dados (diferentes, consoante tinha existido reposta ao 1º questionário ou não).

Antes de cada entrevista colectiva foram realizados diversos contactos telefónicos de modo a confirmar a presença das organizações ou para renovar o pedido de colaboração. Os contactos foram realizados especialmente junto das organizações que manifestaram algum interesse em participar ou junto daquelas que estiveram presentes em 1993.

Realizaram-se três entrevistas colectivas para recolha de dados, duas em Lisboa, na Faculdade de Economia, e uma no Porto, na Universidade Lusíada (Departamento de Psicologia), obtendo-se no total a colaboração de 36 organizações. Cada entrevista colectiva teve início com uma breve apresentação do Projecto e seus objectivos e com a enunciação dos momentos da própria reunião.

Solicitou-se o fornecimento de documentos escritos sobre práticas ou políticas nas próprias organizações ou estudos aí realizados. Algumas organizações traziam já consigo para a reunião essa informação, outras comprometeram-se a enviá-la por correio.

Alguns participantes propuseram divulgar alguns dos instrumentos de avaliação nas organizações que representavam, pois consideraram que a sua percepção da situação seria mais completa com tais informações; Agradeceu-se a iniciativa e disponibilizaram-se os instrumentos para tal. Desde 1993 que se considerava que a simples realização dos estudos era, também, um modo de intervenção.

Posteriormente foram recolhidos dados através de: entrevista individual e envio dos instrumentos por carta. A primeira forma foi adoptada junto de organizações que haviam participado em 1993 e que não estiveram presentes nas reuniões, dado que se pretendia assegurar o maior número possível de participações por parte destas catorze organizações. Realizaram-se 6 entrevistas individuais para recolha de dados, uma na Faculdade de Economia e as restantes nas instalações das próprias organizações.

Os comentários ou observações dos participantes, emitidos durante as entrevistas colectivas e individuais, ou registados nos questionários, foram também recolhidos.

No final das entrevistas os representantes das organizações foram informados da realização de uma sessão pública para divulgação dos resultados, para a qual foram convidados.

Resultados

Inquérito

Natureza do problema:

Em 1993, na Europa, as substâncias que causavam maior preocupação, aos participantes, eram o álcool e as drogas de prescrição. A frequência dos problemas relacionados com drogas ilegais reportada era menor, no entanto verificava-se que mais de 50% dos toxicod dependentes encontrava-se enquadrado profissionalmente (emprego estável).

A evidência clínica mostra que os dependentes são capazes de manter o posto de trabalho por algum tempo, maior no caso do álcool do que para as drogas, mas sem tratamento, chega um momento em que os mecanismos de adaptação falham e a evolução para uma vida marginal é inevitável. Em geral é a este período de decadência que se deve a imagem pública do toxicod dependente. A decadência ligada ao álcool é menos óbvia e menos confrontada devido à tolerância cultural.

O problema das drogas de prescrição ainda não se encontra muito saliente na opinião pública. No entanto, desde o estudo de 1993 que são referidos e a preocupação, em Portugal e em 2003, é maior.

Os seis principais problemas referidos nas entrevistas e inquéritos são: diminuição da produtividade, atrasos, absentismo, diminuição da motivação para o trabalho, problemas disciplinares e conflitos com chefias (Quadros 1-6).

Quadros 1-3: **Problemas de trabalho associados ao consumo de álcool**, que mais frequentemente ocorreram nas organizações, nos 3 anos anteriores. (Valores obtidos através da agregação das percentagens das respostas “Às vezes” e “Frequentemente”)

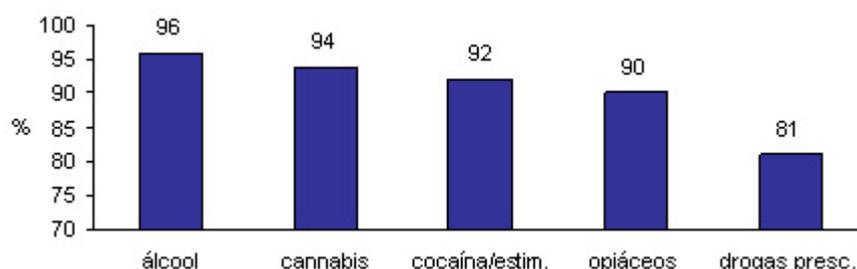
| 2003 – Total (n=52) | % | Vitória (1994) (n=410) | % | 1993 – Europa (n=237) | % |
|------------------------------|------|-------------------------|------|------------------------------|------|
| Diminuição do rendimento | 69.3 | Dimin. rendimento | 61,4 | Absentismo | 71.8 |
| Atrasos | 66 | Absentismo | 54,9 | Problemas disciplinares | 69.5 |
| Absentismo | 65.3 | Motivação Reduzida | 52,1 | Diminuição do rendimento | 69.3 |
| Motivação reduzida | 61.5 | Atrasos | 49,9 | Intoxicação no trabalho | 68.1 |
| Conflito chefias-trabalhador | 59.6 | Conflitos | | Atrasos | 67.2 |
| Problemas disciplinares | 59.6 | chefia-trabalhador | 43,5 | Conflito chefias-trabalhador | 60.2 |
| | | Intoxicação no trabalho | 42,8 | | |

Quadros 4-6: **Problemas de trabalho associados ao consumo de drogas ilegais**, que mais frequentemente ocorreram nas organizações, nos 3 anos anteriores. (Valores obtidos através da agregação das percentagens das respostas “Às vezes” e “Frequentemente”)

| 2003 – Total (n=52) | % | Vitória (1994) (n=410) | % | 1993 – Europa (n=237) | % |
|------------------------------|------|------------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| Absentismo | 50 | Absentismo | 37,0 | Diminuição do rendimento | 29.1 |
| Atrasos | 50 | Diminuição do rendimento | 33,5 | Absentismo | 28.1 |
| Motivação reduzida | 48 | Atrasos | 31,5 | Problemas disciplinares | 26.9 |
| Diminuição do rendimento | 48 | Motivação Reduzida | 31,2 | Despedimento/ / resc. contrato | 25.4 |
| Problemas disciplinares | 40 | Despedimentos/ / resc. contrato | 23,4 | Conflito chefias-trabalhador | 23.7 |
| Conflito chefias-trabalhador | 38.8 | Problemas Disciplinares | 23,2 | Motivação reduzida | 23.4 |

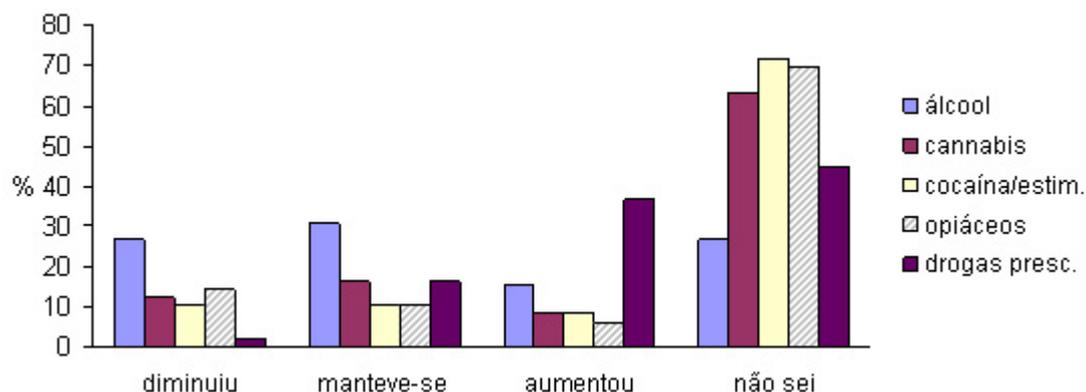
Em 2003 são em maior percentagem as organizações que revelam preocupação com o consumo de cada uma das substâncias consideradas (em todos os casos superior a 80%). Os participantes estão preocupados em primeiro lugar com o álcool (96%), seguindo-se a cannabis e a cocaína (Quadro 7).

Quadro 7: Preocupação das organizações nos últimos 3 anos



A maioria refere que o abuso de álcool não aumentou nos últimos anos, ao contrário do que se verifica para o uso de drogas de prescrição (Quadro 8).

Quadro 8: Estimativa do nº de trabalhadores afectados nos últimos 3 anos



Relativamente ao número de trabalhadores identificados, segundo os números

disponibilizados por algumas empresas participantes, ele é, em média, cerca de 5 vezes superior para casos de álcool quando comparado com os casos relativos a drogas ilegais.

Políticas

Políticas, abrangentes a nível nacional, para o álcool no local de trabalho estavam ausentes na comunidade Europeia em 1993, o controlo de substâncias psicotrópicas era consistente com as obrigações estabelecidas por tratados.

O sistema nacional de saúde está disponível para os trabalhadores com problemas. Em geral, em 1993, o controlo das drogas de prescrição médica é visto como sendo da responsabilidade dos médicos e não um alvo de políticas no local de trabalho.

Os trabalhadores tendem a perceber os supervisores e gestores como não tendo as competências suficientes para identificar e solucionar os problemas (Quadro 9).

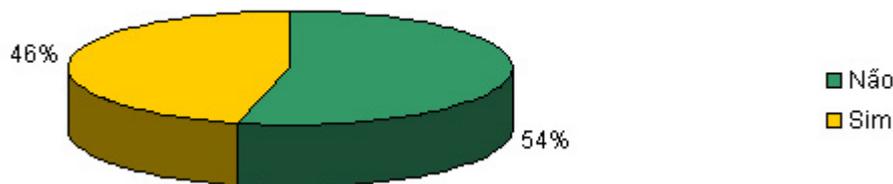
Quadro 9: Posições face à afirmação: “Organização acredita que os supervisores e gestores, usualmente não são suficientemente competentes para identificar problemas de álcool e drogas ilegais”



Em 2003, as organizações patronais e as empresas reconhecem que se devem adoptar outras medidas relativamente às drogas de prescrição, para além de abordagens de controlo médico caso-a-caso.

Cerca de 46% das organizações possui política escrita, sendo a maioria (54%) combinadas (álcool e drogas) (Quadro 10).

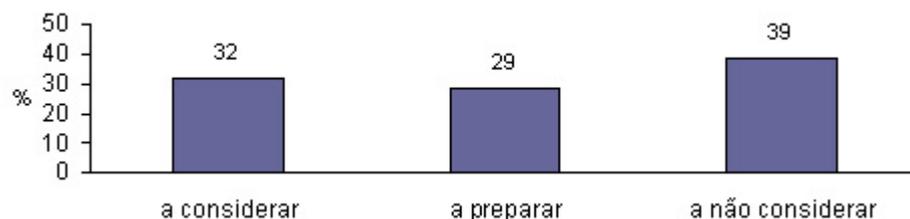
Quadro 10: Existência de política escrita



54% das políticas relativas ao álcool, 78% das políticas combinadas e as políticas só de drogas foram adoptadas nos últimos 10 anos.

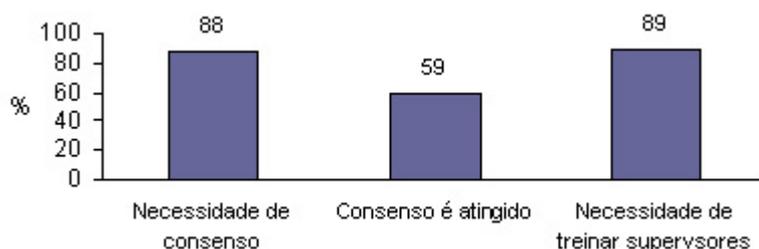
61% das organizações de entre aquelas que não possuem política está a considerar vir a tê-la ou já a prepará-la (Quadro 11).

Quadro 11: Posições face ao desenvolvimento de política por parte das organizações que a não a possuem



Quase todas as organizações concordam que para o desenvolvimento de uma política é necessário um consenso entre trabalhadores e empregadores e 59% refere que este é normalmente atingido (Quadro 12).

Quadro 12: Posições face ao desenvolvimento de política: necessidades e alcance de consenso



Uma outra tendência comum entre as organizações é a de reconhecerem a necessidade dos gestores e supervisores responsáveis serem alvo de treino para lidar com estes problemas.

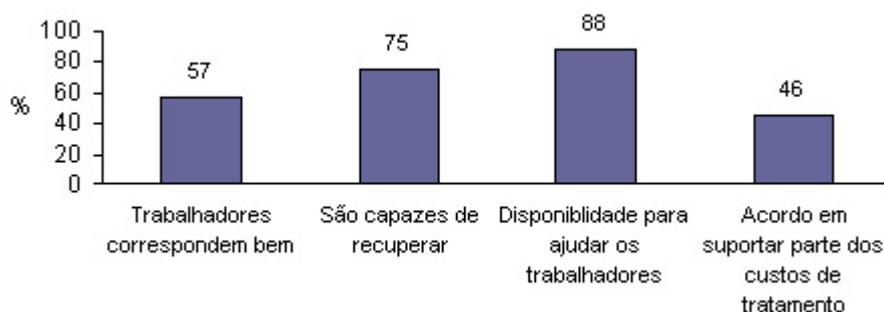
Situação de trabalho e respostas

Em 1993, os representantes dos trabalhadores, dos empregadores e das empresas concordavam que é possível atingir um amplo consenso quanto a uma política de álcool e drogas. Dez anos depois, em Portugal, os participantes continuam a firmar o mesmo e se existirem novos acordos eles serão mais tácitos do que explícitos.

Em 1993, os três grupos envolvidos no Projecto concordam que os trabalhadores com problemas de álcool e drogas podem ser ajudados. Os representantes dos trabalhadores, mais do que os representantes das empresas ou patronais, pensam que as suas organizações devem proporcionar colaboração para suportar o tratamento de um trabalhador. Em Portugal, a responsabilidade do tratamento de um trabalhador tende a ser vista como sendo do serviço nacional de saúde.

Em 2003, 57% das organizações refere que os trabalhadores correspondem bem às tentativas da organização para os ajudar e 75% acredita que esses trabalhadores são capazes de recuperar e trabalhar eficazmente. Neste aspecto as empresas encontram-se mais optimistas do que os sindicatos (Quadro 13).

Quadro 13: Posições face às respostas aos problemas: receptividade dos trabalhadores, capacidade de recuperação, disponibilidade das organizações para ajudar e suportar custos de tratamento



Para além destes dados, 88% das organizações está propensa a ajudar e 46% considera que deveriam suportar parte dos custos de tratamento.

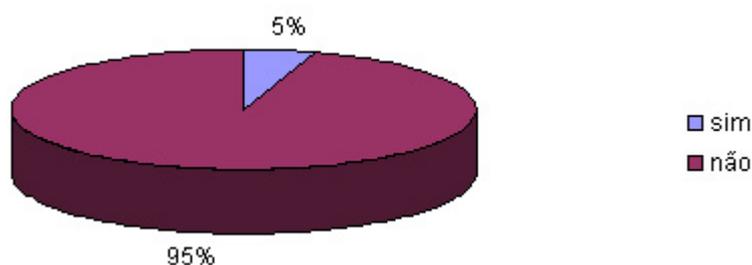
Custos

Em 1993, os participantes concordavam que os custos dos problemas relacionados com o álcool e as drogas eram elevados, mas poucos eram precisos quanto aos custos inerentes

de respostas de prevenção ou assistência. Os custos dos problemas relacionados com o álcool eram estimados como sendo mais elevados, embora não fosse fornecida nenhuma evidência para suportar esta crença. Os custos destes problemas eram percebidos de forma indirecta, através de diminuição da produção, absentismo e excesso de uso de baixa médica.

Surpreendentemente, em 1993, obter informações sobre os custos não era uma prioridade para as organizações e poucas as recolhiam. Em 2003, torna-se ainda mais surpreendente que a situação se mantenha (Quadro 14).

Quadro 14: Realização de estudos nas organizações sobre os custos económicos dos problemas relacionados com álcool e drogas no local de trabalho



Uso de análises

O uso de análises para determinar a presença ou ausência de álcool e drogas nos fluídos corporais é necessária para propósitos clínicos, procedimentos médico-legais, selecção de pessoal e prevenção de acidentes. O seu uso para fins não médicos, não era prática corrente na Europa, em 1993. A maioria das empresas não testava os candidatos a emprego nem os seus trabalhadores (São excepção as empresas, como as de aviação, em que erros humanos podem consequências gravosas).

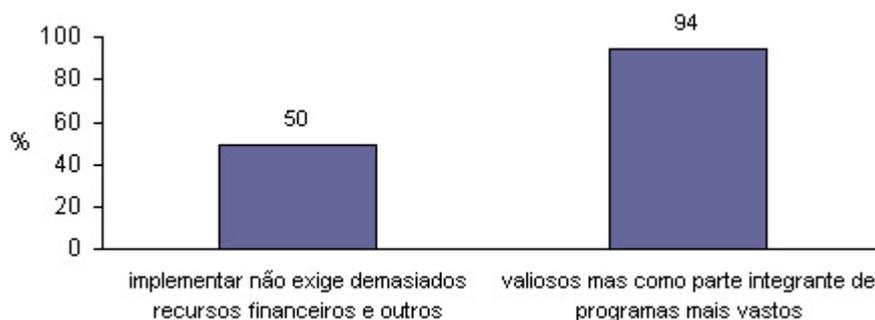
As razões mais frequentemente apontadas para não se usarem as análises eram as de que as questões legais e éticas não estão esclarecidas, é controverso e que pode afectar a relação entre trabalhadores e empregadores.

Em 1993 foram preparados (no encontro inter-regional tripartido de especialistas) os Princípios orientadores para o uso de análises de álcool e drogas no local de trabalho. Este documento fornece uma visão abrangente e útil dos princípios a seguir no uso de análises em contexto laboral (disponíveis junto à OIT).

Estudos legais ou *guidelines* à parte, a situação em 2003 é caracterizada pela existência de opiniões divididas relativamente a estas questões. Em 2003, verifica-se uma posição geral mais favorável à utilização de análises. Surgem, no entanto mais reservas específicas. As organizações apresentam mais dúvidas sobre se o seu uso no processo de

selecção tem um papel positivo (no sentido de demover os consumidores de se candidatarem a um emprego). Cerca de 71% das empresas realiza análises a candidatos e/ou trabalhadores, número bastante mais elevado que o verificado nos estudos anteriores. Literalmente 50% dos participantes tendem a defender que uma posição relativamente à sua implementação e os restantes a posição oposta (Quadro 15). De qualquer modo, 94% das organizações considera que as análises são medidas úteis, mas não significa que estão propensos a usá-los, mesmo não estando as organizações patronais (71%) preocupadas com os seus custos (Quadro 15).

Quadro 15: Posições face ao uso de análises



Portugal 2003

Representações Sociais

O que foi sumariado anteriormente baseou-se nas opiniões dos participantes e no diagnóstico das suas atitudes, com base nos conceitos prevalecentes da Psicologia Social anglo-saxónica. Neste ponto tentámos explorar a mentalidade de grupos sociais, voltando-nos para a Psicologia Social francesa, a qual é bastante mais orientada a nível social do que psicológico.

Os sociólogos, desde Durkheim, tendem a aceitar que os factos sociais são externos ao sujeito e coercivos na sua interacção com os outros. Daqui decorre que a mentalidade do grupo é determinante para o comportamento social.

O principal resultado que se verifica é o de que os trabalhadores e os empregadores representam o álcool e as drogas de forma diferente. O que não admira, na medida em que são bem conhecidas as suas correntes divergências em termos de ideologia, um outro poderoso organizador da mentalidade. O que se verifica é que com o presente método somos capazes de ser mais precisos.

Alcoolismo Toxicodpendência

A matriz da *árvore máxima* para o alcoolismo do total de participantes no estudo evidencia a categoria *Degradação* como a de maior poder associativo.

A correlação das matrizes dos diferentes grupos revela que os representantes das empresas e dos sindicatos apresentam proximidade entre si e forte correlação com a matriz do grupo total.

Matriz de correlação das matrizes para o alcoolismo

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------|------|------|------|------|
| Empresas - 1 | 1.00 | | | |
| O. Patronais - 2 | 0.33 | 1.00 | | |
| Sindicatos - 3 | 0.41 | 0.32 | 1.00 | |
| <i>Grupo total</i> - 4 | 0.80 | 0.61 | 0.83 | 1.00 |

No que respeita à Toxicodependência a matriz da *árvore máxima* do total de participantes no estudo evidencia, igualmente a categoria *Degradação* como a de maior poder associativo.

À semelhança das matrizes para o alcoolismo, no caso da toxicodependência, os sindicatos e as empresas, são as que se aproximam mais do total de participantes, mas agora não tão próximas entre si, como no caso anterior, na correlação das matrizes das categorias utilizadas para integrar quer o alcoolismo quer a toxicodependência.

Matriz de correlação para a toxicodependência

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------|------|------|------|------|
| Empresas - 1 | 1.00 | | | |
| O. Patronais - 2 | 0.48 | 1.00 | | |
| Sindicatos - 3 | 0.36 | 0.23 | 1.00 | |
| <i>Grupo total</i> - 4 | 0.63 | 0.61 | 0.77 | 1.00 |

De notar que este estudo das representações sociais revela que os participantes detêm uma visão do abuso e dependência do álcool e das drogas, adequadamente, próxima da noção científica de doença e das suas consequências indutoras da degradação da pessoa.

Em 1993, na Europa, o álcool e as drogas de prescrição médica constituíam a maior preocupação ao mesmo tempo que se verificava que mais de 50% dos dependentes de

drogas tinham emprego regular. A década de 1993-2003 não mudou este panorama em Portugal. Os cinco problemas mais reportados continuam a ser a diminuição da produtividade, atrasos, absentismo, redução da motivação para o trabalho e conflitos interpessoais, eventualmente, indutores de problemas disciplinares.

As representações sociais do alcoolismo e da toxicodependência são mais semelhantes que divergentes entre os participantes, em Portugal e só estudadas em 2003. As palavras centrais comuns são *doença*, *dependência* e *degradação*. A categorização mostra o papel semântico central da degradação (da pessoa). As visões dos representantes das empresas e das organizações sindicais estão mais próximas que as das associações patronais. A rede semântica, em todos os casos, é mais complexa no alcoolismo que na toxicodependência.

Para os portugueses as drogas de prescrição médica tornaram-se, em 2003, matéria de maior preocupação.

A necessidade de dispor de políticas escritas e de ser capaz de responder aos problemas continua a ser reconhecida e alguns programas novos surgiram, até 2003. O uso de análises clínicas para determinar a presença de álcool e drogas nos fluidos corporais é, actualmente, melhor aceite, mas não constitui política universal. Mais preocupante é a atitude perante os custos do problema. Todos estão de acordo que são cruciais, mas, em 2003 e em Portugal, apenas 5% das organizações tentam avaliar quanto custa o problema.

A inovação legal, em Portugal, entre 1993 e 2003 foi pouca e o legislador tende a assumir a postura de que é à sociedade civil, mais que o Estado, que compete lidar com o problema. Já, em 1993, se tinha considerado que havia, na Europa, leis mais que suficientes para que os gestores pudessem tomar medidas correctas.

Discussão

De tudo o que se resumiu resulta, no que respeita à questão original de avaliar a prontidão para a acção dos protagonistas decisivos do meio laboral, que os estudos empíricos revelam uma tendência generalizada para a inibição da acção. O que causa perplexidade é que eles avaliam correctamente a natureza, a gravidade e a necessidade de dar respostas aos problemas. Por que razão isto acontece com os portugueses pode encontrar alguma respostas na teoria da motivação social de McClelland (1967), contudo, o que ela pode explicar, encontra-se para além da capacidade de resposta de estudos empíricos como os que foram empreendidos.

O que de mais notório se detecta, quando se considera o intervalo de 10 anos, entre 1993 e 2003, é que os representantes das empresas, organizações patronais e sindicais manifestam uma certa prontidão para agir relativamente ao problema do álcool e das drogas no meio laboral, ao mesmo tempo que se verifica que não houve acções significativas neste domínio.

Por isso mesmo, talvez interesse mais determo-nos nesta inibição para agir que examinar

à exaustão a sistemática dos resultados alcançados.

Os dados fornecem algumas pistas que podem ser examinadas à luz da teoria da motivação social de McClelland (1967). Começou ele por postular três motivos sociais - de afiliação, de êxito e de poder - e, mais tarde acrescentou, por razões empíricas o de inibição da acção. Trata-se de motivos latentes.

Os estudos levados a cabo em Portugal mostram que a população actual manifesta um alto motivo de afiliação, um algo menos alto, motivo de inibição da acção, um fraco motivo de êxito e um ainda mais fraco motivo de poder. (Diga-se marginalmente, que esta combinação, faz prever, em termos da teoria, um baixo desenvolvimento económico para o país).

A inibição da acção manifesta-se por uma combinação entre a propensão para declarações, mais ou menos, pomposas de auto-suficiência cognitiva (diz-se que se sabe exactamente o que se deve fazer), com o recuo (assustado) logo que se tem de agir - os outros devem fazer isto ou aquilo, mas não me compete a mim fazer seja o que for.

E quem são os outros? Em primeiro lugar, o governo, mas implicitamente o Estado. “Não há leis”, “É necessário legislar” são duas das desculpas mais comuns. “A iniciativa tem de caber ao governo”, complementa o quadro.

Politicamente verifica-se uma indiscriminação entre o que compete ao Estado e o que compete às empresas, às famílias e aos cidadãos para o aprofundamento da democracia. De tal indiscriminação resulta que, quem se situa no segundo termo do binómio se compraz ao expediente fácil de criticar o Estado. Como o segundo termo é amplo, as críticas encontram eco numa vasta camada da população e fica-se à espera... sabe-se lá do quê!

Objectivamente, os estudos legais assim o indicam, o Estado já deu passos suficientes para que as empresas, as associações patronais e sindicais possam agir.

A evocação da teoria de McClelland é meramente hipotética. Os dados empíricos colhidos, mesmo interpretados no sentido da sua latência motivacional, não são os mais adequados a este tipo de análise. Permitem diagnosticar o fenómeno intergrupar designado “not in my backyard” (sim, mas não no meu quintal), que era já evidente em 1993. De certo modo, o que está em causa é atribuir o mal e de algum modo a responsabilidade, aos vizinhos. Por um lado o fenómeno da dependência é julgado grave e preocupante, a nível nacional e sectorial, mas há dificuldade em aceitar que ele afecta a própria organização. Eis, outra possível explicação para que o próprio se exima de agir.

Estudos em Meio Militar
1998-2004

As Forças Armadas portuguesas, enquanto organização e entidade “empregadora”, não

estão imunes a este fenómeno social, potenciado pelos eventuais riscos de segurança e operacionalidade próprias da missão da organização castrense.

Efeitos do Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependências nas Representações Sociais e Atitudes

Jorge Pires (1998) na dissertação de Mestrado intitulada “*Os Militares o Alcoolismo e a Toxicodependência*” estudou as **representações sociais e atitudes** de oficiais e sargentos da Marinha em relação aos problemas do consumo de álcool e drogas ilegais e determinar em particular se os sujeitos que frequentaram o Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependências (COPATD), ministrado no âmbito da política da instituição militar, alteram ou não a sua maneira de encarar o alcoolismo e as toxicodependências, no sentido prescrito pelo mesmo curso.

Constituíram-se duas amostras de militares da Marinha, correspondendo 28 sujeitos ao grupo com o Curso e 40 ao grupo que não frequentou o Curso. Os dados recolhidos através de um questionário estruturado enviado aos sujeitos, foram tratados pela aplicação informática desenvolvida por P. Vergès (1992, 1996).

Os sujeitos foram solicitados no questionário a elaborar um trabalho cognitivo de análise, comparação e hierarquização:

- Produção por associação livre e elaboração posterior de categorização do conteúdo.
- Escolha e classificação de um corpo de itens dados para verificação da centralidade.
- Pôr em relação termos apresentados criando agrupamentos ou famílias de palavras, que avaliam a expressão racional e cognitiva da representação.
- Recolha das atitudes perante a política em vigor na instituição para os problemas de alcoolismo e da toxicodependência.

Os resultados revelaram em resumo, que a representação social do alcoolismo - na sua componente mais estável e duradoura - para os dois grupos, pode ser definida como uma situação de *dependência e degradação*, associando as noções de *sofrimento, prejuízo laboral e alterações de comportamento*, na componente mais relacionada com o contexto imediato e quotidiano dos sujeitos. Os sujeitos com o Curso agregam a esta representação comum, as noções de *doença* e de *recuperação*.

Alcoolismo - Termos evocados, segundo as frequências e ordem média de evocação

Árvore máxima das categorias - Alcoolismo - COPATD

Árvore máxima das categorias - Alcoolismo - S/COPATD

No caso da Toxicodependência, podemos definir a representação comum aos dois grupos como uma situação de *dependência, doença e crime*. Os sujeitos com o Curso diferenciam ainda, na representação, as noções de *degradação, sofrimento, juventude e curiosidade*.

Toxicodependência - Termos evocados, segundo as frequências e ordem média de evocação

Árvore máxima das categorias - Toxicodependência - COPATD

Árvore máxima das categorias - Toxicodependência - S/COPATD

Combinando os resultados globais para os dois grupos, a comparação entre a representação social do alcoolismo e da toxicodependência, revela que estas situações têm em comum, as noções de *dependência, degradação, marginalidade, alienação e fuga*. A diferença consiste essencialmente, na associação das noções de *crime* e igualmente, de *recuperação*, à representação da toxicodependência.

Relativamente ao estudo das atitudes em relação à política definida pela organização militar, existe uma analogia óbvia relativamente ao *prejuízo no funcionamento do serviço, ao envolvimento emocional e ao nível de conhecimento das normas*. Estas normas e procedimentos de encaminhamento e reinserção são igualmente pouco conhecidas pelos sujeitos que constituem a amostra.

A atitude é diferente, fundamentalmente quanto ao *afastamento das fileiras das pessoas afectadas*. Há maior aceitação para os alcoólicos continuarem ao serviço e rejeição dos toxicodependentes. Parece assim, que em ambos os casos os sujeitos não manifestam confiança na capacidade de recuperação da toxicodependência. Isto pode depender do facto de a alternativa para tratamento no meio militar ter sido recentemente introduzida e, os seus resultados e efeitos serem pouco divulgados. Parecem ainda, indicar estes resultados, uma dificuldade de associação entre o alcoolismo e a toxicodependência, enquanto doenças do mesmo tipo - *dependência de substâncias* (DSM-IV).

Finalmente, pensamos que a análise dos resultados em relação ao problema proposto no início, que era o de verificar a influência do curso na representação, se confirma no sentido consentâneo com a estratégia definida pela organização militar, em relação aos problemas do consumo de álcool e de drogas ilegais. Todavia, é também provável que o relativo insucesso das medidas de prevenção, tratamento e recuperação da toxicodependência, na sociedade civil, bem como a maior aceitação social do alcoolismo, possam influenciar a representação dos militares sobre estes problemas.

Avaliações Individuais dos Militares e Tratamento das Dependências

Jorge Pires e Nelson Santos (2004) estudaram a reinserção profissional dos doentes que realizaram tratamento na Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA), e que se encontram ao serviço na Marinha, através da forma como é avaliado o seu desempenho na organização, e igualmente, conhecer a relação entre o tratamento e reabilitação psicossocial do militar afectado e o desenvolvimento da sua carreira profissional.

Os actuais programas militares para reabilitação de alcoólicos e toxicodependentes são muito semelhantes aos usados em meio civil como por exemplo, os chamados "Employee Assistance Programs" (EAP), muitos vulgarizados nos EUA e Canadá, e também já com alguma expressão na Europa. Esta modalidade de programas de assistência consiste, essencialmente, na persecução de uma estratégia global para a identificação precoce dos problemas que afectam tanto o desempenho e a produtividade laborais como a ajuda aos trabalhadores afectados, incluindo tratamento e reintegração profissional. Contudo, algumas dissemelhanças separam os programas militares, sobretudo na natureza das estratégias organizacionais em que se apoiam (P.Harig, 1991).

Na Marinha Americana dois acontecimentos estão na origem da actual política: Um inquérito do Pentágono em 1980 revelou, através da análise de respostas anónimas de 20 000 marinheiros, que 27% do pessoal com menos de 25 anos consumia drogas ilegais; A análise do conhecido acidente com o porta-aviões "Nimitz" em 1981, apurou que 6 dos 10 mortos tinham consumido drogas nos últimos trinta dias (D. Ackerman, 1991).

Em 1987, o Departamento de Defesa dos EUA gastou um total de 228 milhões de dólares envolvendo nestes custos o Exército, Marinha, Força Aérea e Marines, constituindo o maior programa conhecido em termos de saúde ocupacional para os problemas de álcool e drogas.

Em 2000 é publicado no DR nº 146 de 27 de Junho o *Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Força Armadas* (ANEXO 1) que tem como pressuposto, claramente expresso na sua introdução, a ideia chave de que "o uso de estupefacientes e álcool não pode deixar de ter as suas consequências no meio militar"².

Dado que este estudo visou essencialmente compreender e avaliar o efeito no desempenho, da frequência de um programa de tratamento para os problemas do uso de álcool ou drogas no meio militar, procurando assim, responder à questão essencial de saber quais os resultados de tratar e manter ao serviço alcoólicos e toxicodependentes, nomeadamente: 1) Comparar as avaliações destes doentes, antes e depois de tratamento, 2) Determinar se existiu uma melhoria nas aptidões avaliadas, 3) Analisar a forma de referência para tratamento e os seus resultados, 4) Avaliar a existência de eventuais diferenças na avaliação em função da referência e do tempo de recuperação.

Sujeitos e Procedimento - A amostra foi constituída pelos militares cujos dados referentes às avaliações se encontravam disponíveis, desde 1996. Resultou assim, um grupo de doentes, ao serviço em Novembro de 2002 (apenas sargentos e praças) com

pelo menos dois momentos de avaliação, antes e depois do tratamento, respectivamente, num total de 32 militares.

O instrumento de avaliação individual utilizado na Marinha é constituído, para além de outros campos, por 21 indicadores, que se agrupam em 7 aptidões (*Desempenho, Técnico-profissionais, Chefia, Militares, Sociais e Morais, Carácter, e Intelectuais*), a classificar numa escala de 5 pontos.

Os restantes indicadores foram: 1) Estado de recuperação (Abstinente ou Recaída), confirmada por análises Toxicológicas e Bioquímica hepática, 2) Data de tratamento, 3) Tempo de serviço, 4) Forma de referenciação à UTITA (Iniciativa própria, Serviço de Saúde, Rastreio ou Iniciativa do Comando).

Resultados

Distribuição segundo o Estado de Recuperação

Após o tratamento de reabilitação salienta-se um êxito significativo no estado da recuperação, 69% mantêm abstinência e 31% em recaída.

Distribuição do Estado de Recuperação segundo o tipo de encaminhamento

Analisando o estado de recuperação de acordo com a forma de referenciação ou encaminhamento no gráfico 5, observa-se que o *rastreio* assume o maior valor relativo à abstinência, logo seguido pela *iniciativa própria*. Os casos de encaminhamento pelo serviço de saúde e pelo *comando* assumem piores resultados em relação ao estado de recuperação.

Média das Avaliações Antes e Depois de Tratamento

Comparando as avaliações individuais antes e depois do tratamento para o grupo de doentes, por aptidões, verifica-se no gráfico 6 a melhoria em todas elas, após o tratamento, sendo mais significativa nas *militares*, as *de carácter*, *sócio-morais* e o *desempenho* com valores de incremento positivo aproximado.

Este grupo de doentes manteve relativamente preservado o desempenho profissional, antes do tratamento, ou seja as avaliações não eram negativas ou desfavoráveis quando globalmente consideradas.

Média das Avaliações Antes e depois de Tratamento

segundo o tipo de Encaminhamento

Discriminando a média das avaliações do grupo de doentes em estudo pela forma de referenciação, assinala-se a melhoria da *iniciativa própria* depois do tratamento, logo seguida do *comando*, e por último o *serviço de saúde* e o *rastreio*.

Média Total Individual das Avaliações Antes e depois de Tratamento

O gráfico revela-nos os valores médios das avaliações individuais antes e depois do tratamento. É mais evidente, nesta forma de análise a variação individual, menos visível nos gráficos anteriores, diluída na média global das aptidões, mantendo todavia a melhoria das médias após o tratamento para a maioria significativa dos doentes do grupo em estudo.

Dos principais achados ou evidências deste estudo resumidamente destacamos:

Como modalidade de referenciação, o *rastreio* sugere maior probabilidade de manter a abstinência logo seguida da *iniciativa própria*.

Após o tratamento há melhorias significativas em todas as aptidões da avaliação individual.

O desempenho profissional é relativamente preservado antes do tratamento com avaliações mais baixas, em média, para a referenciação pelo *serviço de saúde* e pelo *comando*. Após tratamento as aptidões *militares* e *sócio-morais* são as que mais evoluem positivamente.

A melhoria das avaliações é significativa para todos os tipos de referenciação, mas mais ainda, no caso da *iniciativa própria* e do *comando*.

Apesar de coerentes, os resultados obtidos não permitem a extrapolação ou generalização por razões metodológicas relacionadas com a validade externa e interna deste estudo.

O grupo não é estatisticamente significativo do total de doentes que realizou tratamento na UTITA e menos ainda constitui uma amostra representativa da extensão e impacto do problema do álcool e das drogas na Marinha. Revelam apenas uma forma possível de estudar e relacionar indicadores relevantes para determinar a validade e consistência da política definida pela organização militar para este fenómeno.

Em todos os casos há que ter em conta que o que se identificou são *tendências de uma população* e nunca o comportamento de uma pessoa singular.

Estudos sobre Nicotinoddependência

Nelson Santos, Mónica Maymone, e Francisco Henriques (2003) realizaram no âmbito da Consulta Externa de Nicotinoddependência da UTITA um estudo sobre *Stress e Recaída*, numa amostra de 80 utentes, com o objectivo de analisar o impacto do stress nas situações de recaída de consumo de tabaco. Foi aplicado um questionário estruturado mediante entrevista telefónica, a pessoas que tinham efectuado tratamento na UTITA há mais de 6 meses. Os resultados, tendo como modelo base de análise os determinantes *intrapessoais e interpessoais* de recaída descritos por Marlatt e Gordon (1993), apontam como factor preponderante de recaída a *pressão social* (44%), seguido de situações de *conflito interpessoal* (21%) e *emoções negativas* (21%), sendo a *diversão/lazer* apontado por um menor número de pessoas (14%).

Igualmente em 2003, também no âmbito da Consulta Externa de Nicotinoddependência da UTITA, Nelson Santos, Mónica Maymone e Liseta Cunha, investigaram a relação entre *Depressão*, dentro das perturbações do humor, e *Dependência de Nicotina*. Como instrumentos de medida da Depressão o *Beck Depression Inventory* (BDI) e a *Lista de Sintomas de Hopkins Revista* (SCL-90-R), na sub-escala de Depressão. O BDI é uma escala de sintomas e atitudes que reflecte a intensidade de depressão nas vertentes afectiva, cognitiva, motivacional e nos sintomas fisiológicos de depressão. O SCL-90-R, avalia nove dimensões psicopatológicas. Para avaliação da Dependência foi utilizado o *Teste de Fagerström* e o *Nº de Cigarros* fumados por dia. Os resultados apontam para uma correlação positiva, mas baixa, entre os valores de depressão e nicotinoddependência, não se encontrando uma relação marcada entre os valores de depressão mais elevados e uma maior dependência de nicotina na população em estudo. No entanto, 28% dos sujeitos estudados apresentavam sintomatologia depressiva, variável importante a ter em conta na planificação dos programas de tratamento.

Programas e Projectos em Portugal 1993-2003

Um dos elementos vitais que favorece a prontidão para agir é a existência de programas e projectos elaborados no seio das organizações. Resumiram-se alguns dos mais importantes vigentes em Portugal.

Forças Armadas - Ministério da Defesa Nacional (MDN)

O “Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas” (MDN, 2000)³ é coordenado pelo Grupo Coordenador para a prevenção e combate às toxicoddependências nas Forças Armadas.

O programa aplica-se a todos os militares tendo por objectivos: obter a moderação do consumo de bebidas alcoólicas e abstinência total de consumo de drogas ilegais no meio militar e obter, por parte daqueles identificados com problemas de abuso ou dependência

de tóxicos, a abstinência total de tóxicos psicoactivos (álcool, medicamentos sedativos e drogas ilegais).

O programa aposta em medidas preventivas dissuasoras do consumo e na “descentralização “em teia” profilático-terapêutica, com níveis de intervenção de diferente especialização” (MDN, 2000).

A prevenção efectua-se em várias fases: primária (informação e tratamento), secundária (tratamento) e terciária (prevenção da recaída e reinserção social).

Para o seu desenvolvimento e aplicação são definidos três níveis de acção, correspondendo a acções diferenciadas (baseadas no conceito descentralizador):

Nível 1 - Unidade - É constituído o Núcleo de Apoio ao Comando (NAC) composto por: Oficial de segurança; Operadores de prevenção (OP); Oficial médico; Oficial capelão e de educação física sempre que existam. Compete ao militar habilitado com o Curso de operador de prevenção (OP), sob a coordenação do NAC (caso esteja constituído) no âmbito das acções do programa, realizar na sua unidade militar sessões e palestras de sensibilização, desenvolver acções de encaminhamento e de reintegração sócio-profissional.

Nível 2 - *Serviços de Psiquiatria dos hospitais militares e laboratórios de toxicologia*

Nível 3 - *Unidades de tratamento de reabilitação psicossocial.*

Este Programa tem antecedentes próprios. Efectivamente a preocupação com a resolução dos problemas atrás assinalados já havia sido objecto de Despacho conjunto do Conselho de Chefes de Estado-Maior dos três Ramos, datado de 1988, e de despacho do Ministério da Defesa Nacional, em 1993, sendo a designação do Programa a mesma.

No passado, estes problemas encontravam as únicas respostas ou no plano disciplinar, quando se atingiam comportamentos graves, ou nos serviços médicos. No segundo caso a resposta clínica centrava-se nas consequências físicas ou mentais, e não no tratamento e a reabilitação adequados à doença primária. No caso da Marinha, que desempenhou um papel de liderança neste processo no seio das FA's foram publicadas, a partir de 1976 sucessivas Directivas e Normas de procedimentos a adoptar, em casos de alcoolismo e consumo de drogas ilegais. Com exclusão das últimas Directivas, datadas de 1993 e 2000, todas estas acções da Armada tiveram carácter reservado e confidencial.

Em 1980 foi criado o Laboratório de Análises Farmacotológicas da Marinha (LAFTM), inicialmente com preocupações no âmbito da medicina desportiva e que rapidamente adoptou metodologias de natureza preventiva, apoiadas por tecnologias analíticas relacionadas com a saúde ocupacional e o rastreio de drogas de abuso.

É também na Marinha que funciona, ainda hoje, a única unidade consignada no programa, para tratamento de alcoólicos e toxicod dependentes, designada Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicod dependências e Alcoolismo (UTITA), cujos resultados, após dois anos de funcionamento, revelaram que 81% dos doentes que realizaram

tratamento nesta unidade estava abstinente, sendo que 20% há mais de um ano, e ainda que 88% tinha mais de 8 anos de serviço (E. Ferreira; J. Pires cit por Pires, 1998). Dados posteriores assinalam o abandono das fileiras por insucesso das medidas adoptadas, de 19,2% de sujeitos, mantendo uma taxa de abstinência pós-tratamento de 64% e destes, 74,4% há mais de um ano, num universo de 56% doentes alcoólicos e 43% dependentes de outras drogas (S. Oliveira; J. Pires cit por Pires, 1998).

Centro Regional de Alcoologia do Sul - C.R.A.S.

O Centro Regional de Alcoologia do Sul possui um “Plano de Prevenção e Tratamento do Abuso de Álcool e Drogas na Empresa”, vigorando em várias empresas.

O Plano aplicado nas empresas baseia-se na definição de uma política escrita por parte da administração da empresa com o aconselhamento e formação (curso de 38 horas para os membros do grupo de implementação do programa na empresa - GIP) por parte do CRAS; na formação de chefias e colaboração dos serviços de medicina do trabalho e de assistência social; no desenvolvimento de acções de prevenção e educação dos trabalhadores e actividades de promoção da saúde (GIP); na assistência aos trabalhadores afectados (CRAS); e numa fase posterior, na implementação de testes para álcool, heroína, cannabis e cocaína.

Este programa assenta essencialmente no tratamento em ambulatório, segundo o método “Tratamento combinado e por etapas” (*combinação de abordagem familiar “afectuosa e firme”, alguma pressão social e uso de um antagonista*), limitando o período de absentismo ao período de desintoxicação (uma a duas semanas).

Associação Industrial Portuguesa - A.I.P.

O “Programa Solidariedade” desenvolveu-se por várias etapas. Na sequência do simpósio “O consumo de drogas em meio laboral - Um projecto-piloto para um programa de apoio e controlo”, organizado pela AIP em 1999, ficou estabelecida uma parceria com a Marinha Portuguesa e foi criado um grupo coordenador, a fim de se implementar o Programa.

A AIP propôs-se a desenvolver acções informativas e formativas no sentido de reduzir a procura de substâncias psicoactivas no meio laboral; criar locais de trabalho livres de álcool e drogas; motivar a detecção precoce de consumo através de análises de desempenho ou por rastreio; motivar para a aplicação de outras medidas/sanções que não despedimento, com vista a recuperação dos trabalhadores. O Programa tem também por objectivos, para além da prevenção, apoiar o tratamento e a recuperação, a reinserção de profissionais com problemas de consumo de droga e de álcool e a criação de um Programa de Apoio a Trabalhadores. Em 2000 firmou-se um acordo entre direcção e comissão de trabalhadores; posteriormente constituiu-se uma equipa de Operadores de Prevenção; realizaram-se sessões informativas com todos os funcionários; palestras com AA e NA. No âmbito do curso de formação para operadores de prevenção foram abordados os Programas de Assistência a Trabalhadores (PAT), prevenção da recaída e

reinserção no local de trabalho; e foram realizadas uma visita à UTITA e LAFTM. Em 2001, iniciaram-se rastreios de álcool, estando os relativos às drogas em fase de implementação. O consumo de tabaco é uma questão que também está nos horizontes do programa, embora ainda não se tenham concretizado acções de implementação desta vertente do programa.

Os rastreios de álcool são efectuados a todos os funcionários da AIP, sendo o universo de 329 trabalhadores. Realizam-se 2 rastreios por semana em cada local de trabalho (Junqueira e FIL), seleccionando aleatoriamente 4 efectivos e 2 suplentes. Funcionários suspeitos de consumo regular de álcool também podem ser nomeados.

Caminhos-de-Ferro Portugueses, EP

Esta organização toma medidas preventivas e fiscalizadoras relativamente ao álcool desde 1984. O primeiro regulamento datava de 1986, tendo sofrido algumas alterações em 1993.

Em 2002 foi aprovado pelo IDICT o “Regulamento da prevenção e controlo do trabalho sob efeito do álcool ou de substâncias estupefacientes ou psicotrópicas”, da autoria da CP, que tem como finalidade a prevenção de acidentes. Através da diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e da erradicação das situações de trabalho sob os efeitos do álcool e de substâncias estupefacientes e psicotrópicas pretendem alcançar uma melhoria dos níveis de segurança no trabalho e no seu sector.

Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses - Intersindical Nacional - CGTP-IN

O início da implementação do Projecto Euridice em Portugal teve lugar em 2000. Constitui um programa de intervenção em toxicodependências no local de trabalho a longo prazo, cujos coordenadores locais são sindicatos/organizações de trabalhadores.

É coordenado em cada empresa/organização pela CGTP-IN, que é assessorada por uma equipa técnica de diversos organismos estatais e privados com experiência nesta área (onde se inclui o OEDT⁴). Conta com a colaboração da Escola Profissional Bento de Jesus Caraça.

Autarquias

Desde Maio de 2004 estão em vigor as novas regras de controlo de álcool na Câmara Municipal de Lisboa, segundo o regulamento aprovado. Os primeiros 3 meses foram considerados experimentais, só era submetido a teste de álcool quem pretendia, a partir de Agosto os trabalhadores foram sorteados informaticamente e posteriormente numa terceira fase será elaborado um registo com os resultados obtidos nos testes sendo aplicadas consequências a quem apresentar resultado positivo (impedimento de retomar ou iniciar o exercício das funções). O regulamento estabelece que um resultado positivo é a indicação de uma TAS ³ 0,3 g/l.

Os testes destinam-se a todos os funcionários da Câmara e esta iniciativa tem merecido também a atenção da comunicação social.

Nota Final

Os estudos apresentados usaram a investigação estratégica como método uma vez que todos, directa ou indirectamente, se inserem no combate ao alcoolismo e às toxicodependências no meio laboral (incluindo o meio militar). É uma frente de batalha, mas como avançou o Prof Jorge Silva Ribeiro, quando se procedeu à discussão publica final, do estudo de O. G. Pereira (2003) - “os trabalhadores têm filhos que andam na escola e tudo o que se fizer para os transpor para o nosso, terá repercussões decisivas na prevenção ou na procura de apoio terapêutico para os filhos”. Isto é, o meio laboral é também, um teatro estratégico no combate mais geral.

Os resultados apresentados são diferentes dos que se podiam ter alcançado com investigação básica. Estes seriam mais estáticos, a investigação básica não era adequada ao problema, mas, talvez, os resultados destes estudos estratégicos a requeiram agora, para se tentar explicar um problema que emergiu: a inibição da acção dos decisores.

De facto, cada problema com que, nos debatemos, mormente no domínio social, deve conter na sua formulação uma decisão sobre qual o tipo de investigação que mais lhe convém. O pior que pode acontecer é fazer-se uma investigação porque se está na posse de um instrumento, se conhece bem um método, ou a formação do investigador é uma disciplina específica. Não é o objecto de estudo que se adapta ao método, é o método que se adapta ao objecto de estudo. Daí a necessidade de se constituírem equipas inter e multidisciplinares. É também um método estratégico.

Referências Bibliográficas

Abric, J.C. (1984). L'artisan et l'artisanat: analyse du contenu et de la structure d'une représentation sociale. Bulletin de Psychologie tome XXXVII; nº 366 pp. 861-875.

Abric, J.C. (1994). L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: C.Guimelli.(Ed.), Structures et transformations des représentations sociales. (pp. 73-83). Paris: Delachaux et Niestlé.

Ackerman, D. (1991). Winning the war on drugs in the military. In R.H. Coombs and L.J. West (Ed.), Drug testing, issues and options, pp. 92-112. New York: Oxford University Press.

Backer, T. E. (1987) Strategic planning for workplace drug abuse programs. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, National Institut on Drug Abuse.

Campbell, D. C. e Graham, M. (1988). Drugs and alcool in the workplace - A guide for managers. New York: Facts on File Publications.

Carrilho, J.M. (1988). Introdução ao modelo Minnesota: a multidisciplinaridade. Revista Portuguesa de Medicina Militar, Número especial 1988, pp. 43-47.

Daniel, W.W. (1993). Strategic Research: Political Convenience or Practical Reality? *Policy Studies*, Autumn, vol 14(3), 4-17.

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994). Washington: American Psychiatric Association.

Ferreira, E. e Pires, J. (1994) Programa de Reabilitação de 28 dias (curta duração). A reinserção sócio-laboral. Comunicação apresentada no “Encontro Nacional - A reinserção e as toxicodependências”, Caixa Geral de Depósitos, Lisboa.

Flament, C. (1987). Structure et dynamique des representations sociales. In Jodelet (Ed.), Les Representations Sociales. Paris: Presses Universitaires de France (pp.187-202).

Harig, P. (1991). Substance abuse programs in Military settings. In R. Gal and A.D. Mangelsdorff (Ed.), Handbook of Military Psychology, pp. 635-655. New York: John Wiley and Sons Ltd.

Martin, Kraft, Roman; (1994). Extent and impact of alcohol and drug use problems in the workplace: A review of the empirical evidence. In S. Macdonald, P. Roman (Ed.), Drug testing in the workplace, pp. 3-33. New York: Plenum Press.

Masi, A. D. (1986). Employee Assistance Programs. Occupational Medicine: State of the Art Reviews, 1 (4), 653-665.

McClelland, D. (1967). *The achieving society*. New York: The Free Press.

Ministério da Defesa Nacional, Direcção-Geral de Pessoal (1993). Programa para a prevenção e combate à droga e ao alcoolismo nas Forças Armadas.

OIT/OMS - Oficina Internacional del Trabajo/Organización mundial de la Salud (1987). Medios contra el consumo de drogas y alcohol en el trabajo. Ginebra: OIT.

Oliveira, S. e Pires, J. (1997) O modelo de tratamento na Marinha - UTITA. Comunicação apresentada na “1ª Jornadas de Toxicologia da Marinha”, Hotel Palácio, Estoril.

Ouvrard, C. (1992). La conspiration du silence. Alcool ou Santé, 4, 10-15.

Pereira, O.G. (1993). *Alcohol and drugs in the workplace: Attitudes, policies and programs in Portugal*. International Labour Office and Health and Safety Directorate, Commission of the European Communities, Geneva.

Pereira, O.G. (1998). *Review and update of the country report “Alcohol and drugs in the workplace: Attitudes, policies and programs in Portugal to the ILO Study in 1992-1994*. International Labour Office and Health and Safety Directorate, Commission of the European Communities, Geneva.

Pereira, O.G; Pires, J. et all (2003). Álcool e drogas no local de trabalho: Atitudes, Representações Sociais e Estratégias. FE-UNL, Lisboa.

Pereira, Orlindo Gouveia e Pires, Jorge Ribeiro (2006) Representaciones sociales del alcoholismo y las drogodependências en el médio laboral português. *Salud y Drogas* 6/1, 27-46. Elche. Alicante.

Pereira, Orlindo Gouveia; Pires, Jorge Ribeiro; Santos, Nelson; Rossi, Leonor; Vitória, Paulo e Quesada, Carina.(2006) Álcool e Drogas no Local de Trabalho em Portugal (1993-2003): Atitudes, Representações e Estratégias *Lusíada. Psicologia* 3/4 165-180. Lisboa.

Shahandeh, B. (1985). La drogue et l’alcool chez les travailleurs: Efects et remèdes. *Revue Internationale du Travail*, 124, nº 2, 219-235.

Smith, J.P. (1993). *Alcohol and drugs in the workplace: Attitudes, policies and programs in the European Community*. International Labour Office and Health and Safety Directorate, Commission of the European Communities, Geneva.

Smith, J.P. (1993). Alcohol and drugs in the workplace: Attitudes, policies and programs in the European Community. Trabalho não publicado, ILO and EU, Geneve.

Ternest, J. (1989). Les "maladies du silence" dans l'entreprise. Bruxelles: Fondation Santé-Entreprise.

Vergès, P. (1992). Suporte informático para analisar o sistema central e periférico de uma representação. CNRS. Aix-en-Provence.

Vergès, P. (1994). Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: C. Guimelli (Ed.) *Structures et transformations des représentations sociales*. Paris:Delachaux et Niestlé.

Vergès, P. (2003). Suporte informático para analisar o sistema central e periférico de uma representação. CNRS. Aix-en-Provence.

Vitória, P. (1994). *Consumo de álcool e drogas ilegais em empresas do distrito de Lisboa*. Cascais: Fundação Portuguesa para o Estudo, Prevenção e tratamento da toxicoddependência.

* O Projecto de investigação POCTI/ACT/43603/2001 da FCT foi financiado pelo FEDER e realizado na FE da UNL.

** Médico Psiquiatra. PhD em Psicologia. Prof. Cat. da ULL. Proposta do projecto enquanto Prof. Cat. da FE da UNL (investigador responsável). Sócio Efectivo da Revista Militar.

*** Médico Psiquiatra. Director da UTITA.

**** Enfermeiro, Mestre em Comp. Organizacional. Prof. Adj. do IPT.

***** Doutora em Direito. Prof. Aux. da FE da UNL. Consultora do Projecto.

***** Psicólogo. Mestre em Comp. Organizacional. C.P. Tabagismo. Consultor do Projecto.

***** Psicóloga. Seleccionada por concurso público para bolsa de Projecto.

1 Dada a dificuldade inerente a este requisito, pelo menos, em Portugal, nos dois estudos-piloto e no estudo nacional, dava-se aos representantes a possibilidade de exprimirem, à parte, as suas posições pessoais.

2 Diário da Republica nº 146, 27 de Junho de 2000.

3 Aprovado por despacho nº 13043/2000 (2ª série), do Secretário de Estado da Defesa Nacional, publicado no D.R. nº. 146, II série de 27 Junho de 2000.

4 Observatório Europeu da Droga e Toxicoddependência.