



Prevenção ao uso de álcool e outras drogas

no ambiente de trabalho **Conhecer para ajudar** †



**Prevenção ao uso de álcool e outras drogas
no ambiente de trabalho** Conhecer para ajudar

Presidente da República

Luiz Inácio Lula da Silva

Vice-Presidente da República

José Alencar Gomes da Silva

**Ministro-Chefe do Gabinete de Segurança Institucional e
Presidente do Conselho Nacional Antidrogas**

Jorge Armando Felix

Secretário Nacional Antidrogas

Paulo Roberto Yog de Miranda Uchôa

Secretária Adjunta da Secretaria Nacional Antidrogas

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Diretor Superintendente do SESI - Departamento Nacional

Antônio Carlos Brito Maciel

Diretor de Operações do SESI - Departamento Nacional

Carlos Henrique Ramos Fonseca

Gerente Executivo de Saúde e Segurança no Trabalho do SESI - Departamento Nacional

Fernando Coelho Neto

Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho **Conhecer para ajudar**

Florianópolis, SC

2008

Universidade Federal de Santa Catarina

Reitor

Alvaro Toubes Prata

Vice-Reitor

Carlos Alberto Justo da Silva

Secretaria de Educação a Distância

Coordenador Geral

Cícero Ricardo França Barboza

Coordenação Financeira

Vladimir Arthur Fey

Coordenação Administrativa

Nadia Rodrigues de Souza

Supervisão Pedagógica e de Linguagem em EaD

Ana Luzia Dias Pereira

Coordenação Técnico-Científica

Fátima Buchele

Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária

Diretor Executivo

Carlos Fernando Miguez

Gerente de Extensão

Fábio Silva de Souza

VENDA PROIBIDA. Todos os direitos desta edição reservados à SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD) e ao Serviço Social da Indústria (SESI). Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida e gravada, por qualquer meio eletrônico, por fotocópia e outros, sem autorização, por escrito, da Secretaria Nacional Antidrogas.

Tiragem: 3.600 exemplares

P944 Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho :

conhecer para ajudar. – Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas :
Serviço Social da Indústria, 2008.

172 p.
ISBN: 978-85-7426-040-2

Kit didático : Curso a distância
Inclui bibliografia

1. Álcool – Uso – Prevenção. 2. Drogas – Aspectos sociais – Brasil.
3. Drogas e emprego. 4. Política de saúde. 5. Drogas – Legislação.

CDU: 364.272

Catálogo na publicação por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

Equipe editorial

Secretaria Nacional Antidrogas

Supervisão Técnica e Científica

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Carla Dalbosco

Revisão de Conteúdo

Cíntia Tângari Wazir
Janaína Bezerra Nogueira
Déborah Domiceli de Oliveira Cruz

Secretaria de Educação a Distância

Supervisão Educacional

Karine Pereira Goss
Marivone Piana

Design Instrucional

André Luckman

Revisão Final

Marcelo Mendes de Souza

Projeto Gráfico

Pricila Cristina da Silva
Tháís de Almeida Santos

Diagramação

João Henrique Moço (Coordenação)
Rafael de Queiroz Oliveira

Webdesign

Rafael Amaral de Oliveira

Apoio Pedagógico

Amanda Chraim
Ana Maria Elias Rodrigues
Juliana Schumacker Lessa
Karin Rodrigues Moritz (Coordenação)

Monitoria

Dilton Ferreira Junior

Tecnologia da Informação

Rosemeri Maria Pereira (Coordenação)
Murillo Lagranha Flores

Suporte Técnico

Rafael Barboza
Rodrigo Rocha Coelho
Tales Tombini Hommerding

Prezado(a) cursista,

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, tem a satisfação de promover, em parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI), o Curso **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: Conhecer para ajudar**.

O primeiro Curso mostrou um retorno positivo dos profissionais capacitados devido à importância da mobilização de uma rede de atenção aos trabalhadores e à qualidade técnica dos materiais didáticos.

O Curso despertou, em muitos alunos, o reconhecimento da necessidade de definição de políticas e ações sobre drogas nas indústrias/empresas.

Certos de que o Curso contribuiu para o enfrentamento de situações relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas no ambiente de trabalho e visando a atender as demandas por uma segunda edição do Curso, a SENAD e o SESI/DN (Departamento Nacional) decidiram relançá-lo, apresentando uma versão ampliada com o aumento da carga horária de 40 para 120 horas. Este aumento permitirá que os alunos tenham mais tempo para se dedicar aos estudos, participar de discussões e realizar pesquisas, o que possibilitará um melhor aproveitamento dos recursos disponibilizados na estrutura de Educação a Distância deste Curso.

O conteúdo programático foi elaborado por especialistas com larga experiência em prevenção no ambiente de trabalho. Nesta nova versão, o livro foi revisado e ampliado com a inclusão de um texto sobre políticas públicas e legislação sobre drogas no Brasil.

Desejamos que este Curso continue suscitando e embasando reflexões e ações de prevenção no ambiente de trabalho, de modo a potencializar os recursos preventivos existentes.

Bom trabalho!

Secretaria Nacional Antidrogas
Gabinete de Segurança Institucional
Presidência da República

Serviço Social da Indústria - SESI
Departamento Nacional

Capítulo 1	DROGAS: CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS NO ORGANISMO	20
Capítulo 2	EXPERIMENTAÇÃO, USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS	40
Capítulo 3	O USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL	50
Capítulo 4	COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E PSIQUIÁTRICAS DO USO DO ÁLCOOL	64
Capítulo 5	PREVENÇÃO	78
Capítulo 6	ÁLCOOL E REDUÇÃO DE DANOS NO AMBIENTE DE TRABALHO	96
Capítulo 7	ANÁLISES TOXICOLÓGICAS E PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO AMBIENTE DE TRABALHO	108
Capítulo 8	ABORDAGEM, ATENDIMENTO E REINserÇÃO SOCIAL	120
Capítulo 9	POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS NO BRASIL	152

Guia do Curso

Prezado(a) estudante,

Bem-vindo ao Curso **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: Conhecer para ajudar.**

Este Curso, promovido pela SENAD em parceria com o SESI e desenvolvido pela FAPEU, em conjunto com a Universidade Federal de Santa Catarina, tem como objetivo preparar os membros das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs), os profissionais de Saúde e Segurança no Trabalho, os profissionais de Recursos Humanos e outros trabalhadores para atuar na prevenção e atenção a situações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho.

Para realizar o Curso, você recebeu um *kit* didático, do qual este livro faz parte. Leia com atenção o Guia do Curso. Nele você encontrará informações que lhe trarão uma visão geral sobre como este Curso está organizado e sobre os recursos que colocamos a sua disposição.

Esse conjunto de informações e orientações visa proporcionar uma estrutura de aprendizagem que contribua para o desenvolvimento de seus estudos e para a construção de um conhecimento significativo para você. Por isso, sempre que for necessário, consulte a estrutura de tutoria disponibilizada pela Secretaria de Educação a Distância (SEaD/UFSC). Seu tutor estará sempre pronto para auxiliá-lo neste percurso.

Esperamos que todos tenham um excelente Curso!

Secretaria de Educação a Distância
Universidade Federal de Santa Catarina

Como o Curso está estruturado?

O Curso será realizado na modalidade Educação a Distância (EaD), por meio do uso de diferentes recursos midiáticos. Nessa modalidade, é o próprio aluno que organiza seu tempo de estudo e a elaboração das atividades previstas, sempre com a orientação recebida por seus tutores e monitores.

Na Educação a Distância, é você quem decide quando e como vai estudar e, para isso, é fundamental ter disciplina e dedicação. Os horários e locais de estudo devem ser organizados conforme seu ritmo e suas necessidades.

Para que o estudo a distância se torne possível, é necessária a utilização de alguns recursos didáticos, assim como recursos humanos, para o acompanhamento sistemático dos estudantes.

Para realizar este Curso, você recebeu um *kit* didático formado por este livro e uma videoaula (em DVD). Além do *kit*, estão a sua disposição outros recursos educacionais também muito importantes para o desenvolvimento de seus estudos e para a construção de seu conhecimento. São eles:

- o [Portal](#) do Curso;
- três sessões de teleconferência (cada uma com duração de duas horas);
- fóruns de conteúdo;
- fóruns de avaliação sobre o Curso;
- ambientação virtual;
- *chats* (bate-papos virtuais);
- biblioteca virtual;
- Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem (AVEA);
- Sistema de Apoio ao Aluno a Distância.

<http://trabalho.senad.gov.br>

Procure utilizar todos esses recursos disponíveis de maneira integrada e não deixe de participar das atividades previstas neste Curso. Sua participação é fundamental para o sucesso do aprendizado que estamos construindo conjuntamente!

Carga Horária
120 horas/aula

Período de realização
Três meses

Certificação

Os concluintes receberão um Certificado de Extensão Universitária registrado pela UFSC. Os critérios para a conclusão do Curso são os seguintes:

- participar de, no mínimo, três fóruns de discussão;
- realizar os módulos de avaliação propostos para o Curso.

Lembre-se! Para um bom aproveitamento do Curso, é necessário que você fique atento ao seguinte:

- utilize regularmente os materiais didáticos disponibilizados;
- consulte seu tutor sempre que você tiver alguma dúvida em relação ao conteúdo ministrado;
- assista às teleconferências;
- participe dos chats e dos fóruns de discussão;
- assista à videoaula;
- faça as atividades de avaliação propostas.

O que eu farei neste Curso?

Recebendo o material

Você recebeu um *kit* didático contendo o seguinte material:

- um livro
- uma videoaula

Verifique na etiqueta da embalagem do *kit* se seus dados pessoais, como nome completo e endereço, estão corretos. Esses detalhes são importantes para que você receba outras correspondências sem problemas. Se os dados da etiqueta não estiverem corretos, entre em contato com a monitoria deste Curso através do e-mail trabalho@sead.ufsc.br e comunique seu problema.

Organizando o estudo

- Desenvolva hábitos de estudo. Crie um roteiro de estudo, estabelecendo os temas e horários de cada dia da semana. Procure seguir o roteiro para criar o hábito.
- Destine no roteiro um tempo para estudar os Capítulos do livro, assistir às teleconferências e à videoaula, participar dos *chats* e fóruns de discussão e preparar-se para as atividades de avaliação. Sempre que necessário, entre em contato com seu tutor.
- Identifique no conteúdo os pontos que mais lhe interessam e o que mais tem relação com sua atividade profissional. Você não aprenderá eficientemente, a menos que se torne interessado pelo assunto de alguma maneira.
- Leia atentamente o Guia do Curso para tirar melhor proveito das informações e conhecer seu Curso.
- Se preferir, procure trabalhar em grupo. Reúna colegas que participam deste Curso e organize momentos para discussão do conteúdo. Esses momentos em grupo são fundamentais para enriquecer seu aprendizado e o de seus colegas.
- Procure utilizar todos os materiais de maneira integrada aos demais recursos disponibilizados no Curso.
- Organize seus horários de estudo observando o cronograma das atividades do Curso. Este cronograma é atualizado periodicamente no AVEA do Curso. Acesse <http://trabalho.senad.gov.br> e fique atento a tudo o que está acontecendo no seu Curso!

Estudando com o livro

- O livro foi dividido em nove Capítulos, visando facilitar a organização e a apresentação do conteúdo.
- Faça uma leitura dinâmica e geral: leia o sumário e os objetivos de cada Capítulo. Essa primeira leitura é importante para que você tenha uma noção geral das temáticas abordadas ao longo do Curso. Em seguida, faça uma leitura mais cuidadosa.
- Sublinhe os trechos que você achar importantes e elabore seus próprios resumos.
- Preste atenção nos quadros, negritos, ícones e nas ilustrações, pois eles contêm mensagens importantes.
- Tenha o hábito de fazer esquemas e anotações ao longo dos textos.
- À medida que ler, faça intervalos para compreender a essência do que foi lido.
- Anote as dúvidas que surgirem durante a leitura e esclareça-as com seu tutor.
- Ao final da leitura, volte ao início do Capítulo e verifique se você atingiu os objetivos elencados. Caso não os tenha atingido, reveja os materiais didáticos ou entre em contato com seu tutor.

Consultando o Portal do Curso

Para acessar o Portal do Curso, basta digitar o seguinte endereço: <http://trabalho.senad.gov.br>. Sugerimos que você o acesse regularmente, pois disponibilizamos as datas das atividades (teleconferências, *chats*, fóruns) e demais informações atualizadas sobre o andamento do Curso. Além disso, o espaço de “dúvidas freqüentes” também será atualizado constantemente pelos tutores, constituindo excelente ferramenta para consulta das dúvidas coletivas e fonte de informações.

O Portal foi planejado para permitir o acesso a informações atualizadas sobre o andamento das atividades e a ferramentas de interação com tutores, monitores e demais alunos do Curso.

Participando dos fóruns e *chats*

Os *chats* são espaços para discussão de temas específicos referentes ao conteúdo do Curso, bem como para troca de experiências entre os cursistas. Esses bate-papos poderão acontecer no mesmo dia das teleconferências, visando ao aprofundamento das questões debatidas. Geralmente, eles têm a duração de 1 hora-aula e ocorrem em tempo real, com comunicação direta entre aluno e tutor. É por isso que os *chats* são caracterizados como mídias síncronas.

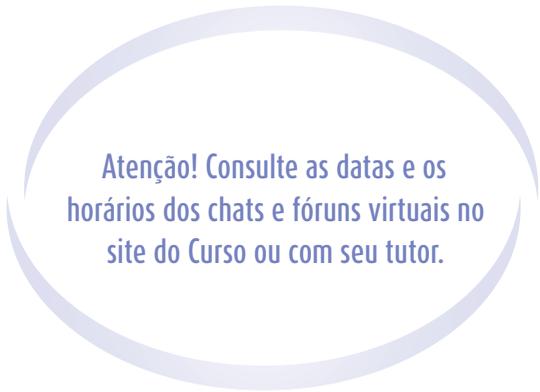
Além de contar com um especialista na área do Curso, cada bate-papo terá um mediador. O mediador será um tutor, que faz a abertura da sala com a apresentação do tema e intervém para que a discussão se mantenha dentro do tema proposto.

Para o melhor aproveitamento dos *chats*, siga as orientações abaixo:

- Acesse o endereço <http://trabalho.senad.gov.br> e entre no AVEA do Curso. Clique, então, em “BATE-PAPO”.
- Na janela “BATE-PAPO”, clique no grupo do seu tutor.
- Você visualizará a discussão somente a partir do momento de sua entrada. Não é possível ler as mensagens anteriores. Por isso, é importante acompanhar a discussão desde o início.
- Procure se ater ao tema proposto, questione seus colegas e dê sua opinião.
- Se tiver alguma dúvida específica em relação a outras temáticas abordadas no Curso, entre em contato com seu tutor posteriormente. Não utilize o espaço do bate-papo para isso.
- Para sair da conversa, feche a janela.

Os fóruns, por sua vez, não ocorrem em tempo real. Com a disponibilização de fóruns, busca-se, fundamentalmente, responder questões específicas de conteúdo. Estas questões serão publicadas pelos tutores no AVEA do Curso e você terá um período de, no mínimo, sete dias para responder a cada uma delas. Tal período é fundamental para que todos possam ter tempo de construir argumentativamente suas respostas.

Além de fóruns de conteúdo, há os fóruns de avaliação sobre o Curso. A sua participação nos fóruns de conteúdo configura-se como pré-requisito para a certificação. Já nos fóruns de avaliação, sua participação é facultativa. Estes fóruns, muito embora facultativos, são de extrema importância para garantirmos a qualidade de nosso desenvolvimento educacional. Por isso, não deixe de publicar sua opinião sobre os recursos educacionais que serão disponibilizados neste Curso. Participe!



Atenção! Consulte as datas e os horários dos chats e fóruns virtuais no site do Curso ou com seu tutor.

Além disso, durante todo o período do Curso, um fórum virtual ficará disponível permanentemente, o espaço chamado "Intervalo Interativo". Em qualquer dia e horário, você poderá manter contato *on-line* com seus colegas de Curso, sobre o tema que for de seu interesse.

Neste Curso, teremos, então, dois tipos de fórum: um que ficará aberto permanentemente e sem tema específico (Intervalo Interativo) e outro fechado, que tem data e horário agendados com antecedência, além de temática própria (fórum de conteúdo). Seu tutor fará contato periódico para acompanhar o andamento de seus estudos. Por isso, é importante manter seus dados cadastrais atualizados, principalmente o endereço eletrônico e os números de telefone para contato.

Assistindo às teleconferências

O que é uma teleconferência?

É um programa de televisão transmitido ao vivo, via satélite, com recepção por antena parabólica. O principal objetivo da teleconferência é ampliar os conteúdos disponibilizados nos materiais didáticos, oferecendo atualização e aprofundamento em relação ao tema do Curso, além de propiciar a interação dos espectadores com os especialistas.

Como eu posso participar?

Você, cursista, poderá enviar perguntas para os especialistas que estiverem participando do programa. As dúvidas devem ser encaminhadas durante a realização do programa, pelo telefone **0800 646 22 44** ou pelo *e-mail* **trabalho@sead.ufsc.br**.

Onde eu posso assistir?

Em qualquer ambiente equipado com uma antena parabólica: escolas, centros comunitários, prefeituras ou mesmo em sua própria residência.

Como eu faço para sintonizar o canal do programa?

Todas as antenas parabólicas instaladas no Brasil podem receber a transmissão da teleconferência, que é via satélite. Para receber a transmissão, é preciso ter um aparelho de TV conectado a uma antena parabólica. Para localizar o canal de transmissão, fique atento às informações abaixo sobre a sintonia.

- Verifique com antecedência se os equipamentos são adequados (TV e antena parabólica) e se estão regulados na frequência indicada (1.220 Mhz).
- Procure organizar e ajustar o canal com antecedência. Cinco minutos antes de iniciar a teleconferência, é possível ver uma imagem com o logotipo do Curso e ouvir a seguinte mensagem: “Dentro de instantes, você irá assistir a uma teleconferência do Curso **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: Conhecer para ajudar**”, para facilitar a identificação do canal.
- Todas as teleconferências serão publicadas no AVEA do Curso e, quando você receber seu certificado de conclusão, também receberá um CD contendo a gravação dessas teleconferências para que você possa assisti-las sempre que desejar.
- Você poderá organizar a recepção da teleconferência para assisti-la em grupo, utilizando material de apoio e promovendo discussões sobre a temática apresentada.

Assistindo à videoaula

A videoaula deste Curso tem como objetivo ilustrar, reforçar e complementar o conteúdo do livro. Assista à videoaula quantas vezes considerar necessário. Ela é um importante recurso didático que auxiliará seu estudo e sua atuação em redes de prevenção.

Participando das lições virtuais

No decorrer do Curso, algumas lições virtuais serão publicadas no AVEA, visando a auxiliá-lo no seu processo de aprendizagem.

Estes são momentos de diálogo com os autores do livro, em que se confrontam seus entendimentos sobre os conceitos estudados. Essas atividades permitem, ainda, a resolução de algumas situações concretas, estabelecendo uma estreita relação entre teoria e prática.

Preste muita atenção às lições virtuais e não deixe de participar desses momentos tão significativos para a construção do conhecimento.

Recursos do livro

Este livro foi organizado para facilitar sua leitura e seu estudo durante o Curso. Para isso, ele contém alguns recursos visuais no decorrer de suas páginas.

The diagram shows a page from a book with several callouts pointing to specific features:

- Identificação do Capítulo:** Points to the chapter number '2' in the top right corner.
- Links:** Points to an information icon (i) in a box on the right side of the page.
- Quadro-destaque:** Points to a highlighted text box: "É imprescindível que todos os segmentos da empresa tenham nitida compreensão de que o uso abusivo e a dependência de drogas não têm uma única causa. Os problemas decorrentes disso requerem diferentes tipos de abordagem."
- Glossário:** Points to a highlighted word: "Aumento excessivo da temperatura corporal."
- Negrito:** Points to a bolded phrase: "preciso conhecer os fatores que colocam o trabalhador em risco e os que o protegem".
- Número da página:** Points to the page number '33' in the bottom right corner.

The page content includes:

Felizmente, esse cenário vem se modificando. As empresas brasileiras, na busca de alternativas para diminuir o impacto negativo que o uso de drogas tem na saúde do trabalhador, na produtividade e no ambiente onde ele exerce suas atividades, começam a desenhar suas políticas nesse sentido.

É bom saber...
No Brasil, menos de 5% das empresas têm algum tipo de programa de prevenção. Em países como Estados Unidos, Canadá, França e Inglaterra, esse índice chega a 90%, mostrando claro senso de responsabilidade social (CREMESP).

É imprescindível que todos os segmentos da empresa tenham nitida compreensão de que o uso abusivo e a dependência de drogas não têm uma única causa. Os problemas decorrentes disso requerem diferentes tipos de abordagem.

Há relatos de casos de morte por **hipertermia maligna**, em que a participação da droga não é completamente esclarecida. Possivelmente, a droga estimula a hiperatividade e aumenta a sensação de sede ou, talvez, induza um quadro tóxico específico.

Ao planejar uma atividade de prevenção, é **preciso conhecer os fatores que colocam o trabalhador em risco e os que o protegem**, a fim de atuar minimizando os primeiros e fortalecendo os segundos. As ações preventivas não podem ser desenvolvidas isoladamente, ou seja, devem ser elaboradas a partir de pressupostos sobre a relação do indivíduo com a droga.



DROGAS: CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS NO ORGANISMO

Sérgio Nicastri



Neste Capítulo, você verá



- A definição do termo droga
- Classificação e efeitos das principais drogas no organismo

1. O que é droga?

Droga, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

Uma droga não é por si só boa ou má. Existem substâncias que são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, como o tratamento de doenças, e são consideradas *medicamentos*. Mas também existem substâncias que prejudicam a saúde, os *venenos* ou *tóxicos*. É interessante que a mesma substância pode funcionar como medicamento em algumas situações e como tóxico em outras.

Neste Capítulo, discutiremos as principais drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo. Por essa razão, são chamadas drogas psicotrópicas, conhecidas também como substâncias psicoativas.

Vale lembrar que nem todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência. No entanto, há substâncias aparentemente inofensivas e presentes em muitos produtos de uso doméstico que têm esse poder.

A lista de substâncias que podem provocar dependência, na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), em seu capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento), inclui:

- álcool;
- opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas);
- canabinóides (maconha);
- sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos);
- cocaína;
- outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína);
- alucinógenos;
- tabaco;
- solventes voláteis.

2. Classificação das drogas

Há diversas formas de classificar as drogas.

Classificação das drogas do ponto de vista legal	
Drogas Lícitas	Drogas Ilícitas
<ul style="list-style-type: none"> São aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Como, por exemplo, álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. 	<ul style="list-style-type: none"> Proibidas por lei.

Existe uma classificação – de interesse didático – que se baseia nas ações aparentes das drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância:

drogas DEPRESSORAS da atividade mental;

drogas ESTIMULANTES da atividade mental;

drogas PERTURBADORAS da atividade mental.

Com base nessa classificação, vamos conhecer as principais drogas.

2.1. Drogas depressoras da atividade mental

Essa categoria inclui uma grande variedade de substâncias, que diferem acentuadamente em suas propriedades físicas e químicas, mas que apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC. Como consequência dessa ação, há uma tendência de ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, e é comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, um aumento da sonolência.

• Álcool

O álcool etílico é um produto da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes em vegetais, como a cana-de-açúcar, a uva e a cevada.

Suas propriedades euforizantes e intoxicantes são conhecidas desde tempos pré-históricos e praticamente todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com sua utilização. É seguramente a droga psicotró-

pica de uso e abuso mais amplamente disseminados em grande número e diversidade de países na atualidade.

A **fermentação** produz bebidas com concentração de álcool de até 10% (proporção do volume de álcool puro no total da bebida). São obtidas concentrações maiores por meio de **destilação**. Em doses baixas, o álcool é utilizado, sobretudo, por causa de sua ação euforizante e da capacidade de diminuir as inibições, o que facilita a interação social.

Há uma relação entre os efeitos do álcool e os níveis da substância no sangue, que variam em razão do tipo de bebida utilizada, da velocidade do consumo, da presença de alimentos no estômago e de possíveis alterações no metabolismo da droga por diversas situações – por exemplo, na insuficiência hepática, em que a degradação da substância é mais lenta.

Processo anaeróbico de transformação de uma substância em outra, produzida a partir de micro-organismos, tais como bactérias e fungos, chamados nesses casos de fermentos.

Processo em que se vaporiza uma substância líquida e, em seguida, condensam-se os vapores resultantes, para se obter de novo um líquido, geralmente mais puro.

Níveis de álcool no sangue		
Baixo	Médio	Alto
<ul style="list-style-type: none"> • Desinibição do comportamento. • Diminuição da crítica. • Hilariedade e instabilidade afetiva (a pessoa ri ou chora por motivos pouco significativos). • Certo grau de incoordenação motora. • Prejuízo das funções sensoriais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior incoordenação motora (ataxia). • A fala torna-se pastosa, há dificuldades de marcha e aumento importante do tempo de resposta (reflexos mais lentos). • Aumento da sonolência, com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Podem surgir náuseas e vômitos. • Visão dupla (diplopia). • Acentuação da ataxia e da sonolência (até o coma). • Pode ocorrer hipotermia e morte por parada respiratória.

O álcool induz **tolerância** (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para se produzir o mesmo efeito desejado ou intoxicação) e **síndrome de abstinência** (sintomas desagradáveis que ocorrem com a redução ou com a interrupção do consumo da substância).

• Barbitúricos

São um grupo de substâncias sintetizadas artificialmente desde o começo do século XX, que possuem diversas propriedades em comum com o álcool e com outros tranqüilizantes (benzodiazepínicos).

Seu uso inicial foi dirigido ao tratamento da insônia, porém a dose para causar os efeitos terapêuticos desejáveis não é muito distante da dose tóxica ou letal. O sono produzido por essas drogas, assim como aquele

provocado por todas as drogas indutoras de sono, é muito diferente do sono “natural” (fisiológico).

São efeitos de sua principal ação farmacológica:

- a diminuição da capacidade de raciocínio e concentração;
- a sensação de calma, relaxamento e sonolência;
- reflexos mais lentos.

Com doses um pouco maiores, a pessoa tem sintomas semelhantes à embriaguez, com lentidão nos movimentos, fala pastosa e dificuldade na marcha.

Doses tóxicas dos barbitúricos podem provocar:

- surgimento de sinais de incoordenação motora;
- acentuação significativa da sonolência, que pode chegar ao coma;
- morte por parada respiratória.

São drogas que causam tolerância (sobretudo quando o indivíduo utiliza doses altas desde o início) e síndrome de abstinência quando ocorre sua retirada, o que provoca insônia, irritação, agressividade, ansiedade e até convulsões.

Em geral, são utilizados na prática clínica para indução anestésica (tiopental) e como anticonvulsivantes (fenobarbital).

• Benzodiazepínicos

Esse grupo de substâncias começou a ser usado na medicina durante os anos 60 e possui similaridades importantes com os barbitúricos em termos de ações farmacológicas, com a vantagem de oferecer maior margem de segurança. Em outras palavras, a dose tóxica, aquela que produz efeitos prejudiciais à saúde, é muitas vezes maior que a dose terapêutica, ou seja, a dose prescrita no tratamento médico.

Atuam potencializando as ações do GABA (ácido gama-amino-butírico), o principal **neurotransmissor** inibitório do SNC.

Substância química produzida pelos neurônios, as células nervosas, por meio da qual elas podem enviar informações a outras células.

Como consequência dessa ação, os benzodiazepínicos produzem:

- diminuição da ansiedade;
- indução do sono;
- relaxamento muscular;
- redução do estado de alerta.

Essas drogas dificultam ainda os processos de aprendizagem e memória, alteram também funções motoras, prejudicando atividades como dirigir automóveis e outras que exijam reflexos rápidos.

As doses tóxicas dessas drogas são bastante altas, mas pode ocorrer intoxicação se houver uso concomitante de outros depressores da atividade mental, principalmente álcool ou barbitúricos. O quadro de intoxicação é muito semelhante ao causado por barbitúricos.

Existem centenas de compostos comerciais disponíveis, que diferem somente em relação à velocidade e duração total de sua ação. Alguns são mais bem utilizados clinicamente como indutores do sono, enquanto outros são empregados no controle da ansiedade ou para prevenir a convulsão.

Exemplos de benzodiazepínicos: diazepam, lorazepam, bromazepam, midazolam, flunitrazepam, clonazepam, lexotan.

• Opióides

Grupo que inclui drogas “naturais”, derivadas da papoula do oriente (*Papaver somniferum*), sintéticas e semi-sintéticas, obtidas a partir de modificações químicas em substâncias naturais.

As drogas mais conhecidas desse grupo são a morfina, a heroína e a codeína, além de diversas substâncias totalmente sintetizadas em laboratório, como a metadona e meperidina.

Sua ação decorre da capacidade de imitar o funcionamento de diversas substâncias naturalmente produzidas pelo organismo, como as endorfinas e as encefalinas.

Normalmente, são drogas depressoras da atividade mental, mas possuem ações mais específicas, como de analgesia e de inibição do reflexo da tosse.

Causam os seguintes efeitos:

- contração pupilar importante;
- diminuição da motilidade do trato gastrointestinal;
- efeito sedativo, que prejudica a capacidade de concentração;
- torpor e sonolência.

Os opióides deprimem o centro respiratório, provocando desde respiração mais lenta e superficial até parada respiratória, perda da consciência e morte.

São efeitos da abstinência:

- náuseas;
- lacrimejamento;
- corrimento nasal;
- vômitos;
- cólicas intestinais;
- arrepios, com duração de até 12 dias;
- câimbra;
- diarreia.

Uso clínico

Os medicamentos à base de opióides são usados para controlar a tosse, a diarreia e como analgésicos potentes.

• Solventes ou inalantes

Esse grupo de substâncias, entre os depressores, não possui nenhuma utilização clínica, com exceção do éter etílico e do clorofórmio, que já foram largamente empregados como anestésicos gerais.

Podem tanto ser inalados involuntariamente por trabalhadores como podem ser utilizados como drogas de abuso, por exemplo, a cola de sapateiro. Outros exemplos são o tolueno, o xilol, o n-hexano, o acetato de etila, o tricloroetileno, além dos já citados éter e cloro-

fórmio, cuja mistura é chamada frequentemente de “lança-perfume”, “cheirinho” ou “loló”.

Os efeitos têm início bastante rápido após a inalação, de segundos a minutos, e também têm curta duração, o que predispõe o usuário a inalações repetidas, com conseqüências às vezes desastrosas.

Efeitos observados:

Primeira fase	Segunda fase	Terceira fase	Quarta fase
Euforia, com diminuição de inibição de comportamento.	Predomínio da depressão do SNC; o indivíduo torna-se confuso, desorientado. Podem também ocorrer alucinações auditivas e visuais.	A depressão se aprofunda, com redução acentuada do estado de alerta. Incoordenação ocular e motora (marcha vacilante, fala pastosa, reflexos bastante diminuídos). As alucinações tornam-se mais evidentes.	Depressão tardia. Ocorre inconsciência. Pode haver convulsões, coma e morte.

O uso crônico dessas substâncias pode levar à destruição de neurônios, causando danos irreversíveis ao cérebro, assim como lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea.

Outro efeito ainda pouco esclarecido dessas substâncias (particularmente dos compostos halogenados, como o clorofórmio) é sua interação com a adrenalina, pois aumenta sua capacidade de causar arritmias cardíacas, o que pode provocar morte súbita.

Embora haja tolerância, até hoje não se tem uma descrição característica da síndrome de abstinência relacionada a esse grupo de substâncias.

2.2. Drogas estimulantes da atividade mental

São incluídas nesse grupo as drogas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como conseqüências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

• Anfetaminas

São substâncias sintéticas. Muitas vezes, a denominação “anfetaminas” é utilizada para designar todo o grupo de drogas que apresentam ações semelhantes à anfetamina. Dessa forma, são exemplos de drogas

“anfetamínicas” o fenproporex, o metilfenidato, o manzidol, a metanfetamina e a dietilpropiona.

Seu mecanismo de ação é aumentar a liberação e prolongar o tempo de atuação de neurotransmissores utilizados pelo cérebro, a dopamina e a noradrenalina.

Efeitos do uso de anfetaminas:

- diminuição do sono e do apetite;
- sensação de maior energia e menor fadiga, mesmo quando se realizam esforços excessivos, o que pode ser prejudicial;
- rapidez na fala;
- dilatação da pupila;
- taquicardia;
- elevação da pressão arterial.

Doses tóxicas

Com doses tóxicas, acentuam-se esses efeitos. O indivíduo tende a ficar mais irritável e agressivo e pode se considerar vítima de perseguição inexistente (delírios persecutórios) e ter alucinações e convulsões.

Tolerância e abstinência

O consumo dessas drogas induz tolerância. Não se sabe com certeza se ocorre uma verdadeira síndrome de abstinência. São freqüentes os relatos de sintomas depressivos: falta de energia, desânimo, perda de motivação, que, por vezes, são bastante intensos quando há interrupção do uso dessas substâncias.

Uso clínico

Entre outros usos, destaca-se sua utilização como moderadores do apetite (remédios para regime de emagrecimento).

• Cocaína

É uma substância extraída de uma planta existente na América do Sul, popularmente conhecida como coca (*Erythroxylon coca*).

Pode ser consumida na forma de pó (cloridrato de cocaína), aspirado ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea, ou sob a forma de uma base, que é fumada, o *crack*. Existe ainda a pasta de coca, um produto menos purificado, que também pode ser fumado, conhecido como *merla*.

Mecanismo de ação no SNC

Seu mecanismo de ação no SNC é muito semelhante ao das anfetaminas, mas a cocaína atua ainda sobre um terceiro neurotransmissor, a serotonina, além da noradrenalina e da dopamina.

A cocaína apresenta também propriedades de anestésico local que independem de sua atuação no cérebro. Essa era, no passado, uma das indicações de uso médico da substância, hoje obsoleto.

Seus efeitos têm início rápido e duração breve. No entanto, são mais intensos e fugazes quando a via de utilização é a intravenosa ou quando o indivíduo utiliza o *crack*.

Efeitos do uso da cocaína:

- sensação intensa de euforia e poder;
- estado de excitação;
- hiperatividade;
- insônia;
- falta de apetite;
- perda da sensação de cansaço.

Tolerância e abstinência

Apesar de não serem descritas tolerância nem síndrome de abstinência inequívoca, observa-se frequentemente o aumento progressivo das doses consumidas.

Particularmente no caso do *crack*, os indivíduos desenvolvem dependência severa rapidamente, muitas vezes em poucos meses ou mesmo algumas semanas de uso.

Com doses maiores, observam-se outros efeitos, como irritabilidade, agressividade e até delírios e alucinações, que caracterizam um verdadeiro estado psicótico, a psicose cocaínica. Também podem ser observados

aumento da temperatura e convulsões, freqüentemente de difícil tratamento, que podem levar à morte se esses sintomas forem prolongados. Ocorrem ainda dilatação pupilar, elevação da pressão arterial e taquicardia (os efeitos podem levar até a parada cardíaca por fibrilação ventricular, uma das possíveis causas de morte por superdosagem).

Fator de risco de infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Mais recentemente e de modo cada vez mais freqüente, têm-se verificado alterações persistentes na circulação cerebral em indivíduos dependentes de *cocaína*. Existem evidências de que o uso de *cocaína* seja um fator de risco para o desenvolvimento de infartos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) em indivíduos relativamente jovens. Um processo de degeneração irreversível da musculatura (rabdomiólise) em usuários crônicos de *cocaína* também já foi descrito.

2.3. Drogas perturbadoras da atividade mental

Nesse grupo de drogas, classificamos diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais destacamos os delírios e as alucinações. Por esse motivo, essas drogas receberam a denominação *alucinógenos*.

Em linhas gerais, podemos definir **alucinação** como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. **Delírio**, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta. Há uma realidade, um fator qualquer, mas a pessoa delirante não é capaz de fazer avaliações corretas a seu respeito; por exemplo, no caso do delírio persecutório, nota, em toda parte, indícios claros – embora irreais – de uma perseguição à sua pessoa.

Esse tipo de fenômeno ocorre de modo espontâneo em certas doenças mentais denominadas psicoses, razão pela qual essas drogas também são chamadas *psicotomiméticos*.

• Maconha

É o nome dado no Brasil à *Cannabis sativa*. Suas folhas e inflorescências secas podem ser fumadas ou ingeridas. Há também o haxixe, pasta semi-

sólida obtida por meio de grande pressão nas inflorescências, preparação com maiores concentrações de THC (tetrahydrocannabinol), uma das diversas substâncias produzidas pela planta, principal responsável pelos seus efeitos psíquicos.

Há uma grande variação na quantidade de THC produzida pela planta conforme as condições de solo, clima e tempo decorrido entre a colheita e o uso, bem como na sensibilidade das pessoas à sua ação, o que explica a capacidade da maconha produzir efeitos mais (ou menos) intensos.

Efeitos psíquicos

- **Agudos**

Esses efeitos podem ser descritos, em alguns casos, como uma sensação de bem-estar, acompanhada de calma e relaxamento, menos fadiga e hilaridade, enquanto, em outros casos, podem ser descritos como angústia, atordoamento, ansiedade e medo de perder o autocontrole, com tremores e sudorese.

Há uma perturbação na capacidade de calcular o tempo e o espaço, além de um prejuízo da memória e da atenção.

Com doses maiores ou conforme a sensibilidade individual, podem ocorrer perturbações mais evidentes do psiquismo, com predominância de delírios e alucinações.

- **Crônicos**

O uso continuado interfere na capacidade de aprendizado e memorização. Pode induzir um estado de diminuição da motivação, que pode chegar à síndrome amotivacional, ou seja, a pessoa não sente vontade de fazer mais nada, tudo parece ficar sem graça, perder a importância.

Efeitos físicos

- **Agudos**

- Hiperemia conjuntival (os olhos ficam avermelhados).
- Diminuição da produção da saliva (sensação de secura na boca).
- Taquicardia com a frequência de 140 batimentos por minuto ou mais.

- **Crônicos**

- Problemas respiratórios são comuns, uma vez que a fumaça produzida pela maconha é muito irritante, além de conter alto teor de alcatrão (maior que no caso do tabaco) e nele existir uma substância chamada benzopireno, um conhecido agente cancerígeno.
- Ocorre ainda uma diminuição de até 50% a 60% na produção de testosterona dos homens, e pode haver infertilidade.

- **Alucinógenos**

Designação dada a diversas drogas que possuem a propriedade de provocar uma série de distorções do funcionamento normal do cérebro, que trazem como consequência uma variada gama de alterações psíquicas, entre as quais alucinações e delírios, sem que haja estimulação ou depressão da atividade cerebral.

- **Alucinógenos propriamente ditos ou alucinógenos primários**

São os alucinógenos capazes de produzir efeitos psíquicos em doses que praticamente não alteram outra função no organismo.

- **Alucinógenos secundários como os anticolinérgicos**

São capazes de induzir efeitos alucinógenos em doses que afetam de maneira importante diversas outras funções.

- **Plantas com propriedades alucinógenas**

Diversas plantas possuem propriedades alucinógenas, como, por exemplo, alguns cogumelos (*Psilocibe mexicana*, que produz a psilocibina), a jurema (*Mimosa hostilis*) e outras plantas eventualmente utilizadas na forma de chás e beberagens alucinógenas.

- **Dietilamida do Ácido Licérgico (LSD)**

Substância alucinógena sintetizada artificialmente e uma das mais potentes com ação psicotrópica que se conhece. As doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos com duração de 4 a 12 horas.

Seus efeitos dependem muito da sensibilidade da pessoa às ações da droga, de seu estado de espírito no momento da utilização e também do ambiente em que se deu a experiência.

Efeitos do uso de LSD:

- distorções perceptivas (cores, formas e contornos alterados);
- fusão de sentidos (por exemplo, a impressão de que os sons adquirem forma ou cor);
- perda da discriminação de tempo e espaço (minutos parecem horas ou metros assemelham-se a quilômetros);
- alucinações (visuais ou auditivas) podem ser vivenciadas como sensações agradáveis, mas também podem deixar o usuário extremamente amedrontado;
- estados de exaltação (coexistem com muita ansiedade, angústia e pânico e são relatados como boas ou más “viagens”).

Outra repercussão psíquica da ação do LSD sobre o cérebro são os delírios.

Delírios	Exemplos dos delírios
Delírios de grandiosidade	O indivíduo se julga com capacidades ou forças extraordinárias. Por exemplo, capacidade de atirar-se de janelas, acreditando que pode voar; de avançar mar adentro, crendo que pode caminhar sobre a água; de ficar parado em frente a um carro numa estrada, julgando ter força mental suficiente para pará-lo.
Delírios persecutórios	O indivíduo acredita ver à sua volta indícios de uma conspiração contra si e pode até agredir outras pessoas numa tentativa de defender-se da “perseguição”.

• Outros efeitos tóxicos

Há descrições de pessoas que experimentam sensações de ansiedade muito intensa, depressão e até quadros psicóticos por longos períodos após o consumo do LSD.

Uma variante desse efeito é o *flashback*, quando, após semanas ou meses depois de uma experiência com LSD, o indivíduo volta a apresentar repentinamente todos os efeitos psíquicos da experiência anterior, sem ter voltado a consumir a droga, com conseqüências imprevisíveis, uma vez que tais efeitos não estavam sendo procurados ou esperados e podem surgir em ocasiões bastante impróprias.

Efeitos no resto do organismo:

- aceleração do pulso;
- dilatação da pupila;
- episódios de convulsão já foram relatados, mas são raros.

Tolerância e abstinência

O fenômeno da tolerância desenvolve-se muito rapidamente com o LSD, mas também há um desaparecimento rápido com a interrupção do uso da substância. Não há descrição de uma síndrome de abstinência se um usuário crônico deixa de consumir a substância, mas, ainda assim, pode ocorrer a dependência quando, por exemplo, as experiências com o LSD ou outras drogas perturbadoras do SNC são encaradas como “respostas aos problemas da vida” ou “formas de encontrar-se”, que fazem com que a pessoa tenha dificuldades em deixar de consumir a substância, frequentemente ficando à deriva no dia-a-dia, sem destino ou objetivos que venham a enriquecer sua vida pessoal.

É importante saber...

No Brasil, o Ministério da Saúde não reconhece nenhum uso clínico dos alucinógenos, e sua produção, porte e comércio são proibidos no território nacional.

• Ecstasy (3,4-metileno-dioxi-metanfetamina ou MDMA)

É uma substância alucinógena que guarda relação química com as anfetaminas e apresenta também propriedades estimulantes. Seu uso é frequentemente associado a certos grupos, como os jovens frequentadores de danceterias ou boates.

Há relatos de casos de morte por **hipertermia maligna**, em que a participação da droga não é completamente esclarecida. Possivelmente, a droga estimula a hiperatividade e aumenta a sensação de sede ou, talvez, induza um quadro tóxico específico.

Aumento excessivo da temperatura corporal.

Também existem suspeitas de que a substância seja tóxica para um grupo específico de neurônios produtores de serotonina.

• Anticolinérgicos

São substâncias provenientes de plantas ou sintetizadas em laboratório que têm a capacidade de bloquear as ações da acetilcolina, um neurotransmissor encontrado no SNC e no Sistema Nervoso Periférico (SNP).

Produzem efeitos sobre o psiquismo quando utilizadas em doses relativamente grandes e também provocam alterações de funcionamento em diversos sistemas biológicos, portanto são drogas pouco específicas.

Efeitos psíquicos

Causam alucinações e delírios. São comuns as descrições de pessoas intoxicadas em que elas se sentem perseguidas ou têm visões de pessoas ou animais. Esses sintomas dependem bastante da personalidade do indivíduo, assim como das circunstâncias ambientais em que ocorreu o consumo dessas substâncias.

Os efeitos são, em geral, intensos e podem durar até dois ou três dias.

Efeitos somáticos

- dilatação da pupila;
- boca seca;
- aumento da frequência cardíaca;
- diminuição da motilidade intestinal (até paralisia);
- dificuldades para urinar.

Em doses elevadas, podem produzir grande elevação da temperatura (até 40-41 °C), com possibilidade de ocorrerem convulsões. Nessa situação, a pessoa apresenta-se com a pele muito quente e seca, com uma **hiperemia** principalmente localizada no rosto e no pescoço.

Congestão sangüínea em qualquer parte do corpo.

São exemplos de drogas desse grupo: algumas plantas, como certas espécies do gênero *Datura*, conhecidas como saia-branca, trombeteira ou zabumba, que produzem atropina e escopolamina; e certos medicamentos, como o tri-hexafenidil, a dicitlomina e o biperideno.

2.4. Outras drogas

• Tabaco

Um dos maiores problemas de saúde pública em diversos países do mundo, o cigarro é uma das mais importantes causas potencialmente evitáveis de doenças e morte.

Efeitos:

- doenças cardiovasculares (infarto, AVC e morte súbita);
- doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica);
- diversas formas de câncer (pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, bexiga e útero).

Seus efeitos sobre as funções reprodutivas incluem redução da fertilidade, prejuízo do desenvolvimento fetal, aumento de riscos para **gravidez ectópica** e abortamento espontâneo.

Fumantes passivos

Existem evidências de que os não-fumantes expostos à fumaça de cigarro do ambiente (fumantes passivos) têm risco maior de desenvolver as mesmas patologias que afetam os fumantes.

A nicotina é a substância presente no tabaco que provoca a dependência.

Embora esteja implicada nas doenças cardiocirculatórias, não parece ser cancerígena.

Ações psíquicas da nicotina

São complexas, com uma mistura de efeitos estimulantes e depressores. Mencionam-se o aumento da concentração e da atenção e a redução do apetite e da ansiedade.

Tolerância e abstinência

A nicotina induz tolerância e se associa a uma síndrome de abstinência com alterações do sono, irritabilidade, ansiedade e diminuição da concentração.

Gravidez extra-uterina, fora do útero.

• Cafeína

É um estimulante do SNC menos potente que a cocaína e as anfetaminas.

O seu potencial de induzir dependência vem sendo bastante discutido nos últimos anos. Surgiu até o termo “cafeinismo” para designar uma síndrome clínica associada ao consumo importante (agudo ou crônico) de cafeína, caracterizada por ansiedade, alterações psicomotoras, distúrbios do sono e alterações do humor.

• Esteróides anabolizantes

Embora sejam descritos efeitos euforizantes por alguns usuários dessas substâncias, essa não é, geralmente, a principal razão de sua utilização.

Muitos indivíduos que consomem essas drogas são fisiculturistas, atletas de diversas modalidades ou indivíduos que procuram aumentar sua massa muscular e podem desenvolver um padrão de consumo que se assemelha ao de dependência.

Efeitos adversos:

- diversas doenças cardiovasculares;
- alterações no fígado, inclusive câncer;
- alterações musculoesqueléticas indesejáveis (ruptura de tendões, interrupção precoce do crescimento).

Essas substâncias, quando utilizadas por mulheres, podem provocar masculinização (crescimento de pêlos pelo corpo, voz grave, aumento do volume do clitóris). Em homens, pode haver atrofia dos testículos.

Bibliografia

ANDRADE, A.G.; NISCATRI, S. & TONGUE, E. **Drogas: atualização em prevenção e tratamento curso de treinamento em drogas para países africanos de língua portuguesa**. São Paulo: Editora Lemos, 1993.

BEEDER, A.B. & MILLMAN, R.B. “Patients with psychopathology”. In: LOWINSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R.B. & LANGROD, J.G. (Orgs.). **Substance Abuse: a comprehensive textbook**. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997, pp. 551-562.

GALLOWAY, G.P. “Anabolic-androgenic steroids”. In: LOWINSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R.B. & LANGROD, J.G. (Orgs.). **Substance Abuse: a comprehensive textbook**. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997, pp. 308-318

GREDEN, J.F. & WALTERS, A. “Caffeine”. In: LOWINSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R.B. & LANGROD, J.G. (Orgs.). **Substance Abuse: a comprehensive textbook**. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997, pp. 294-307

LEITE, M.C.; ANDRADE, A.G. et al. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Editora Artes Medicas Sul, 1999.

MASUR, J. & CARLINI, E.A. **Drogas – Subsídios para uma discussão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Editora Artes Medicas Sul, 1993.

SCHMITZ, J.M.; SCHNEIDER, N.G. & JARVIK, M.E. (1997). “Nicotine”. In: LOWINSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R.B. & LANGROD, J.G. (Orgs.). **Substance Abuse: a comprehensive textbook**. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997, pp. 276-294



EXPERIMENTAÇÃO, USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS

*Cláudio Elias Duarte
Rogério Shiguelo Morihisa*



Neste Capítulo, você verá



- Evolução dos conceitos de uso, abuso e dependência
- Conceito de síndrome de dependência alcoólica
- Padrões de consumo de drogas

Introdução

O uso de drogas que alteram o estado mental, aqui chamadas de substâncias psicoativas (SPA), acontece há milhares de anos e muito provavelmente vai acompanhar toda a história da humanidade. Quer seja por razões culturais ou religiosas, por recreação ou como forma de enfrentamento de problemas, para transgredir ou transcender, como meio de socialização ou para se isolar, o homem sempre se relacionou com as drogas.

Essa relação do indivíduo com cada substância psicoativa pode, dependendo do contexto, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, mas também pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. Isso justifica os esforços para difundir informações básicas e confiáveis a respeito de um dos maiores problemas de saúde pública que afeta, direta ou indiretamente, a qualidade de vida de todo ser humano.

1. Do ultrapassado conceito moral aos sistemas classificatórios atuais

O conceito, a percepção humana e o julgamento moral sobre o consumo de drogas evoluíram constantemente e muito se basearam na relação humana com o álcool, por ser ele a droga de uso mais difundido e antigo. Os aspectos relacionados à saúde só foram mais estudados e discutidos nos últimos dois séculos, predominando, antes disso, visões preconceituosas dos usuários, vistos muitas vezes como ‘possuídos por forças do mal’, portadores de graves falhas de caráter ou totalmente desprovidos de ‘força de vontade’ para não sucumbirem ao ‘vício’.

Já no século XX, nos EUA, E. M. Jellinek foi talvez o maior expoente, dentre os cientistas de sua época, a estudar e divulgar o assunto alcoolismo, obtendo amplo apoio e penetração dentre os grupos de ajuda mútua recém-formados em 1935, como os Alcoólicos Anônimos (AA), e exercendo grande influência na Organização Mundial de Saúde (OMS) e na Associação Médica Americana (AMA).

Na década de 60 do século passado, o programa de saúde mental da Organização Mundial de Saúde tornou-se ativamente empenhado em melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais, além de prover definições claras de termos relacionados. Naquela época, a OMS convocou uma série de encontros para rever o conhecimento a respeito

do assunto, envolvendo representantes de diferentes disciplinas, de várias escolas de pensamento em psiquiatria de todas as partes do mundo. Esses encontros trouxeram os seguintes benefícios: estimularam e conduziram pesquisa sobre critérios para a classificação e a confiabilidade de diagnósticos, produziram e estabeleceram procedimentos para avaliação conjunta de entrevistas gravadas em vídeo e outros métodos úteis em pesquisa sobre diagnóstico. Numerosas propostas para melhorar a classificação de transtornos mentais resultaram desse extenso processo de consulta, as quais foram usadas no rascunho da 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 8).

Atualmente, estamos na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 10), a qual apresenta as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas das doenças que conhecemos. Essa é a classificação utilizada por nosso sistema de saúde pública.

Outro sistema classificatório bem conhecido em nosso meio é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - 4), da Associação Psiquiátrica Americana.

Ambos os sistemas classificatórios refletem em seus critérios para dependência o conceito de Síndrome de Dependência do Álcool, proposto inicialmente por Edward e Gross, em 1976. Interessante é que o diagnóstico da Síndrome de Dependência do Álcool pode estabelecer níveis de comprometimento ao longo de um contínuo, entre o nunca ter experimentado até o gravemente enfermo, considerando os aspectos do grau de dependência relacionado com o grau de problemas. Esse conceito de dependência transcende o modelo moral, que considerava beber excessivamente falha de caráter, e até mesmo o modelo de doença “alcoolicismo”, diagnóstico categorial, em que só se pode variar entre ser ou não portador da doença, sem permitir graduações de gravidade dos quadros, nos quais a perda do controle, a presença de sintomas de tolerância e a abstinência determinam o indivíduo como sendo ou não alcoólatra.

2. A conceituação da Síndrome da Dependência do Álcool como importante passo rumo às abordagens modernas

Os principais sinais e sintomas da Síndrome de Dependência do Álcool são os seguintes:

- **Estreitamento do repertório de beber:** as situações em que o sujeito bebe se tornam mais comuns, com menos variações em termos de escolha da companhia, dos horários, do local ou dos motivos para beber, ficando ele cada vez mais estereotipado à medida que a dependência avança.
- **Saliência do comportamento de busca pelo álcool:** o sujeito passa gradualmente a planejar seu dia-a-dia em função da bebida, como vai obtê-la, onde vai consumi-la e como vai recuperar-se, deixando as demais atividades em plano secundário.
- **Sensação subjetiva da necessidade de beber:** o sujeito percebe que perdeu o controle, que sente um desejo praticamente incontrolável e compulsivo de beber.
- **Desenvolvimento da tolerância ao álcool:** por razões biológicas, o organismo do indivíduo suporta quantidades cada vez maiores de álcool ou a mesma quantidade não produz mais os mesmos efeitos que no início do consumo.
- **Sintomas repetidos de abstinência:** em paralelo com o desenvolvimento da tolerância, o sujeito passa a apresentar sintomas desagradáveis ao diminuir ou interromper a sua dose habitual. Surgem ansiedade e alterações de humor, tremores, taquicardia, enjôos, suor excessivo e até convulsões, com risco de morte.
- **Alívio dos sintomas de abstinência ao aumentar o consumo:** nem sempre o sujeito admite, mas um questionamento detalhado mostrará que ele está tolerante ao álcool e somente não desenvolve os descritos sintomas na abstinência porque não reduz ou até aumenta gradualmente seu consumo, retardando muitas vezes o diagnóstico.
- **Reinstalação da síndrome de dependência:** o padrão antigo de consumo pode se restabelecer rapidamente, mesmo após um longo período de não-uso.

Note que, nesse raciocínio da Síndrome de Dependência do Álcool, se trocarmos o álcool por qualquer outra droga com potencial de abuso ou até mesmo pelos comportamentos que eventualmente podem sair do controle, percebemos grande semelhança na natureza dos sintomas.

Observe a figura:

Figura 1 – Padrões de consumo



Essa figura representa os padrões de consumo do álcool, segundo Edwards (1977). O eixo horizontal representa o grau de dependência e o eixo vertical o grau de problemas existente em função do uso do álcool. Se o indivíduo se encaixa no quadrante inferior esquerdo, não existe problema em relação ao uso de álcool e nenhum grau de dependência (uso social). Se ele se encaixar no quadrante superior esquerdo, observa-se que, embora ele não apresente nenhum grau de dependência, tem problemas devido ao uso de álcool (uso problemático ou abuso). Já no quadrante superior direito, encontramos o indivíduo que apresenta um quadro de Síndrome de Dependência do Álcool. O quadrante inferior direito não existe clinicamente, uma vez que o quadro de dependência está sempre associado a algum tipo de problema na vida do indivíduo. É interessante notar que, apesar de o quadro ter sido primariamente desenvolvido para explicar os padrões de consumo do álcool, ele pode ser adaptado para diversas outras drogas com potencial de causar dependência.

A validação do conceito de Síndrome de Dependência do Álcool permitiu que os sistemas classificatórios atuais operacionalizassem o conceito psicopatológico da dependência ao utilizar critérios práticos e confiáveis. Mas qual a vantagem de estabelecer precisão em tais critérios? Possibilitar um bom diagnóstico, etapa primeira, antes de qualquer abordagem.

3. Padrões de consumo de drogas

USO DE DROGAS

É a auto-administração de qualquer quantidade de substância psicoativa.

ABUSO DE DROGAS

Pode ser entendido como um padrão de uso no qual aumenta o risco de conseqüências prejudiciais para o usuário.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), o termo “uso nocivo” é aquele que resulta em dano físico ou mental, enquanto, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), “abuso” engloba também conseqüências sociais.

Para uma melhor comparação, veja a seguinte tabela:

Tabela 1

Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo do DSM-IV e CID-10	
DSM-IV	CID-10
ABUSO	USO NOCIVO
<p>Um ou mais dos seguintes casos ocorrendo no período de 12 meses, sem nunca preencher critérios para dependência:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso recorrente, resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa. 2. Uso recorrente em situações nas quais isto representa perigo físico. 3. Problemas legais recorrentes relacionados à substância. 4. Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidência clara que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento. • A natureza do dano é claramente identificável. • O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses. • Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).

DEPENDÊNCIA

Na tabela seguinte, encontra-se uma comparação entre os critérios de dependência referidos nas classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e da Classificação Internacional de Doenças. Esses dois sistemas de classificação facilitam identificar o dependente de substância psicoativa. Veja com atenção:

Tabela 2

DSM-IV	CID-10
<p>Padrão mal-adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade. 2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> (a) síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. 3. A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido. 4. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso. 5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos. 6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso. 7. O uso continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância. 	<p>Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos um mês ou, se persistirem por períodos menores que um mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forte desejo ou compulsão para consumir a substância. 2. Comprometimento da capacidade de controlar o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo freqüente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso. 3. Estado fisiológico de abstinência, quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas. 4. Evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade. 5. Preocupação com o uso, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos. 6. Uso persistente, a despeito de evidências claras de conseqüências nocivas, comprovadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.

Considerações finais

- Os transtornos por uso de substâncias psicoativas, com todas suas características e conseqüências biopsicossociais, apresentam-se, na atualidade, como um grave problema de saúde pública.
- A determinação dos diversos padrões de uso de substâncias psicoativas é importante para estabelecer o melhor programa terapêutico para esses indivíduos, além de permitir diagnóstico e classificação acurados.

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington DC: 1994.

BABOR, T.F. “Social, scientific, and medical issues in the definition of alcohol and drug dependence”. In: EDWARDS, G. & LADER, M. (eds.). **The Nature of Drug Dependence**. Oxford: Oxford University Press, 1990.

BERTOLOTE, J.M. **Glossário de Termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus Derivados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

EDWARD, G. & GROSS, M. “Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome”. **British Medical Journal** 1, pp. 1058-1061, 1976.

GHODSE, H. **Drugs and addictive behaviour: a guide to treatment**. 2. ed. Oxford: Blackwell Science, 1995.

LARANJEIRA, R. & NICASTRI, S. “Abuso e dependência de álcool e drogas”. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L. & LARANJEIRA, R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. Guanabara: Koogan, 1996, pp. 83-88.

LEITE, M.C. **Fatores Preditivos da Resposta Terapêutica em Tratamento Ambulatorial para Dependentes de Cocaína**. 200p. Tese de doutorado na Área de Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LOWINSON, J.H. & COL. **Substance Abuse – A Comprehensive Textbook**. 2. ed., Willian & Wilckins, Baltimore, 1997.

MASUR, J. & CARLINI, E.A. **Drogas subsídios para uma discussão**. 4. ed. Brasiliense: São Paulo, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10 - Critérios diagnósticos para pesquisas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.



O USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL

Beatriz Carlini

Neste Capítulo, você verá



- Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: enfoque especial para álcool e tabaco

Introdução

Agora que você já conheceu as principais drogas e seus efeitos no organismo, vamos conhecer sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.

Dentre os diversos tipos de informação sobre a problemática do uso de drogas, dados epidemiológicos são dos mais importantes. Programas, políticas e ações de prevenção e tratamento, quando desenvolvidos a partir de conhecimento mais profundo dos tipos de drogas utilizadas, suas conseqüências e a quantidade de indivíduos que as utilizam (prevalência) ou começam a utilizá-las (incidência), têm maior chance de alcançar seus objetivos, pois se baseiam em informações mais apuradas acerca da realidade que pretendem modificar.

O texto a seguir traz informações atualizadas sobre o consumo de drogas no Brasil. Isso permitirá que você conheça quais as substâncias psicotrópicas mais utilizadas pela população brasileira e saiba por que o uso indevido destas substâncias tornou-se problema de saúde pública.

1. Álcool



Você sabia...

Que o uso de bebida alcoólica ocorre há pelo menos oito mil anos? Sempre se teve conhecimento de seus possíveis malefícios e, periodicamente, o álcool sofria restrições de uso, desde o início do cristianismo. No entanto, somente em 1966 a Associação Médica Americana (AMA) passou a considerar o alcoolismo doença e, em 1988, incluiu as dependências de outras drogas como condições médicas possíveis de tratamento.

Consumo per capita: Produção interna - exportação + importação, dividido pela população de 15 anos ou mais.

Álcool puro: Consideram-se cervejas com 4% de álcool puro, vinhos 12% e destilados 45%.

O álcool é possivelmente a única substância de abuso que a maioria dos adultos do mundo ocidental já experimentou e uma proporção considerável o usa periodicamente durante a maior parte de sua vida. Assim, dados de comparações entre taxas de uso de álcool na vida em diferentes grupos etários, sexo e regiões ou países não são esclarecedores.

Para estudar o consumo de álcool, indica-se usar medidas que se baseiem em quantidade e frequência de álcool ingerido, que possam situar sociedades, indivíduos ou grupos sociais num *continuum* de padrões de uso.

Uma dessas medidas é o **consumo per capita de álcool puro**, com base em dados fornecidos pelas indústrias produtoras de bebidas e calculada internacionalmente de forma padrão. Esse cálculo não incorpora dados clandestinos de produção e venda, como pinga de alambiques domésticos e uísques “escoceses” de procedência desconhecida, mas é útil na comparação de tendências.

Você sabia...

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) completou um estudo chamado Global Status Report on Alcohol, o qual apresentou o uso *per capita* de álcool de 185 países. O Brasil ficou situado em 80º lugar e, quando comparado com alguns países selecionados, apresentou consumo razoavelmente discreto (ver Tabela 3).



Tabela 3

Ranking internacional de consumo de álcool puro em litros *per capita* entre a população com 15 anos ou mais, em países selecionados, 2004

Países	Posição	Total
França	6º	13,54
Reino Unido	22º	10,39
Argentina	40º	8,55
EUA	41º	8,51
Canadá	43º	8,26
Chile	71º	6,02
Brasil	80º	5,32

Fonte: WHO. Global Status Report on Alcohol, 2004.

Essa situação relativamente confortável de nosso País muda bastante quando a OMS compara a evolução do consumo *per capita* de álcool entre as décadas de 1970 e 90, em 137 países. Então, os dados brasileiros indicam crescimento de 70,44% no consumo de álcool, situando o País entre os 25 que mais aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas durante esse período. **O consumo de álcool no Brasil não é particularmente alto, mas vem aumentando rápida e intensamente.** A Tabela 4 ilustra essa tendência, comparando o Brasil com alguns países selecionados.

Tabela 4

Tendência de consumo *per capita* de álcool puro (em litros) por adultos com 15 anos ou mais entre 1970-2001, em países selecionados

Países	1970 – 1972	1994 – 1996	1997 – 2001	% Mudança
Brasil	3,18	5,55	5,42	+70,44
Reino Unido	7,35	9,25	10,20	+38,77
EUA	9,92	8,98	8,42	-15,12
Canadá	9,16	7,62	8,14	-11,13
França	21,37	14,0	13,77	-35,56
Chile	13,01	7,46	5,51	-57,64
Argentina	17,52	9,73	9,07	-48,23

Fonte: WHO. Global Status Report on Alcohol, 2004.

O cálculo de consumo *per capita* é indicador melhor do que simplesmente pesquisar quem já teve contato com bebida alcoólica, mas ele não é suficiente para caracterizar a situação. Afinal, como afastar a hipótese de que o crescimento do consumo de álcool foi apenas expressão de que o poder aquisitivo do brasileiro aumentou e finalmente todos podem tomar cerveja no fim da tarde ou combinar churrasco com caipirinha sem que isso acarrete problemas maiores?

Para refutar ou aceitar esse argumento, são necessários mais dados. Os dados disponíveis até então sugerem que infelizmente a tão propalada tese de que “brasileiro sabe beber” não se sustenta. **O consumo de álcool em nosso País parece desempenhar papel importante em uma série de problemas sociais, pessoais e de saúde, que vem nos preocupando, especialmente nas últimas duas décadas.**

Situação do consumo de álcool no Brasil

Em 2001, foi realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo, o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Este estudo inaugurou uma série histórica de pesquisas nacionais sobre o tema, garantindo ao Brasil informações atualizadas e padronizadas internacionalmente sobre as prevalências do uso de álcool e outras drogas pela população e suas tendências.

O I Levantamento, realizado nas 107 maiores cidades do País, com pessoas com idade entre 12 e 65 anos de ambos os sexos, apontou que 68,7% delas já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida. Além disso, estimou-se que 11,2% da população brasileira apresentava dependência desta substância, o que correspondia a 5.283.000 pessoas.

Os dados do II Levantamento (2005) apontam que 12,3% das pessoas, com idades entre 12 e 65 anos, são dependentes do álcool, taxa superior à encontrada no I Levantamento (2001), que corresponde a 5.799.905 pessoas. Além disso, cerca de 75% dos entrevistados já beberam alguma vez na vida, 50% no último ano e 38% nos últimos 30 dias. Os dados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento.

Outro importante levantamento realizado em 2006 pela SENAD, em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), da Universidade Federal de São Paulo, investigou os Padrões de Consumo de Ál-

cool na População Brasileira. O estudo foi realizado em 143 municípios do País e detectou que 52% dos brasileiros acima de 18 anos fazem uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez ao ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28 % de um a quatro vezes por semana.

O V Levantamento Nacional com estudantes do ensino fundamental e médio, realizado em 2004 nas 27 capitais brasileiras, indicou que a idade do primeiro uso de álcool se deu por volta dos 12 anos de idade e predominantemente no ambiente familiar. No entanto, as intoxicações alcoólicas, ou mesmo o uso regular de álcool, raramente ocorriam antes da adolescência. Segundo este Levantamento, 65,2% dos jovens já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida, 63,3% haviam feito algum uso no último ano e 44,3% haviam consumido álcool alguma vez nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa. Outros dados preocupantes referiram-se à frequência do uso desta substância: 11,7% faziam uso freqüente (seis ou mais vezes no mês) e 6,7% faziam uso pesado (vinte ou mais vezes no mês).

Com relação ao uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua, foi realizado em 2004 um importante levantamento em todas as capitais do Brasil, incluindo jovens de 10 a 18 anos de idade, tendo sido observada uma taxa de uso na vida de 76% para o álcool.

Conseqüências do uso de álcool na população brasileira

Uma análise dos exames toxicológicos realizados no Instituto Médico Legal de São Paulo, durante 1994, apontou que 52% das vítimas de homicídio, 64% das vítimas de afogamentos fatais e 51% das vítimas fatais de acidentes de trânsito apresentaram álcool na corrente sanguínea em níveis mais elevados do que o permitido por lei na época da pesquisa (quando a taxa máxima de álcool no sangue prevista pelo Código Brasileiro era de 0,6 gramas por litro).

Em Curitiba, encontraram-se evidências de que 58,9% dos autores dos crimes e 53,6% das vítimas de 130 processos de homicídio, ocorridos entre 1990 e 1995 e julgados nos Tribunais do Júri da cidade, estavam sob efeito de bebida alcoólica no momento da ocorrência.

Em Recife, durante o Carnaval de 1997, 88,2% das vítimas fatais e 80,7% das vítimas não-fatais de acidentes de trânsito apresentaram exame positivo para intoxicação alcoólica.



Você sabia...

Em 19 de junho de 2008, foi sancionada a Lei nº 11.705, que estabelece alcoolemia 0 (zero) e impõe penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool.



Estudos feitos em prontos-socorros de Brasília, Curitiba, Recife, Salvador, São Paulo e Campinas, por diferentes autores e instituições, também constataram presença de álcool no sangue de vítimas de acidentes, em porcentagens que variaram de 29 a 61%.

Em relação a distúrbios mentais propriamente ditos, o diagnóstico de síndrome de dependência do álcool vem tendo destaque absoluto na proporção de internações psiquiátricas por drogas no Brasil, variando entre 90 e 95% do total, desde os anos 1980.

Estudos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) indicam que a proporção de estudantes de ensino fundamental e médio que já experimentou bebidas não vem se alterando significativamente nos últimos anos (está em torno de 60 a 80%). O que vem aumentando, no entanto, é o uso pesado de álcool entre essas crianças e jovens em comparação com os índices de 1987 a 1997.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas em quantidades potencialmente prejudiciais, o levantamento dos Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007) indicou que 40% dos homens e 18% das mulheres consumiram cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas numa única ocasião pelo menos uma vez no último ano. Este padrão, definido como “uso pesado episódico do álcool”, apresenta associação positiva com problemas de saúde física e mental, bem como acidentes e violência.

Pesquisa conduzida em São Paulo, em 1998, com alunos de idades entre 12 e 18 anos, mostrou que 10% dos estudantes da rede estadual de ensino e 25% de estudantes de uma amostra de escolas particulares relataram ter tomado cinco ou mais doses de bebida alcoólica no período de duas horas, em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias. Esses bebedores, quando comparados com estudantes que não bebiam ou que bebiam moderadamente, apresentaram maiores chances de se envolver em brigas, portar armas e consumir outras drogas, como maconha, inalantes ou cigarros.

Finalmente, estudo realizado com moradores de dois bairros de classe média da cidade de São Paulo, entre os anos de 1994 e 1995, com o objetivo de estimar a prevalência de “uso pesado episódico de álcool”, indicou que 15,4% dos homens e 7,2% das mulheres apresentaram o referido comportamento no último ano. Entre esses indivíduos, a maioria reportou este padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana nos últimos 12 meses (84,4% dos homens e 73% das mulheres). A pesquisa indicou também associação positiva entre este padrão de consu-

mo de álcool e a dependência desta substância entre mulheres. Das mulheres com “uso pesado episódico de álcool” nos últimos 12 meses, 19,4% cumpriam critérios para alcoolismo.

2. Tabaco

Poucas drogas são mais poderosas do que os cigarros em termos de capacidade de gerar dependência. Pouquíssimos fumantes conseguem fumar somente nos fins de semana ou apenas quando estão em férias. Na grande maioria dos casos, ser fumante requer dedicação diária e várias vezes por dia, para evitar nervosismo, desconforto, irritação e ansiedade.

Se, por um lado, essa situação torna a vida dos fumantes difícil, por outro, torna a vida dos pesquisadores mais simples, pois a evolução do tabagismo em um país pode ser razoavelmente avaliada pelo consumo de cigarros *per capita*.

A melhor fonte de indicadores internacionais para o consumo *per capita* é o recentemente implantado sistema NATIONS (*National Tobacco Information Online System*), iniciativa pioneira da Organização Mundial da Saúde, da *American Cancer Society*, do Banco Mundial e do *Center for Disease Control and Prevention*. O sistema é sofisticado, rápido e permite compor tabelas, comparar países, conhecer tendências.

A Tabela 5 descreve o consumo *per capita* de países selecionados e do Brasil, de 1970 a 1998, usando o NATIONS.

Tabela 5

Consumo de unidades de cigarro <i>per capita</i> , em países selecionados*						
País	Brasil	França	Reino Unido	EUA	México	Argentina
Ano						
1970	1266	1850	3057	3681	1501	1788
1975	1555	2194	3114	3652	1479	2062
1980	2009	2093	2727	3544	1470	1976
1985	1687	2213	2119	3209	1243	1869
1990	1674	2118	2109	2762	1068	1462
1995	1015	1892	1933	2464	856	1576
1998	714	1764	1748	2255	784	1527
% de decréscimo	43,6%	4,6%	42,8%	38,7%	47,8%	14,6%

*Cálculo feito considerando-se a produção industrial de cigarros (- exportação, + importação), dividida pela população de 15 anos de idade ou mais.

Como pode ser visto, o decréscimo do uso de cigarros é tendência internacional observável nos últimos 20 anos. O Brasil partiu de um patamar não muito alto de uso e conseguiu diminuir em 43,6% seu consumo *per capita*. O País apresenta tendência de decréscimo do consumo de tabaco *per capita*, quando se comparam as décadas de 1970 e 1990.

Vale notar que os cigarros ou tabaco puro comercializados ilegalmente não estão computados nessa tabela, o que pode ser particularmente relevante no Brasil, que é o quarto maior produtor de fumo do mundo. No entanto, como somos também um dos maiores exportadores mundiais de fumo, é possível que os dados acima estejam próximos da realidade.

De todo modo, várias fontes atuais sugerem que cerca de um terço da população brasileira adulta fuma. Esse dado é adotado como oficial pelo Ministério da Saúde. Nos Estados Unidos, esse índice é de 25%, enquanto, no México, é de 32%, ou seja, são proporções significativas de pessoas expostas a uma substância de enorme risco à saúde, responsável por grande proporção de mortes por câncer, doenças cardiovasculares e outras mazelas crônico-degenerativas na população adulta.

Ainda, mesmo que se mantenha certo otimismo diante dos declínios observados, há suficientes motivos para preocupação. No Brasil, o preço do cigarro é relativamente baixo e há falta de restrição na comercialização. Esses fatos tornam nossa população jovem alvo promissor para as indústrias de tabaco. Segundo o Ministério da Saúde, 90% dos fumantes no Brasil ficaram dependentes da nicotina antes dos 19 anos de idade. Assim, se as indústrias de tabaco conseguirem convencer um jovem a fumar, as chances de esse jovem se tornar um freguês assíduo de seus produtos na vida adulta são altas.

Pesquisas de âmbito nacional realizadas pelo CEBRID constataram aumento de experimentação de cigarros entre estudantes do ensino fundamental e médio, particularmente no sexo feminino, em sete das 10 capitais que integraram o estudo, entre os anos de 1987 e 1997. Já o último levantamento realizado com essa mesma população, em 2004, mostra que essa tendência se inverte. A comparação entre os cinco levantamentos realizados até o momento (1987, 1989, 1994, 1997 e 2004) mostra diminuição de consumo em Belém, Brasília, Belo Horizonte e Salvador, estabilização em Curitiba, Porto Alegre e São Paulo e aumento em Fortaleza, Recife e Rio de Janeiro. O maior índice de uso de tabaco na vida foi encontrado em Porto Alegre, onde 37,7% das estudantes do sexo feminino pesquisadas em 2004 admitiram ter fumado cigarros, sendo isso verdade para 29,1% dos estudantes do

sexo masculino. Curitiba, em segundo lugar, apresentou taxas de 27,5% e 23,3% para os estudantes do sexo feminino e masculino, respectivamente.

O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizado entre os anos de 2002 e 2004 pelo Ministério da Saúde, indicou que a prevalência de uso regular de cigarros apresenta grande variação dependendo da região geográfica investigada. Desse modo, foram encontradas as maiores prevalências em Porto Alegre (25,2%) e as menores em Aracajú (12,9%). O estudo mostra, ainda, que das oito cidades com maiores prevalências, sete situam-se nas regiões sul e sudeste do Brasil. A tendência geral encontrada foi de que as cidades menos populosas e menos industrializadas apresentaram menores prevalências. Quanto à faixa etária, o grupo de pessoas com mais de 25 anos de idade apresentou prevalências superiores às encontradas entre os indivíduos na faixa de 15 a 24 anos. O tabagismo foi mais frequente, também, entre pessoas com ensino fundamental incompleto do que entre pessoas de maior escolaridade.

3. Outras drogas

Freqüentemente, deparamo-nos com alguém que tem medo de viajar de avião, que só de pensar nisso tem palpitações. Não raramente, essa mesma pessoa dirige nas estradas brasileiras em fins de feriado ou guia de volta para casa depois das 23 horas nas ruas de São Paulo, Brasília ou Rio de Janeiro, e não é por falta de ciência de que as chances de se acidentarem ou morrer num acidente de trânsito no chão são infinitamente maiores do que no ar. Por algum motivo, contudo, essa informação parece ter pouco efeito nos sentimentos, e o medo de avião se perpetua.

Com as drogas ilegais, parece acontecer processo semelhante. Mesmo que a maioria de nós tenha pelo menos um parente com sérios problemas com álcool e conheça várias pessoas que se acidentaram ou se envolveram em confusão por estarem embriagadas, continuamos muito mais apavorados com o “crack” e com o “êxtase”.

Do ponto de vista epidemiológico, no entanto, os dados disponíveis são unânimes em mostrar impacto menor do consumo de drogas ilegais e de produtos legais usados para fins de abuso do que do uso de álcool e cigarro. Sugerem também que o uso de substâncias ilícitas em nosso meio é pequeno, quando comparado com o de vários países industrializados, ou no máximo dentro da média internacional.

A comparação entre os Levantamentos de 2001 e 2005 mostra que o consumo de substâncias psicoativas no Brasil tem aumentado em índices relativamente baixos. De todas as substâncias que apresentaram aumento, somente entre os estimulantes observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois levantamentos.

Tabela 6

Comparação das prevalências do uso na vida de diferentes drogas psicotrópicas (exceto álcool e tabaco), entre os levantamentos domiciliares realizados em 2001 e 2005.

DROGAS	2001 %	2005 %
QUALQUER DROGA	19,4	22,8
MACONHA	6,9	8,8
SOLVENTES	5,8	6,1
COCAÍNA	2,3	2,9
ESTIMULANTES	1,5	3,2
BENZODIAZEPÍNICOS	3,3	5,6
OREXÍGENOS	4,3	4,1
XAROPES (codeína)	2,0	1,9
ALUCINÓGENOS	0,6	1,1
ESTERÓIDES	0,3	0,9
CRACK	0,4	0,8
BARBITÚRICOS	0,5	0,7
ANTICOLINÉRGICOS	1,1	0,5
OPIÁCEOS	1,4	1,3
MERLA	0,2	0,2
HEROÍNA	0,1	0,09

FONTE: CEBRID/SENAD. I e II Levantamentos Domiciliares sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001 e 2005.

Quanto ao uso freqüente de drogas ilícitas entre estudantes (definido como uso em 6 a 20 ocasiões nos últimos 30 dias), a comparação entre os cinco levantamentos de estudantes (1987, 1989, 1993, 1997 e 2004) mostrou estabilidade de prevalência em 9 das 10 capitais investigadas. Sendo que somente a cidade de Salvador apresentou tendência de diminuição de consumo dessas substâncias (Galuróz et al., 2005).

Na tabela a seguir, são apresentadas as prevalências de uso na vida das principais substâncias consumidas pelos estudantes brasileiros nos diversos levantamentos realizados com essa população até o momento.

Tabela 7

Análise de tendência do consumo (uso na vida) de vários psicotrópicos entre estudantes da 5ª série do ensino fundamental ao último ano do ciclo médio, em 10 capitais brasileiras, em diferentes anos					
Ano	1987	1989	1993	1997	2004
Drogas					
Solventes	14,7%	17,3%	15,4%	13,4%	15,5%
Ansiolíticos	5,9%	7,2%	5,3%	5,8%	4,1%
Anfetamínicos	2,8%	3,9%	3,1%	4,4%*	3,7%
Maconha	2,8%	3,4%	4,5%	7,6%*	5,9%
Cocaína	0,5%	0,7%	1,2%	2,0%*	2,0%
Anticolinérgicos	0,5%	1,0%	1,4%	1,3%	1,2%
Barbitúricos	1,6%	2,1%	1,3%	1,2%	0,8%
Xaropes	1,3%	1,5%	1,3%	1,0%	0,4%

*Aumento estatisticamente significativo pelo teste de Qui-Quadrado, $p < 0,05$

Fonte: CEBRID/SENAD. V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (2005).

A hierarquia encontrada em outros indicadores e nos próprios estudos do CEBRID com estudantes é mais uma vez confirmada: álcool e tabaco destacam-se, a maconha é a droga ilícita mais consumida e o uso de drogas ilegais no Brasil é relativamente discreto, quando comparado ao de outros países.

Considerações finais

O uso de drogas psicotrópicas numa sociedade é fenômeno dinâmico, multifacetado e de difícil apreensão.

Neste texto, foi oferecida uma visão geral dos desafios de produzir conhecimento nessa área, assim como de dados recentes da literatura brasileira e internacional sobre o tema.

Esse quadro de consumo não é somente de interesse acadêmico, de alguns poucos estudiosos. Ele deve ser levado em conta no desenvolvimento de programas preventivos, na regulamentação de uso e venda de substâncias e nas políticas de tratamento, no sentido de que recursos humanos e financeiros, em geral escassos nessa área, sejam alocados onde são mais necessários.

Bibliografia

CARLINI-COTRIM, B. & CHASIN, A.A.M. “Blood alcohol content (BAC) and deaths from external causes: a study in the metropolitan area of São Paulo, Brazil”. **Journal of Psychoactive Drugs** 32(3), pp.269-275, 2000.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C. & GOUVEIA, N. “Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo”. **Revista de Saúde Pública** 34(6), pp.636-645, 2000.

CARLINI-MARLATT, B. “A população é jovem e o país é quente: estimativas de consumo de álcool e tabaco no Brasil pelos dados das indústrias produtoras”. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas** 2(1), pp.3-8, 2001.

DUARTE, P. C. A. V. & CARLINI-COTRIM, B. “Álcool e violência: estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais de Júri de Curitiba-PR, entre 1995 e 1998”. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas** 1(1), pp.17-25, 2000.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R. & CARLINI, E.A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, SENAD, 1997.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M. & CARLINI, E.A. **V Levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, SENAD, 2005.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S. & CARLINI, E.A. **I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas**. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, 1999. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, SENAD, 2000.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S. & CARLINI, E.A. **II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas**. Parte A: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 1999. Brasília: SENAD, 2005.

GALDURÓZ, J.C.F., NOTO, A.R., NAPPO, S.A. & CARLINI, E.A. “Trends in Drug use among Students in Brazil: Analysis of Four Surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997”. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research** 37, pp. 523-531, 2004.

GAZAL-CARVALHO, C.; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA, O.A. & SAUAIA, N. “Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma”. **Revista de Saúde Pública** 36(1), pp. 47-54, 2002.

LARANJEIRA, R. etc (Org.). **I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Revisão técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: SENAD, 2007.

NERY FILHO, A.; MEDINA, M.G.; MELCOP, A.G. & OLIVEIRA, E.M. **Impacto do uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito**. Brasília: Associação Brasileira dos Departamentos Estaduais de Trânsito (ABDETRAN), 1998.

NOTO, A.R.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.; MATTEI, R. & CARLINI, E.A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras, 1997**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, SENAD, 1998.

OLIVEIRA, E. M. & MELCOP, A. G. **Álcool e trânsito**. Recife: Instituto RAID, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol**. Genebra: World Health Organization, 1999.



COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E PSIQUIÁTRICAS DO USO DO ÁLCOOL

Danilo Antônio Baltieri



Neste Capítulo, você verá



- Complicações clínicas e psiquiátricas do uso do álcool
- Efeitos crônicos e agudos do consumo de álcool etílico

Introdução

Os problemas associados ao consumo de bebidas alcoólicas têm sido reconhecidos, de modo crescente, como uma questão de saúde pública em muitos países. Dentre os problemas relacionados ao seu consumo, podemos citar o abuso e a síndrome de dependência de álcool, doenças e seqüelas físicas do beber intenso.

O álcool está relacionado a mais de 60 diferentes condições médicas, violência e acidentes, problemas escolares e no ambiente de trabalho, admissões em hospitais de saúde mental e ocorrências de morte, mesmo em indivíduos que não apresentam um quadro de dependência ao álcool.

A Síndrome de Dependência ao Álcool, por sua vez, é uma doença que afeta a saúde física, o bem-estar emocional e o comportamento do indivíduo. Segundo estatísticas americanas, atinge 14% de sua população e no Brasil estima-se que entre 10 a 20% da população sofra deste mal.

Qualquer pessoa que bebe, com qualquer idade, pode apresentar complicações clínicas e psiquiátricas relacionadas a esse consumo.

1. Complicações clínicas do consumo de álcool

O álcool compromete vários órgãos e funções do organismo, dependendo da intensidade do consumo e da suscetibilidade individual, podendo causar alterações gastrintestinais, cardiovasculares, neurológicas, sanguíneas, entre outras. As manifestações clínicas estão relacionadas às ações farmacológicas do álcool. Outros fatores de risco associados são idade, sexo, raça, predisposição genética, estado nutricional, características imunológicas, condição clínica prévia.

Efeitos

- Agudos: imediatos à exposição ao álcool.
- Crônicos: relacionados ao consumo repetitivo e prolongado do álcool.

2. Efeitos agudos do consumo de álcool etílico

Estão relacionados ao nível do álcool no sangue e ao grau de tolerância do consumidor.

- Euforia
- Incoordenação motora (com riscos de acidentes de trânsito)
- Fala arrastada
- Ataxia (incoordenação da atividade muscular, especialmente dos grupos musculares utilizados em atividades como a locomoção ou a apreensão de objetos)
- Tonturas
- Náusea
- Vômitos
- Letargia (estado patológico caracterizado por um sono profundo e duradouro)
- Discurso incoerente ou agressivo
- Estupor (estado em que, estando a consciência desperta, o indivíduo não reage nem a perguntas, nem a estímulos externos, permanecendo imóvel, numa só posição)
- Coma (estado de inconsciência no qual se perdem as atividades cerebrais superiores, conservando-se a respiração e a circulação)
- Pode provocar depressão respiratória e morte

O CONSUMO DE ÁLCOOL É RESPONSÁVEL POR CERCA DE 60% DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO, NÃO SENDO NECESSÁRIO APRESENTAR UM QUADRO DE DEPENDÊNCIA PARA QUE ISSO OCORRA.

O quadro abaixo resume os principais efeitos imediatos do álcool, de acordo com os níveis de álcool no sangue:

Níveis de álcool no sangue		
Baixo	Médio	Alto
<ul style="list-style-type: none"> • Desinibição do comportamento - Diminuição da crítica - Risos imotivados e instabilidade afetiva • Certo grau de incoordenação motora • Prejuízo das funções sensoriais 	<ul style="list-style-type: none"> • Ataxia • Fala pastosa, dificuldade de marcha e aumento do tempo de resposta • Aumento da sonolência, com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração 	<ul style="list-style-type: none"> • Podem surgir náuseas e vômitos • Diplopia (visão dupla), acentuação da ataxia e da sonolência (estupor até o coma), podendo ocorrer hipotermia (diminuição da temperatura corporal) e morte por parada respiratória

3. Efeitos crônicos do consumo de álcool etílico

O álcool pode provocar complicações clínicas nos vários sistemas do corpo humano, sendo as principais descritas abaixo.

Sistema Digestivo

A alta dose de álcool, em geral, provoca anormalidade na parede do intestino, redução na capacidade de absorção intestinal de nutrientes e interferência no metabolismo celular de muitas vitaminas.

Esôfago

Dificuldade de condução do alimento para o estômago.

Estômago

Gastrite (inflamação do estômago) aguda, erosões superficiais da parede do estômago, sangramentos de pequeno e grande porte e vômitos freqüentes.

A sensação de queimação na altura do estômago, porção superior do abdome, é um indício da gastrite.

Fígado

Ocorrem quadros de esteatose hepática (acúmulo de gordura no fígado).

Também pode haver icterícia (cor amarelada da pele e olhos) e pode ocorrer a hepatite alcoólica (inflamação do fígado por ação direta do álcool), caracterizada por icterícia, febre e leucocitose (aumento acima do normal dos leucócitos, as células brancas do sangue. Elas são responsáveis pela defesa do organismo).

Os problemas do fígado podem evoluir para um quadro de cirrose hepática, caracterizada por náuseas, perda de peso, sensação de fraqueza, mudança nos hábitos intestinais, dor abdominal ou febre baixa.

Com a evolução do quadro acima, pode-se ter uma insuficiência hepática caracterizada por teleangectasia aracnóide (manchas vasculares na pele), eritema palmar (vermelhidão intensa nas palmas das mãos), atrofia dos testículos, ginecomastia (aumento do tamanho das mamas), perda da distribuição dos pêlos masculinos, aumento do tamanho das glândulas parótidas (são as mais volumosas glândulas salivares do organismo e apresentam células secretoras), confusão mental e sangramento digestivo pela presença de hipertensão portal (aumento da pressão sanguínea ocasionada pelo entupimento da veia que irriga o fígado).

Pâncreas

É uma glândula localizada no abdome superior que possui duas funções principais: produz o suco pancreático que ajuda na digestão e também tem função endócrina, produzindo hormônios como a insulina.

A ingestão de bebida alcoólica é responsável por 75% dos casos de pancreatite crônica (inflamação de longa duração do pâncreas). A pancreatite crônica caracteriza-se por dor abdominal severa (irradiada para o meio das costas e aliviada ao sentar e inclinar o corpo para frente), náuseas, vômitos e febre.

Sistema Cardiovascular

O álcool tem efeitos diretos sobre o coração. A desnutrição, frequentemente associada ao alcoolismo crônico, é fator importante no prejuízo do funcionamento cardiovascular.

O etanol é um depressor direto da atividade do músculo cardíaco. Muitos episódios de arritmias cardíacas (alterações do processo de ativação elétrica do coração, ocasionando ritmo cardíaco anormal) estão associados ao alcoolismo.

Além disso, estudos recentes têm associado o consumo pesado de álcool com a hipertensão arterial sistêmica (pressão alta), sendo o alcoolismo considerado o segundo fator de risco não-genético para hipertensão arterial.

O consumo crônico de álcool também está associado a uma doença do coração conhecida como Miocardiopatia Alcoólica (Doença Muscular Induzida pelo álcool, que costuma se manifestar entre os 30 e os 60 anos de idade, caracterizada pelo aumento do volume do coração, arritmias e, nos estágios mais avançados, pela insuficiência cardíaca).

Sistema Nervoso Central

O álcool é classificado como um depressor do Sistema Nervoso Central e a longo prazo pode levar ao desenvolvimento de várias doenças.

A pessoa pode apresentar um quadro progressivo de dor e alterações na sensibilidade dos membros inferiores e superiores, bem como fraqueza motora, conhecida como Neuropatia Periférica, relacionada ao alcoolismo.

Com o consumo crônico de bebidas alcoólicas associado à desnutrição e à carência de vitaminas do complexo B (em especial a Vitamina B1), pode ocorrer um devastador quadro clínico caracterizado pela perturbação do equilíbrio, desorientação no tempo e no espaço, confusão mental e paralisia de músculos oculares. Este quadro é conhecido como Síndrome de Wernicke. Caso este quadro não seja tratado de forma adequada, a evolução para um quadro de grave e persistente prejuízo da memória e da orientação, conhecido como Síndrome de Korsakoff, pode se instalar.

Outra doença associada ao uso crônico do álcool é a Síndrome Demencial Alcoólica, que consiste na atrofia global do cérebro, grandes prejuízos da memória, da atenção, da orientação no tempo e no espaço, muito semelhante clinicamente ao da Demência de Alzheimer.

Outros problemas neurológicos, conhecidos como Síndrome de Marchiafava-Bignami e Mielinólise Central Pontina, também podem se instalar em pacientes dependentes graves de álcool, com desnutrição crônica

e inadequado tratamento médico. A Síndrome de Marchiafava-Bignami apresenta uma evolução devastadora caracterizada por rápido prejuízo da memória e da orientação, presença de idéias delirantes e alucinações e grave prejuízo da marcha e controle muscular. Apesar de rara, esta síndrome é subdiagnosticada.

A Mielinólise Central Pontina pode ocorrer em várias situações clínicas. Entre pacientes alcoolistas desnutridos, este grave problema pode aparecer quando a equipe médica faz uma reposição rápida de sódio para tentar corrigir alterações hidro-eletrolíticas pré-existentes. Lesões no tronco cerebral podem surgir, e o paciente pode apresentar dificuldades na articulação das palavras e na deglutição dos alimentos, além de grave prejuízo da força muscular e da consciência. Uma evolução devastadora não é incomum.

Sistema Músculo-Esquelético

O álcool pode levar a uma série de efeitos nocivos no sistema músculo-esquelético, acarretando processos dolorosos, fraqueza muscular, sensibilidade muscular aumentada e até mesmo osteoporose precoce em alcoolistas crônicos.

Sistema Hematopoiético (sangüíneo)

Pode provocar interferência na produção de células sangüíneas em vários níveis, provocando anemias diversas (quer seja em função da desnutrição, quer seja pela deficiência de vitaminas). Além disso, pode causar prejuízos na coagulação (é o nome dado ao processo de solidificação do sangue, fechando cortes e outros machucados).

Pele

Os dependentes de álcool são propensos a várias doenças de pele, incluindo a psoríase (descamação crônica da pele), o eczema discóide (lesão que causa coceira na pele relacionada a agentes endógenos e exógenos) e infecções superficiais da pele por fungos.

Sistema Imunológico

O sistema imunológico é responsável pela defesa do organismo, dentre outras coisas, e pode ser suprimido nas pessoas que apresentam um

consumo intenso de álcool. Desnutrição e danos ao fígado contribuem para o prejuízo desse sistema, de forma que os bebedores intensos apresentam maior propensão a infecções.

Pediatria e álcool

Em mulheres grávidas, sabe-se que o álcool atravessa a placenta e pode provocar desde abortamentos espontâneos, natimortos (nascidos mortos) e crianças com baixo peso ao nascer.

A Síndrome Alcoólica Fetal caracteriza-se por:

- deficiência do desenvolvimento da criança;
- dano ao sistema nervoso central, como mal-formação do cérebro e caixa craniana e retardo mental;
- danos faciais, como lábio superior fino, fissuras palpebrais curtas, ptose palpebral (queda das pálpebras) e estrabismo;
- mal-formações cardíacas;
- mal-formações nas articulações, nos órgãos genitais e na pele.

4. Complicações psiquiátricas do consumo de álcool

Muitas alterações do comportamento e manifestações de quadros psiquiátricos estão relacionadas ao consumo de álcool etílico. Algumas são descritas abaixo.

Intoxicação alcoólica

Mais freqüente forma de transtorno mental associado ao consumo de bebidas alcoólicas. É a embriaguez característica de quem bebeu demais, mesmo que não seja alcoolista. O consumo excessivo de etanol pode causar euforia, diminuição da atenção, prejuízo do julgamento, irritabilidade, humor deprimido, lentificação psicomotora, sonolência, redução do nível da consciência e, eventualmente, coma. Os sinais comuns da intoxicação alcoólica aguda são:

- fala arrastada;
- falta de coordenação motora;
- marcha instável (andar cambaleante);
- nistagmo (movimento anormal dos olhos);
- prejuízo na atenção ou memória;
- estupor ou coma.

Alucinação alcoólica

São alucinações persistentes (perturbação mental que se caracteriza pelo aparecimento de estímulos táteis, visuais e/ou auditivos atribuídos a causas objetivas que, na realidade, inexistem) vividas sem alteração do nível de consciência, após a diminuição ou cessação do consumo de álcool, em indivíduos dependentes desta substância.

A forma crônica é semelhante à esquizofrenia ou ao quadro paranóide, caracterizado por crenças ou sensações de perseguição.

Síndrome de abstinência alcoólica

A síndrome de abstinência constitui-se no conjunto de sinais e sintomas observados nas pessoas que interrompem um longo e intenso período de uso de álcool. É caracterizado, entre outros sinais e sintomas, por tremores, náusea, vômito, ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, alucinações transitórias e ilusões (percepção visual errônea de algo objetivamente existente).

Quatro sintomas fundamentais na síndrome de abstinência do álcool	
Tremor	Tremores matinais das mãos ao acordar. Os tremores também ocorrem no tronco, face ou no corpo todo.
Náusea	A pessoa pode sentir este sintoma ao escovar os dentes pela manhã ou ao tomar uma xícara de café.
Sudorese	Acordar todo “ensopado” de suor.
Perturbação do humor	Nos estágios iniciais, há irritabilidade ou nervosismo. Nos casos em que a dependência é mais grave, há um estado de intensa agitação e depressão.

Delirium tremens

O *delirium tremens* é uma forma mais intensa e complicada da abstinência. Este quadro pode ocorrer após a interrupção ou redução abrupta do uso crônico e intenso do álcool, em pacientes com comprometimento clínico. É uma situação de emergência clínica, frequentemente necessitando de cuidados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Um traço comum no *delirium tremens*, mas nem sempre presente, são as alucinações táteis e visuais em que o indivíduo “vê” insetos ou animais asquerosos próximos ou os “sente” caminhando por seu corpo.

Transtorno amnésico (apagamentos)

São episódios transitórios de amnésia (perda total ou parcial da memória) que acompanham variados graus de intoxicação ao álcool. Os “apagamentos” parecem ser mais comuns nos pacientes em fases mais tardias da dependência ao álcool.

Suicídio

Tentativas de suicídio são comuns em pacientes alcoolistas crônicos. Sintomas depressivos, perdas profissionais, pessoais, sociais, familiares e financeiras contribuem de forma determinante para o risco do auto-extermínio.

Transtornos do sono

Importante causa de transtorno extrínseco do sono, provocando tanto insônia (dificuldade de sono) quanto hipersônia (aumento do sono). As principais alterações do sono em alcoolistas estão relacionadas aos quadros de depressão e ansiedade.

Considerações finais

Neste Capítulo, descrevemos:

- efeitos do uso do álcool sobre o organismo;
- efeitos agudos ou crônicos;
- efeitos físicos e psíquicos.

Os efeitos psíquicos frequentemente não dependem só da substância consumida, mas do contexto em que a substância é usada e das expectativas que o usuário tem com relação à substância.

Os efeitos prazerosos podem vir acompanhados de uma série de efeitos colaterais indesejáveis e nem sempre o usuário tem noção desses efeitos negativos, principalmente a longo prazo (desenvolvimento de problemas clínicos, dependência, dentre outras).

A questão do envolvimento de pessoas com álcool e outras drogas vai além da simples busca dos efeitos dessas substâncias.

Além de permitir diagnóstico e classificação precisos, a determinação e o estudo dos diversos padrões de uso de substâncias psicoativas (SPA) são importantes para estabelecer informações básicas e confiáveis e uma linguagem comum entre os debatedores do assunto, bem como para traçar o melhor programa terapêutico para esses indivíduos.

Esse quadro de consumo deve ser levado em conta no desenvolvimento de programas preventivos, na regulamentação de uso e venda de substâncias e nas políticas de tratamento, no sentido de que recursos humanos e financeiros, em geral escassos nessa área, sejam alocados onde são mais necessários.

São várias as complicações clínicas e psiquiátricas associadas ao consumo agudo ou crônico de bebidas alcoólicas.

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM –IV-TR)**. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J. & COOK, C.C.H. **O Tratamento do alcoolismo. Um guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LOWINSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R.B. & LANGROD, J.G. **Substance Abuse. A Comprehensive Textbook**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.



PREVENÇÃO

*Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Déborah Domiceli de Oliveira Cruz
Sandra Mara de Lima Troian*



Neste Capítulo, você verá



- O que é prevenção
- Possíveis ações de prevenção no ambiente de trabalho

1. Conceito de prevenção

Prevenir o uso indevido de drogas constitui ação de inquestionável relevância nos mais diversos contextos sociais – escola, família, comunidade, empresa –, dada a complexidade da questão e os prejuízos associados ao abuso e à dependência de substâncias psicoativas. O Dicionário Aurélio (1999) define prevenção como o ato ou efeito de prevenir, ou seja, “**evitar, dispor com antecipação e chegar antes de**”. Em relação ao consumo de drogas, pode-se considerar prevenção tudo aquilo que possa ser feito para evitar, impedir, retardar, reduzir ou minimizar o uso, o abuso ou a dependência e os prejuízos relacionados ao padrão de consumo de substâncias psicoativas.

A prevenção de abuso/dependência de álcool e outras drogas na empresa deve ter como foco o trabalhador, baseando-se em estratégias que visem à qualidade de vida, à preservação das relações interpessoais, à segurança e à produtividade. As ações de prevenção, nesse contexto, podem ser definidas tomando-se como parâmetro os seguintes enfoques:

- **Prevenção universal:** dirige-se à população em geral. No contexto empresarial, esse modelo de prevenção abrange todos os trabalhadores, usuários ou não de drogas. Tem por objetivo prevenir ou retardar o uso indevido de álcool e outras drogas. Por exemplo: distribuição de panfletos com informações sobre drogas para todos os trabalhadores da empresa e suas famílias.
- **Prevenção seletiva:** é dirigida a grupos específicos da empresa. Visa a identificar os fatores de risco associados ao uso indevido de álcool e outras drogas e atuar de forma a atrasar ou impedir seu abuso. Por exemplo: ações de orientação dirigidas a motoristas de ônibus de uma empresa de transporte coletivo.
- **Prevenção indicada:** planejada para indivíduos que já apresentam os primeiros sinais de uso abusivo de álcool e outras drogas. Tem por objetivo prevenir a evolução para um possível quadro de dependência e suas complicações. O enfoque da intervenção deve ser específico para cada indivíduo ou grupo e considerar os problemas funcionais, de saúde, familiares e sociais relacionados ao padrão de consumo. Por exemplo: encaminhamento para tratamento externo e acompanhamento do trabalhador por parte dos profissionais de saúde e recursos humanos da empresa.

Ao planejar uma atividade de prevenção, **é preciso conhecer os fatores que colocam o trabalhador em risco e os que o protegem**, a fim de atuar minimizando os primeiros e fortalecendo os segundos. As ações preventivas não podem ser desenvolvidas isoladamente, ou seja, devem ser elaboradas a partir de pressupostos sobre a relação do indivíduo com a droga.

Ressalta-se que um mesmo fator pode ser de risco para uma pessoa e de proteção para outra. Um indivíduo tímido, por exemplo, pode reagir com medo diante do oferecimento de uma droga e não usá-la, ao passo que outro, em sua timidez, receoso de ser rejeitado pelo grupo, pode aderir ao uso.

Entende-se por fatores de proteção aqueles que diminuem a probabilidade do uso indevido de drogas e por fatores de risco, circunstâncias e características pessoais e ambientais ou, ainda, relacionadas à droga, que aumentam a probabilidade de o indivíduo fazer uso indevido dela.

Os **fatores de risco** não podem ser considerados de forma isolada, pois que o consumo de drogas, como qualquer outro comportamento humano, implica uma **interação dinâmica** – nesse caso, entre o **indivíduo** (características pessoais, sua história e seu momento de vida), seu **contexto sociocultural** (aspectos sociais, culturais, históricos e econômicos) e as **drogas** (a forma como a substância atua e os danos que podem causar ao organismo). Esses fatores estão presentes nos diferentes domínios da vida das pessoas: na esfera individual, familiar, na escola, no trabalho, na comunidade e entre os colegas.

Veja alguns exemplos:

Quadro 1

Fatores de risco
Propensão à depressão, ansiedade ou auto-estima baixa.
Disponibilidade das drogas (facilidade de acesso).
Fatores econômicos (alto ou baixo poder aquisitivo).
Modelos sociais que aprovam ou incentivam o consumo de drogas.
Influência de grupos.
Falta de informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos.
Violência familiar.
Vínculos negativos com pessoas e instituições.
Publicidade (comerciais que estimulam o consumo).

Um exemplo de fator de risco no local de trabalho é a disponibilidade de bebidas alcoólicas nos clubes e associações de funcionários que se localizam no mesmo espaço físico da empresa.

Vale ressaltar, porém, que uma situação de risco pode contribuir para que um indivíduo sinta vontade de experimentar drogas, mas não determina o padrão de consumo que será estabelecido em sua vida.

Quadro 2

Fatores de proteção
Existência de um projeto de vida, com metas alcançáveis.
Valores éticos.
Modelos sociais que promovam a valorização da vida e da saúde.
Dinâmica familiar estruturada.
Oportunidade de trabalho e lazer.
Informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos.
Vínculos positivos com pessoas e instituições.
Atividades de lazer, esportivas e culturais.
Espiritualidade.

2. Programas de prevenção no ambiente de trabalho: qual é o melhor modelo?

Não existe modelo ideal de programa de prevenção, tampouco melhor ou pior. Existem diferentes possibilidades de abordagem da questão, em que os fatores de proteção devem ser realçados e os fatores de risco, minimizados.

Ações de prevenção que têm como meta reforçar os fatores de proteção e minimizar os fatores de risco têm mais efetividade.

Embora o consumo abusivo e a dependência de drogas sejam constante objeto de estudo dos profissionais da área de saúde ocupacional e seu impacto na segurança seja amplamente discutido no ambiente empresarial, as ações de prevenção ainda se mostram tímidas.



É bom saber...

No Brasil, menos de 5% das empresas têm algum tipo de programa de prevenção. Em países como Estados Unidos, Canadá, França e Inglaterra, esse índice chega a 90%, mostrando claro senso de responsabilidade social (CREMESP).

Felizmente, esse cenário vem se modificando. As empresas brasileiras, na busca de alternativas para diminuir o impacto negativo que o uso de drogas tem na saúde do trabalhador, na produtividade e no ambiente onde ele exerce suas atividades, começam a desenhar suas políticas nesse sentido.

O mito de que, ao entrar nas instalações da empresa, o trabalhador deveria se despir de qualquer problema ou preocupação já não encontra respaldo. Por isso, é importante implantar uma política realista para a abordagem da questão. É cada vez mais claro que a política deve se traduzir em **ações possíveis de serem executadas, de acordo com as características e a disponibilidade de recursos da empresa.**

Numa política realista, cabem desde o sofisticado programa com orçamento próprio e pessoal especializado até ações singelas de uma campanha de informação. Neste Curso, você terá a oportunidade de conhecer algumas das alternativas de prevenção que podem ser implementadas em sua empresa.

Uma política de prevenção não é privilégio de grandes companhias, nem está necessariamente atrelada ao volume de recursos financeiros disponíveis. Ela depende do reconhecimento, por parte dos dirigentes e dos trabalhadores da empresa, de que o consumo de drogas existe e pode afetar a produtividade, a segurança e as relações interpessoais no ambiente de trabalho. A partir daí, a empresa pode e deve definir de forma pragmática o que é aceitável ou não em relação ao consumo de drogas por seus colaboradores, as ações de prevenção e o tipo de suporte a ser oferecido para aqueles que já apresentam algum comprometimento decorrente do consumo de qualquer tipo de droga.

O ambiente de trabalho é espaço privilegiado para se definir uma política de prevenção, uma vez que ali o trabalhador passa grande parte de seu tempo e ali se estabelece uma rede de relacionamento capaz de lhe conferir identidade social e profissional.

Embora a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) arcaicamente ainda legisle sobre a dispensa por justa causa para “embriaguez habitual ou em serviço”, a demissão sumária do trabalhador com problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas vem perdendo força. A substituição pura e simples não garante solução, já que entre 10% e 12% da população economicamente produtiva, acima de 14 anos, tem problemas de abuso ou dependência de algum tipo de droga (OIT, 1993).

É imprescindível que todos os segmentos da empresa tenham nítida compreensão de que o uso abusivo e a dependência de drogas não têm uma única causa. Os problemas decorrentes disso requerem diferentes tipos de abordagem.

Refere-se ao trabalho e estudo de profissionais de diversas áreas do conhecimento ou especialidades sobre um determinado tema ou uma determinada área de atuação.

Terão maior sucesso as ações voltadas à abordagem **multidisciplinar**, capazes de ser implementadas em conjunto pelos profissionais de recursos humanos, saúde ocupacional e segurança. Devem envolver fortemente as lideranças e chefias, a representatividade legítima dos trabalhadores, e articular-se com a rede de recursos comunitários, especialmente os serviços da rede pública de saúde.

A definição de uma política de prevenção do uso indevido de drogas permite à empresa desmistificar o assunto, desestimular fortemente o consumo entre os trabalhadores, incentivar a procura espontânea de ajuda por aqueles que apresentaram problemas de abuso e dependência e facilitar sua reinserção no ambiente de trabalho e na família.

Pressupostos de uma política de prevenção no ambiente de trabalho

A elaboração de uma política eficaz para o ambiente de trabalho deverá necessariamente considerar alguns pressupostos norteadores das ações e estratégias de intervenção, como reconhecem estudiosos e profissionais que desenvolvem prevenção ao uso de drogas nas empresas:

- reconhecimento de que o consumo de drogas **lícitas e ilícitas** no ambiente de trabalho é um **problema de saúde e de segurança** que requer, por parte da empresa, posicionamento claro, realista e desprovido de preconceitos;
- reconhecimento de que **empresa e trabalhador devem compartilhar a responsabilidade** na busca de alternativas;
- reconhecimento de que os **quadros de abuso e dependência de drogas são passíveis de tratamento**;
- reconhecimento de que **existem várias possibilidades de abordagem e modelos de tratamento**;
- reconhecimento do papel da **família como fator de proteção** ao uso de drogas e suporte à recuperação e reinserção social do trabalhador;
- reconhecimento de que existe uma **rede de recursos na comunidade** e de que as **ações da empresa devem prever a articulação e o fortalecimento do trabalho em rede**;

- garantia de que a **natureza das ações** a serem implementadas pela empresa seja de conhecimento de todos (direção, profissionais que executam o programa, chefias e trabalhadores);
- garantia de **confidencialidade** para os trabalhadores usuários ou dependentes que desejarem receber ajuda;
- garantia de que trabalhadores que buscam ajuda no programa de prevenção **não sofrerão prejuízos em sua ascensão funcional**.

3. Aspectos positivos das ações de prevenção no ambiente de trabalho

Para o trabalhador:

- acesso a informações adequadas sobre drogas e seus efeitos;
- oportunidade de reflexão e ajuda profissional para alteração de seu padrão de consumo;
- oportunidade de reflexão e ajuda profissional para mudança de seu estilo de vida;
- participação pró-ativa em ações de promoção da saúde e segurança no trabalho.

Para a empresa:

- maior comprometimento dos trabalhadores;
- melhoria da imagem como empresa socialmente responsável (no mercado e na comunidade);
- redução de custos relacionados à saúde e à segurança;
- aumento da produtividade;
- redução do número de acidentes no trabalho;
- redução do *turn over* e do **absenteísmo**.

Turn over é o movimento de entradas e saídas, admissões e desligamentos de profissionais empregados de uma empresa.

Absenteísmo é a ausência do trabalhador ao serviço, quando se esperava que ele estivesse presente.

Alguns modelos de prevenção.

Quadro 3

Abordagem	Foco	Métodos
Socialização de informações sobre drogas.	Ampliação do conhecimento sobre os diversos tipos de substâncias, seus efeitos e suas conseqüências do uso. Promoção de atitudes de dissuasão ao uso de drogas.	Palestras, discussões, áudio ou vídeo, pôsteres, panfletos, mensagens eletrônicas, mensagens em demonstrativos de pagamentos, jornal interno.
Educação afetiva. Desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais.	Melhoria da auto-estima. Tomada de decisões. Assertividade. Desenvolvimento interpessoal e das habilidades de comunicação.	Palestras, discussões, dinâmicas de grupo para desenvolvimento pessoal e resolução de problemas.
Criação de alternativas ao uso de drogas.	Melhoria da auto-estima. Auto-confiança. Redução de condições de estresse, pressão e alienação.	Organização e desenvolvimento de atividades de lazer, de convivência, recreacionais e culturais; participação em projetos de serviço comunitários; orientação profissional.
Desenvolvimento de habilidades de resistência ao uso de drogas.	Desenvolvimento de habilidades para resistir à pressão social para o uso de drogas. Ampliação do conhecimento sobre as conseqüências negativas imediatas.	Discussões em grupo, dramatização, atividades monitoradas por profissionais especialistas em prevenção.

Fonte: Botvin & Botvin, 1997.

4. Possíveis ações de prevenção

Veja o que é possível fazer em sua empresa:

Campanhas permanentes

É possível estabelecer um calendário de campanhas para abordar temas relacionados a elementos que podem aumentar os fatores de risco para o uso de drogas, comprometer a qualidade de vida do trabalhador e de sua família, a segurança no trabalho e o desempenho da empresa. As campanhas devem ser desenvolvidas por meio da articulação da empresa com os recursos existentes na comunidade. Por exemplo: uma campanha de prevenção

a AIDS e DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) terá maior impacto se realizada em conjunto com unidades da rede pública de saúde. Veja um exemplo de calendário de campanhas permanentes no Quadro 4.

É importante lembrar que o calendário deve ser estabelecido de acordo com as características regionais e culturais da empresa, seu ramo de atividade e considerar as datas festivas e campanhas nacionais.

Quadro 4

Mês	Ações
Fevereiro	CARNAVAL (prevenção ao uso de álcool e outras drogas; prevenção à violência no trânsito, à AIDS e DSTs)
Março	DIA INTERNACIONAL DA MULHER (violência doméstica; prevalência e consequências do uso de drogas entre as mulheres; preconceito em relação a mulheres usuárias de drogas; tratamentos específicos; co-dependência; educação de filhos)
Abril	DIA MUNDIAL DA SAÚDE (qualidade de vida e ações de promoção da saúde)
Outubro	DIA NACIONAL DA ALIMENTAÇÃO (prevenção ao colesterol, diabetes, pressão alta, obesidade)
Novembro	DIA NACIONAL DO COMBATE AO CÂNCER (prevenção ao câncer de pele, próstata, mama, bucal)
Dezembro	DIA NACIONAL DE LUTA CONTRA AIDS (prevenção à AIDS e doenças sexualmente transmissíveis)

Alguns recursos que podem ser utilizados nas campanhas:

- Cartazes, folhetos, mensagens nos quadros de avisos, no demonstrativo de pagamento, no jornal interno, em faixas alusivas, na intranet.
- Materiais produzidos por parceiros, como o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Secretaria Nacional Antidrogas, Conselho da Mulher, dos Direitos da Criança e do Adolescente, o SESI, SENAI, SENAC, SEBRAE, dentre outros.

Palestras

Ainda é relativamente comum ouvir dos profissionais que palestras sobre prevenção ao uso de drogas são inócuas como ferramentas para diminuir ou inibir o consumo de drogas. No entanto, a literatura especializada aponta que o acesso à informação e o espaço para a reflexão constituem elementos valiosos para ações de promoção da saúde, mudança de comportamento e até mesmo para modificação de um estilo de vida precário. O domínio do tema e a habilidade do palestrante de

interagir com o público são requisitos necessários para qualificar positivamente a atividade.

Atividades especiais

Atividades alternativas para o enfrentamento de situações de estresse podem minimizar fatores de risco para o uso de drogas, como estimulantes, “calmantes”, “remédios para dormir” e álcool, dentre outras drogas. Essas atividades devem ser de curta duração e, de preferência, realizadas durante o horário de trabalho.

Sugestões: ginástica laboral, *shiatsu*, *quick massage*, dança de salão, coral, teatro, *ikebana* e atividades ao ar livre orientadas por profissionais da área de educação física e fisioterapeutas.

Projetos para públicos específicos

- Devem ser elaborados a partir do conhecimento prévio do público-alvo da ação (perfil socioeconômico-cultural).
- Filhos de trabalhadores (oficinas temáticas, palestras sobre temas de interesse, orientação vocacional, informações sobre oportunidades educacionais, culturais e profissionais).
- Mulheres (espaço de encontro regular para discussão de temas de interesse, mediados por profissionais, promoção de cursos e oficinas).
- Estagiários (oficinas temáticas, encaminhamentos para cursos de aprimoramento, orientação profissional).
- Aposentados ou pré-aposentados (oficinas temáticas e espaço de encontro para discussão e construção do novo projeto de vida, atividades ligadas à pintura, dança, música).

Visitas da família à fábrica ou empresa

- Essa atividade pode se transformar em importante fator de proteção, à medida que se estabelece uma relação de proximidade da empresa com os trabalhadores e suas famílias. O conhecimento da empresa e de sua cultura por parte da família permite ao trabalhador partilhar sua realidade e vivência funcional e à

família formar uma imagem da empresa, com conseqüente aumento do nível de satisfação e do sentimento de pertinência por parte do trabalhador para com a empresa.

- **Abrangência:** cônjuge, companheiros (as), filhos de trabalhadores, pais (no caso de trabalhadores solteiros).
- **Divulgação:** por meio de informativos, jornal interno, quadros de avisos, demonstrativo de pagamento, intranet, carta-convite à família.
- **Programação:** além da visita à empresa e ao local específico de trabalho, devem ser incluídas na programação atividades de informação institucional, como benefícios concedidos pela empresa, programas desenvolvidos e outros temas de interesse do público-alvo.

Considerações finais

- Não existe um modelo predefinido de programa de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho. Cada programa precisa considerar as peculiaridades e a realidade da empresa e se adequar a elas. Devem ser elaborados a partir do conhecimento prévio do ambiente e das características sociodemográficas da população em questão, porque essas informações definirão que tipo de intervenção deve ser realizada.
- O apoio e o comprometimento de todos os integrantes da empresa são fundamentais para a implantação e para o desenvolvimento de qualquer ação de prevenção.

Bibliografia

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

BOTVIN, G.J. & BOTVIN, E.M. "School-based programs". In: LOWINSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R.B. & LANGROD, J.G. (Eds.). **Substance abuse: a comprehensive textbook**. 3.ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997.

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho**. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2001. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Luiz Eduardo Alves de Siqueira.

BRASILIANO, S. "Fatores psicológicos no abuso e dependência de drogas". In: ANDRADE, A.G.; NICASTRI, S. & TONGUE, E. **Drogas: atualização em prevenção e tratamento**. Curso de Treinamento em Drogas para Países Africanos de Língua Portuguesa. São Paulo, 1993.

CAMPANA, A.A.M. "Álcool e empresas". In: RAMOS, S.P. & BERTOLOTE, J.M. **Alcoolismo hoje**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2001**. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2002.

SILVA, M.A. da & MARCHI, R. de. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

KRUPNICK, L. Como as empresas estão lidando com a dependência química em todo mundo. **Mind** n° 5, ano I, maio/junho, pp.19, 1993.

NIDA - NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE and NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. **The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992**. Rockville:1998.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **International Labour Office Guiding principles adopted by the ILO Inter-regional Tripartite Experts Meeting on Drug and Alcohol Testing in the Workplace**. Geneve: 1993.

VAISSMANN, M. **Alcoolismo como problema de saúde no trabalho**. 1998. Tese de Doutorado em psiquiatria. Centro de Ciências e da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

VIEIRA, P.C.A.V. & REQUIÃO, D. **Alcoolismo e trabalho**. Coleção Temas Sociais, n. 202. Documentos do CRCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais, 1987.

ZALUAR, A. “Introdução”. In: ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

A preocupação central do SESI é prestar serviços sociais voltados à melhoria da qualidade de sua clientela e estimular a responsabilidade social da empresa, visando o desenvolvimento sustentável de acordo com as tendências do desenvolvimento gerencial.

A melhoria dos níveis de saúde e nutrição, preparação formal e segurança reflete-se em economia de custo e aumento de produtividade para as empresas. Entre os resultados estão a redução dos níveis de absenteísmo, de acidentes de trabalho, de licenças por motivo de doença e de desperdício de matéria-prima.

Estudos internacionais atestam que, para cada dólar investido no trabalhador, a empresa obtém um retorno de quatro a seis dólares. Diversas empresas brasileiras já estão comprovando esta realidade. O SESI/RS, atento às mudanças estruturais por que vêm passando as empresas gaúchas, tem a oferecer a comunidade empresarial um novo serviço para o Gerenciamento da Qualidade, com ênfase num dos aspectos que, de forma crescente, vem interferindo na saúde e no desempenho da mão-de-obra: o uso indevido de drogas.

O que é o projeto

O projeto tem como preocupação principal a melhoria dos indicadores de saúde e segurança dos trabalhadores. Nesse contexto, o consumo indevido de drogas é enfocado através da PREVENÇÃO. Graças ao respaldo fornecido pela aplicação do projeto em outros países, é possível afirmar que as atividades de prevenção, além de seu baixo custo, têm efeitos na saúde integral, nos hábitos e no comportamento do indivíduo, levando-o a atitudes positivas, que se refletem no trabalho e na família.

Se acrescentarmos à observação dos níveis de consumo entre os trabalhadores de diversos países, inclusive do Brasil, a metáfora dos sinais de trânsito, veremos que a maioria das pessoas não tem problemas de uso indevido de drogas, portanto recebe luz verde. Já uma faixa intermediária tem problemas que podem ser revertidos através de atividades que propiciem a adoção de condutas saudáveis (luz amarela). Uma minoria é dependente e necessita de tratamento especializado (luz vermelha).

A proposta do projeto é atingir, por meio da prevenção, todos os trabalhadores da empresa. Assim, a grande maioria saudável poderá desenvolver conhecimentos e atitudes que lhes permita permanecer na área verde, os que estão na área amarela terão condições de reflexão e auto-mudança e os dependentes da área vermelha serão encaminhados para tratamento com recursos adequados.

Como funciona o projeto?

O SESI/RS coloca à disposição dos empresários a metodologia do projeto. Nas diferentes etapas de execução e avaliação, é fornecida assessoria por um período de dezoito meses, por meio da Equipe Executiva que funciona no Departamento Regional e da assistente social do Centro de Atividade mais próximo à empresa. Uma das principais características desta metodologia é a FLEXIBILIDADE: ela será adaptada para atender as necessidades e características de cada empresa, que assim terá o seu projeto próprio e executado por seus técnicos, não dependendo de especialistas externos para sua implementação e manutenção.

Trata-se, portanto, de um projeto da própria empresa. Então, depende de maneira crucial do comprometimento da direção e dos níveis gerenciais, que com assessoria do SESI/RS vão selecionar as áreas de maior interesse a serem trabalhadas, tais como saúde ocupacional, segurança no trabalho e educação do trabalhador. Estas áreas formam a base para o planejamento de campanha de conscientização, incentivando a saúde física e mental, o gerenciamento do estresse e o desenvolvimento pessoal.





Vantagens da prevenção no ambiente de trabalho

As pesquisas que deram suporte ao modelo mostram que os homens e mulheres entre 20 e 50 anos de idade são os maiores consumidores de álcool e outras drogas. Esta faixa etária corresponde ao auge da capacidade produtiva do indivíduo. No que se refere especificamente aos homens, que formam 70% da mão-de-obra industrial gaúcha, além de normalmente consumirem mais álcool e drogas ilícitas que as mulheres nessa época de suas vidas, costumam estar totalmente afastados do sistema primário de saúde, onde eventualmente poderiam receber orientações preventivas.

Devido ao seu elevado envolvimento com os locais de trabalho, onde o homem moderno passa a maior parte de sua vida útil e onde se dão muitas de suas relações sociais mais significativas, o trabalhador torna-se particularmente sensível aos estímulos de seu empregador. Isso faz da empresa o meio ideal para as atividades de prevenção. O enfoque tradicional na identificação e tratamento de pessoas dependentes, além de envolver apenas aqueles doentes, tem custos elevados e baixo retorno, pois, uma vez instalada a dependência, a recuperação e a reintegração limitam-se a 30% dos casos.



ÁLCOOL E REDUÇÃO DE DANOS NO AMBIENTE DE TRABALHO

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



este Capítulo, você verá



- O uso do álcool e sua relação com o ambiente de trabalho no Brasil
- Uma experiência prática de redução de danos no ambiente de trabalho

Introdução

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, estudo que envolveu as 108 maiores cidades do País (Cebrid/SENAD, 2005), estima que 12,3% da população brasileira com idade entre 12 e 65 anos é dependente de álcool.

Essa constatação, associada a dados publicados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), segundo os quais entre 10% e 12% da população economicamente produtiva, acima de 14 anos, tem problemas de uso abusivo ou dependência do álcool, sugere que, longe de ser um problema que afeta alguns grupos ou setores sociais, o consumo excessivo do álcool acompanha a sociedade moderna em suas contradições, como um grave e urgente problema de saúde pública.

Ainda é comum, nos dias de hoje, rotular o usuário abusivo ou dependente do álcool como indivíduo portador de problemas morais e de caráter, que apresenta irresponsabilidade e insensibilidade como suas principais características de comportamento (Brasiliano, 1993).

Certamente, cada um de nós guarda imagens da infância, nas quais o “bêbado da rua” representa perigo iminente às crianças. A violência, a desagregação familiar e o desequilíbrio financeiro, dentre outros problemas, acentuam o preconceito, que, arraigado na sociedade, dificulta a abordagem da questão.

Muito além do preconceito, porém, o impacto desse fenômeno na saúde e na economia mundial tem levado especialistas, empresários e governantes a repensarem o tema. Há necessidade de adotar uma postura franca e objetiva em questões como custo, perda ou diminuição da força produtiva, doenças decorrentes ou associadas ao uso, violência e morte (Nida, 1998).

Em termos de comunidade empresarial, o trabalhador que faz uso abusivo de drogas ou é dependente tem 3,6 vezes mais chance de causar acidentes no trabalho, 2,5 vezes mais chance de faltar sem justificativa oito ou mais dias de trabalho, utiliza-se três vezes mais dos benefícios médicos, tem sua capacidade produtiva reduzida a 67%, é punido disciplinarmente sete vezes mais e é cinco vezes mais “queixoso” que trabalhadores não-usuários. Conseqüentemente, as relações interpessoais são afetadas sobremaneira, comprometendo o clima organizacional e a qualidade de vida (Institute for Substance Abuse Research, 1991).

1. Uso do álcool e ambiente de trabalho – Brasil

Breve histórico

As primeiras discussões associando o consumo excessivo do álcool ao ambiente de trabalho no Brasil remetem ao final da década de 1970 e início dos anos 80. Até então, a questão era literalmente tratada à luz da lei, conforme a ainda vigente Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que, em seu artigo 482, item f, diz: “Constituem justa causa para rescisão de contrato pelo empregador embriaguez habitual ou em serviço”.

Com o fortalecimento dos movimentos sindicais e a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e de saúde, um novo modelo tomou forma nos serviços de saúde ocupacional e recursos humanos das empresas. Diversas delas, surpreendidas por decisões judiciais de vanguarda – determinando a reintegração de trabalhadores demitidos –, foram impelidas a buscar novas formas de abordar a questão. Os problemas decorrentes do consumo excessivo e da dependência do álcool ou associados a eles deixaram de ser tratados apenas na esfera médica e policial. Passaram a fazer parte da agenda dos profissionais de saúde ocupacional e recursos humanos.

Nesse cenário, surgiram os primeiros programas de prevenção e tratamento do alcoolismo nas empresas, baseados no EAP (*Employee Assistance Program*, Programa de Assistência ao Empregado) norte-americano. Implantados principalmente em multinacionais e grandes empresas estatais, esses programas voltavam atenção à identificação e ao tratamento de empregados dependentes do álcool.

Novas demandas surgiram e, quebradas as primeiras barreiras do preconceito, as empresas defrontaram-se com o uso de drogas ilícitas, associado ou não ao consumo do álcool. Na seqüência, apareceu o uso de outras drogas lícitas, como tranqüilizantes e anfetaminas (muitas vezes, receitadas pelo próprio médico do trabalho).

No início dos anos 1980, as desordens emocionais e a AIDS, associadas ao uso de drogas injetáveis e ao sexo desprotegido, foram os novos desafios, exigindo dos profissionais muito mais conhecimento e, especialmente, revisão dos próprios conceitos sobre o tema.

A década de 1990 trouxe à discussão o conceito de risco para a associação do consumo de álcool e outras drogas com o desempenho de determinadas funções no trabalho. Evidenciaram-se aí as primeiras e tímidas ações de testagem de drogas. Não obstante as justificativas e definições pragmáticas de risco, esse assunto tem se mostrado polêmico e pouco debatido. Discussões quanto à ética e segurança, por certo, continuarão em pauta.

Panorama do consumo de álcool associado ao ambiente de trabalho

No Brasil, estudo realizado no ano de 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, FIESP (Vaismann, 1995), aponta que de 10% a 15% dos trabalhadores brasileiros apresentam dependência ou problemas de abuso do álcool, cujas conseqüências se traduzem em:

- três vezes mais licenças médicas do que as concedidas para outras doenças;
- cinco vezes mais chances de ocorrerem acidentes de trabalho;
- 50% do total de absenteísmo e licenças médicas;
- utilização de oito vezes mais diárias hospitalares;
- utilização, por parte da família, de três vezes mais a assistência médica e social das empresas.

Esses dados são coerentes com os achados de Campana (1997).

O Serviço Social da Indústria (SESI), em estudo realizado entre 1994 e 1995, com uma amostra de 834 trabalhadores, representantes de um universo de 730.000 empregados da área industrial do Estado do Rio Grande do Sul, apontou o álcool como a droga mais difundida entre os trabalhadores. Esse estudo constatou que 84,4% dos trabalhadores pesquisados eram bebedores habituais e 34% tiveram **CAGE** (*screening test for alcoholism*) positivo, referindo problemas de relacionamento e de saúde física em decorrência do consumo de álcool (SESI, 1995).

Embora a literatura internacional aponte claramente as nefastas conseqüências do uso abusivo do álcool no ambiente de trabalho e os desdobramentos de seus custos indiretos (*The Employees Assistance Professionals Association*, 1996), no Brasil, a produção científica é pequena e restrita ao

A sigla CAGE resulta de palavras-chaves da língua inglesa contidas em um questionário, elaborado na década de 1970, que é utilizado para identificar casos relacionados a problemas decorrentes do uso de álcool:

(C - Cut-down) Alguma vez o Sr(a). sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

(A - Annoyed) As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

(G - Guilt) O Sr(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

(E - Eye-opener) O Sr(a). se sente culpado pela maneira com que costuma beber?

As questões devem ser respondidas com *sim* ou *não*. As respostas do tipo "de vez em quando" são consideradas como *sim*.

trabalho formal (SESI, 1995), desconsiderando o espantoso crescimento do trabalho informal na força produtiva do País e a participação de populações específicas, como trabalhadores rurais e trabalhadores urbanos desempregados.

Redução de danos e o consumo de álcool no ambiente de trabalho

A baixa eficácia dos programas tradicionais na identificação precoce de problemas de desempenho no trabalho ligados ao consumo do álcool (Campana, 1997) requer a adoção de postura mais realista, voltada à diminuição dos fatores de risco, com investimento em ações efetivas de qualidade de vida, promoção da saúde e segurança no ambiente de trabalho.

A carência de recursos de saúde quanto ao uso abusivo e à dependência de álcool tem feito com que as empresas criem políticas e estabeleçam diretrizes de abordagem da questão. Elas chamam para si a responsabilidade, preenchendo, em parte, o espaço deixado pelos serviços públicos responsáveis pela saúde de sua força produtiva.

Os desafios cada vez maiores vêm favorecendo o estabelecimento de parcerias com a comunidade e a busca de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce. Assim, aposenta-se gradualmente o tratamento convencional do tipo “pacote”, adaptado do modelo americano de Minnesota, cuja tônica é a abstinência. Isso não parece ser suficiente diante da demanda, apesar das ações do Ministério da Saúde, que vem aperfeiçoando o modelo de assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos dependentes químicos. O objetivo consiste em formar uma rede de cuidados voltada para a reabilitação e reinserção social dessas pessoas.

Nesse contexto, a Redução de Danos aparece como alternativa plausível e possível de ser praticada no ambiente das empresas, embora sua prática, para muitos, pareça estar associada a certa liberalidade de comportamento e de consumo do álcool. Uma mudança dessa visão implica quebra do paradigma de que a abstinência é a única alternativa de melhora. Sedimentado na cultura organizacional e na prática dos profissionais de saúde ocupacional e recursos humanos, esse paradigma faz com que as poucas ações de redução de danos sejam diluídas em campanhas pontuais. Em geral, são atividades isoladas, iniciadas em parceria com programas do governo, quase todas voltadas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Vinculadas a campanhas educativas com distribuição de

preservativos, material informativo, dentre outros, essas ações são pouco avaliadas pelas empresas em termos de efetividade.

2. Benefícios da redução de danos no ambiente de trabalho

Embora não tenham sido encontradas na literatura referências claras a respeito de experiências brasileiras de redução de danos do álcool no ambiente de trabalho, há evidências de que tentativas nesse sentido seriam importantes. Um estudo sobre a participação do álcool em homicídios (Vieira-Duarte e Carlini-Cotrim, 2000), na cidade de Curitiba, Paraná, aponta que 58,9% dos autores dos crimes estavam sob o efeito de bebidas alcoólicas na ocorrência e o mesmo aconteceu com 53,6% das vítimas. É importante observar que, nesse estudo, os autores dos crimes eram homens jovens e, em 86% dos casos, tinham vínculo formal de trabalho. Mais relevante ainda é o fato de que 42% desses autores tinham em média 2,1 antecedentes criminais. Esses dados, por si, sugerem que esses homens poderiam ter sido beneficiados por algum tipo de intervenção no ambiente de trabalho e confirmam dados de outros estudos que associam a ingestão abusiva do álcool a episódios violentos (Edwards *et al.*, 1994; Collins and Messerschmidt, 1993; Graham *et al.*, 1993).

Estratégias simples de redução de danos podem ser incluídas nos programas de prevenção e qualidade de vida, desde que sejam definidas metas realistas, pragmáticas e de curto prazo.

Nesse caso, a compreensão de que a abstinência é o ideal de uma série de alternativas possíveis é o primeiro passo para uma abordagem pragmática, mais humana e desprovida de julgamento moral. Conseqüentemente, qualquer ação no sentido de diminuir o risco associado ao consumo será bem-vinda por parte de toda comunidade empresarial.

Uma experiência prática de redução de danos no ambiente de trabalho

Um exemplo prático e bem-sucedido – embora não definido claramente como uma ação de redução de danos – é uma campanha temática anual, que compõe a agenda de um programa de Campanhas Permanentes para a Promoção da Saúde de uma empresa nacional.

O programa de Campanhas Permanentes foi implantado em 1997 e tem por objetivo oportunizar aos trabalhadores maior esclarecimento e compreensão acerca de temas relacionados a fatores que possam comprometer a qualidade de vida. AIDS, estresse, hábitos alimentares, alcoolismo, drogas, dentre outros, são assuntos amplamente discutidos e divulgados. Os trabalhadores são fortemente estimulados a passar a informação, tornando-se multiplicadores do conhecimento junto a sua família, seus vizinhos, parentes e amigos.

Em face à repercussão positiva, essa campanha repete-se no mês de fevereiro, no período que precede o carnaval, maior festa popular brasileira.

A versão da campanha realizada em 1999 foi denominada *Passaporte da Folia* e consistia em uma cartilha impressa, no formato de um passaporte, com ampla divulgação. Ela iniciou-se na segunda-feira anterior ao carnaval. A cada dia da semana, todos os colaboradores que utilizavam o computador como ferramenta de trabalho (área administrativa e produção), nas 26 unidades da empresa, recebiam na tela de abertura da rede textos ilustrados, contando a história do carnaval, falando de curiosidades, dando dicas e, principalmente, enfatizando o tema da campanha.

Veja nos quadros a seguir exemplos dos textos utilizados via intranet:

FALTA 01 DIA PARA VOCÊ CAIR NA FOLIA...

"Foi no carnaval que passou..."

Se você tem uma triste lembrança de uma folia mal acabada.

Vale a pena lembrar:

Em doses moderadas o álcool proporciona uma sensação de bem estar, relaxamento e desinibição

Mas, com umas doses a mais... a pessoa vai apresentando problemas na coordenação motora, no raciocínio e, muito freqüentemente, de agressividade.

SE BEBER, BEBA MODERADAMENTE.

NÃO TRANSFORME SEU CARNAVAL NUMA GRANDE CONFUSÃO



O enfoque na responsabilidade individual e no “dia seguinte” foi intenso, mas em nenhum momento se disse “não beba” ao público-alvo. Na sexta-feira, depois de toda a sensibilização, o funcionário recebia, das mãos de um *pierrô* e de uma *colombina*, ao final da jornada de trabalho, seu *Passaporte da Folia*.

Como se vê, os temas abordados no *Passaporte da Folia* estavam vinculados à diminuição dos fatores de risco, como violência, intoxicação aguda, acidentes de trânsito, sexo desprotegido, dentre outros, associados ao uso do álcool.

Na contracapa do *Passaporte da Folia*, o empregado encontrava uma camisinha. As camisinhas foram doadas pela Secretaria Municipal da Saúde, por meio de seu Programa de Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

Nos quadros a seguir, estão a capa e contracapa do *Passaporte da Folia* e partes do texto:



Esse exemplo ilustra claramente para os profissionais de saúde ocupacional, recursos humanos e para toda a empresa que, passado o primeiro susto, a redução de danos pode ser praticada de forma responsável e humana, buscando a alteração do padrão de consumo excessivo e a eliminação de fatores e comportamentos de risco, sem qualquer apologia ao uso ou proibição do álcool.

Por último, entendemos que a redução de danos pode ser também alternativa promissora na abordagem das questões ligadas ao consumo de álcool na empresa pública, onde em geral o funcionário tem estabilidade de emprego.

Bibliografia

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho**. 28.ed. São Paulo: Saraiva, 2001. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Luiz Eduardo Alves de Siqueira.

BRASILIANO, S. “Fatores psicológicos no abuso e dependência de drogas”. In: ANDRADE, A.G.; NICASTRI, S. & TONGUE, E. **Drogas: atualização em prevenção e tratamento**. Curso de Treinamento em Drogas para Países Africanos de Língua Portuguesa. São Paulo, 1993.

CAMPANA, A.A.M. “Álcool e empresas”. In: RAMOS, S.P. & BERTOLOTE, J.M. **Alcoolismo hoje**. 3.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

CARLINI-COTRIM, B. **Country profile on alcohol in Brazil. Alcohol and public health in eight developing countries**. Geneva: World Health Organization, 1999.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R. & NAPPO, S.A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2001**. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2002.

COLLINS, J.C.; MESSERSCHMIDT, P.M. “Epidemiology of alcohol-related violence”. **Alcohol Health & Research World** 2, v.17, pp. 93-100, 1993.

DA MATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

DUARTE, P.C.A.V. & REQUIÃO, D. **Alcoolismo e trabalho**. Coleção Temas Sociais n.202. Documentos do Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CRCISS), 1987, pp.1047-109.

DUARTE, P.C.A.V. & CARLINI-COTRIM, B. “Álcool e violência: um estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba – PR entre 1995 e 1998”. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas – ABEAD. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas** v. 1, São Paulo, pp.17-25, 2000.

EDWARDS, G.; ANDERSON, P.; BABOR, T.F.; CASSWELL, S.; FERRENCE, R. et. al. **Alcohol policy and public good**. Oxford: Oxford University Press, 1994.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MARLATT, G.A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MAYFIELD, D.; MCLEOD, G. & HALL, P. "The CAGE Questionnaire: validation of a new alcoholism instrument". **Am J Psychiatric** 131, pp. 1121-3, 1974. Tradução e validação em Português: MASUR, J. & MONTEIRO, M. G. "Validation of the 'CAGE' alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric in patient hospital setting". **Braz J Med Biol Res** 16, pp. 215-8, 1983.

NIDA – NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE and NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. **The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States 1992**. Rockville: 1998.

SESI – SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. **Trabalho e drogas: uso de substâncias psicoativas no trabalho**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1995.

THE EMPLOYEES ASSISTANCE PROFESSIONALS ASSOCIATION, Inc. "Employee Assistance Programs". **Revista Value and Impact**, 1996.

VAISSMANN, M. **Alcoolismo como problemas de saúde no trabalho**. Tese de Doutorado em Psiquiatria. Centro de Ciências e da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

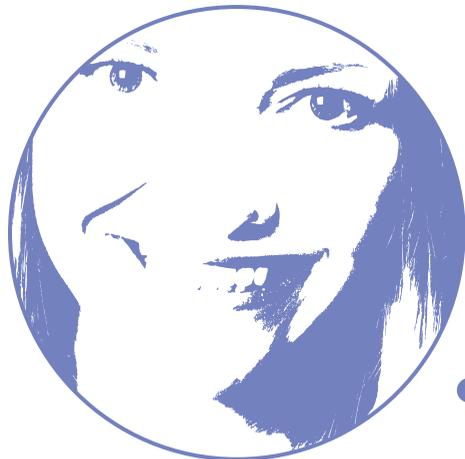


ANÁLISES TOXICOLÓGICAS E PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

*Ovandir Alves Silva
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte*



este Capítulo, você verá



- Discussões sobre a implantação de análises toxicológicas em programas de prevenção
- Programas de prevenção que utilizam análises toxicológicas
- Situações de aplicação das análises toxicológicas

Introdução

O uso de drogas é fenômeno mundial e seu abuso é considerado problema de saúde pública. No Brasil, a exemplo do que ocorre em outras nações, levantamentos epidemiológicos realizados em diversos segmentos da sociedade demonstram que o uso de substâncias psicoativas é elevado. As condições socioculturais existentes, a vasta extensão territorial e a localização próxima a países produtores de alguns tipos de drogas (ilícitas em nosso País) são fatores que contribuem para essa situação. As consequências advindas do uso e abuso são preocupantes, exigindo esforços e ações de toda ordem para diminuir o impacto na saúde, na segurança e na economia.

Nas empresas, a situação não é diferente, pois ali se repetem os padrões de comportamento e de relacionamento da sociedade. Além disso, outros fatores podem contribuir para o uso indevido e o aumento do consumo de substâncias psicoativas no ambiente de trabalho, como o consumo e porte de drogas pelo trabalhador dentro da empresa, a disponibilidade financeira (proporcionada pelos salários) e a existência de mecanismos internos, como redes de informática e distribuição de correspondência, que possibilitam a comunicação e a socialização da informação de maneira rápida e segura nas dependências da empresa.

Diante desses fatos, a informação fornecida pela Organização Mundial da Saúde de que 70% dos indivíduos que têm problemas de abuso de álcool e 63% daqueles que utilizam outras drogas estão empregados não causa surpresa.

O consumo de drogas por trabalhadores engloba as drogas lícitas e as ilícitas. Dentre as lícitas, o álcool e o tabaco são as de maior destaque nos estudos epidemiológicos nacionais e internacionais, sendo o álcool a principal droga em termos de consumo e efeitos nocivos nos quadros de abuso e dependência. Alguns medicamentos também fazem parte da categoria de drogas lícitas com potencial de causar prejuízo à saúde, quando utilizados sem prescrição médica adequada. Dentre eles, os mais utilizados pertencem aos grupos farmacológicos dos benzodiazepínicos, dos opióides e dos barbitúricos. Nesses grupos, estão aqueles medicamentos conhecidos popularmente como “calmantes”, “xaropes para tosse” e “remédios para dormir”.

No Brasil, um medicamento que apresenta considerável consumo é o Femproporex, prescrito como auxiliar no tratamento da obesidade. No

organismo, esse medicamento é metabolizado e transformado em anfetamina, uma droga estimulante do sistema nervoso central.

Nas empresas, não é raro o consumo de anfetaminas – especialmente por mulheres – nas populares fórmulas de emagrecimento, muitas vezes prescritas pelo próprio médico do trabalho.

Na mesma categoria de especialidade farmacêutica do Femproporex, encontram-se as drogas conhecidas como “rebite”, utilizadas para manutenção do estado de alerta e vigília durante longas jornadas de trabalho. Embora não se tenha no Brasil um amplo estudo científico sobre o uso do “rebite”, o senso comum preconiza sua grande aceitação e consumo entre trabalhadores que precisam se manter acordados por longos períodos. Dentre eles, podemos citar os motoristas de caminhão e os trabalhadores em regime de turnos.

Com referência às drogas ilícitas no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Estudos Toxicológicos e Farmacológicos de São Paulo, prevalece o uso da maconha e da cocaína. Estas drogas são as mais prevalentes também nas empresas brasileiras que adotam as análises toxicológicas em seus programas de prevenção: a maconha está em primeiro lugar no consumo geral (entre 40% e 50%), seguida da cocaína (20% a 30%).

O consumo de drogas por trabalhadores tem conseqüências pessoais e profissionais diversas, como o aumento do absenteísmo, atrasos constantes, ausência do local de trabalho durante o expediente, aumento significativo de acidentes pessoais e de trabalho, atritos pessoais com os colegas e, geralmente, padrões de qualidade de vida precários. Em relação à empresa, além das conseqüências citadas, pode também haver danos ao patrimônio pela avaria em equipamentos e perda de material, custos com demissões, licenças médicas e rotatividade da mão-de-obra. Esses fatores – associados ou não ao fato de que as drogas (lícitas e ilícitas) podem estar sendo consumidas, partilhadas e até traficadas durante o expediente – compõem um quadro de comprometimento da produtividade e da imagem da empresa perante os próprios trabalhadores, os clientes e a comunidade em geral.

1. Programas de prevenção com a inclusão de análises toxicológicas

As substâncias psicoativas são utilizadas por auto-administração e podem ocasionar tolerância, síndrome de abstinência e comportamento

compulsivo de consumo. Essas características levam os usuários a terem comportamento diferente daquele apresentado por indivíduos expostos a outros tipos de agentes tóxicos (como trabalhadores em contato direto com defensivos agrícolas). Estes, ao perceberem algum efeito nocivo por exposição a qualquer substância química, em geral, procuram orientação médica para eliminar o problema.

Quando o padrão de uso de uma substância psicoativa interfere negativamente no desempenho dos papéis sociais do indivíduo, ele passa a utilizar o mecanismo de negação para se proteger do possível desconforto de deixar que outras pessoas percebam o problema. Esse mecanismo de natureza inconsciente impede o usuário de admitir a existência do problema e afasta-o da possibilidade de receber ajuda. É um tipo de comportamento perigoso quando a atividade profissional coloca em risco a segurança do próprio trabalhador – usuário de drogas – e de terceiros. Como exemplo de funções de risco, podemos citar as exercidas por motoristas profissionais, pilotos de avião, cirurgiões e funcionários de empresas químicas, dentre outras.

Argumentos como esses vêm, ao longo dos últimos anos, sustentando a defesa da implantação de análises toxicológicas nos programas de prevenção desenvolvidos nas empresas. **Não obstante os questionamentos éticos quanto à garantia dos direitos individuais dos cidadãos, o interesse da coletividade tem se contraposto, com o forte argumento de que a percepção de risco do indivíduo intoxicado fica prejudicada pela ação da substância química.**

Nos Estados Unidos, a implantação de programas que incluem as análises toxicológicas teve início em 1983. Naquele ano, o *National Transportation Safety Board* enviou uma série de recomendações para a Secretaria de Transportes, solicitando ações para coibir o uso de drogas devido à ocorrência de uma série de acidentes nos quais foi constatado o envolvimento de trabalhadores que estavam sob o efeito de álcool e outras drogas.

Embora no Brasil a realização de análises toxicológicas ainda suscite discussões tímidas e polarizadas, a partir dos anos 1990, mais de 300 empresas – micro, pequenas e de grande porte – implantaram programas que incluem a sua realização de forma sistemática e rotineira. Esses programas, originalmente chamados de *programas de prevenção*, ao ampliar sua abrangência, autodenominaram-se **Programas de prevenção e controle do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho.**

Para especialistas e profissionais defensores das análises tóxicológicas, os programas com este perfil têm a vantagem de identificar o consumo de drogas na fase inicial e permitir a adoção precoce de medidas terapêuticas que podem interromper a evolução de um possível quadro de abuso ou dependência, além de garantir a segurança na empresa.

Características de um programa de prevenção e controle do uso indevido de drogas

- Inibição do consumo (pela possibilidade de o trabalhador ser sorteado e chamado a qualquer momento para coleta de amostra).
- Estímulo à apresentação espontânea por parte dos usuários e dependentes (pela possibilidade da antecipação de um resultado positivo nas análises).
- Rigor científico e confiabilidade nos resultados (garantidos pela alta sensibilidade dos métodos utilizados nas análises).
- Abordagem objetiva do usuário (o laudo positivo da análise e a identificação do tipo de droga utilizada facilitam a abordagem objetiva do usuário).
- Preservação da segurança no ambiente de trabalho.

Condições essenciais para a implantação de um programa de prevenção e controle do uso indevido de drogas

A credibilidade das ações do programa está diretamente relacionada a quatro aspectos:

- todos os trabalhadores devem ter pleno conhecimento da política da empresa;
- o programa deve abranger toda a comunidade funcional, independentemente do nível hierárquico;
- o consentimento formal do trabalhador doador da amostra para a análise deve ser obtido previamente;
- a ação deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais representantes das áreas de saúde, de se-

gurança do trabalho, de recursos humanos e daquelas ligadas a programas de qualidade de vida.

2. Situações de aplicação das análises toxicológicas

As situações de aplicação das análises toxicológicas devem estar explícitas na política da empresa e ser de pleno conhecimento de todos os trabalhadores, inclusive dos candidatos à admissão. Devem acontecer nas seguintes situações:

- **pré-admissão** – durante o processo de seleção e contratação de novos trabalhadores;
- **sorteio aleatório** – realizado entre todas as pessoas do quadro funcional da empresa, de maneira a atingir ao menos 30% dele por ano;
- **pós-acidente** – para verificar se a pessoa estava sob efeito de alguma substância psicoativa no momento da ocorrência;
- **motivado** – quando existem razões fundamentadas de consumo de drogas, comportamento característico de usuário e queda acentuada no desempenho profissional;
- **pós-tratamento** – para avaliar a abstinência à droga, atuando como reforço em sua manutenção.

Normas técnico-científicas para a aplicação da análise toxicológica: da coleta das amostras à emissão dos resultados

Vários tipos de amostras biológicas podem ser utilizados para verificar a exposição a drogas: urina, sangue, pêlos (cabelo, pêlos pubianos e axilares, barba), suor, saliva, ar expirado, dentre outros.

No caso de programas em empresas, a amostra biológica internacionalmente recomendada para esse tipo de análise é a urina. Dentre suas vantagens, são citadas:

- *facilidade de coleta*: pode ser efetuada a qualquer momento, pois não há necessidade de horário específico;
- *existência de valores de referência internacionais*: como os laboratórios devem seguir rígidas normas técnico-científicas, o resulta-

do obtido, independentemente do país da realização da análise, será sempre o mesmo, e esse fato é importante, porque muitas empresas têm o mesmo programa em vários países;

- *período de detecção*: a pesquisa da substância ou de um metabólito permite verificar a exposição, dias ou semanas após o uso, dependendo da droga, da via de exposição, da frequência e do tempo de uso.

As análises para identificar a presença de substâncias psicoativas – drogas – na urina têm, obrigatoriamente, duas fases: triagem e confirmação. Na fase de triagem, são utilizadas técnicas imunológicas e na fase de confirmação é utilizada a espectrometria de massas acoplada à cromatografia em fase gasosa. Essa última fase permite a identificação inequívoca da substância, sendo aceita como técnica de referência, tanto em termos científicos quanto legais.

É bom saber...

Os protocolos de coleta da amostra de urina indicam a necessidade de dividir a amostra, imediatamente após a coleta, em dois frascos: um para a realização da prova e outro destinado à contraprova. A primeira parte da amostra (prova) será submetida à análise toxicológica e, se o resultado for positivo para a substância pesquisada, o frasco da contraprova deverá ser armazenado para nova análise, no caso de eventual contestação do resultado da prova.



Todos os procedimentos adotados, da coleta ao descarte da amostra, precisam ser devidamente documentados para permitir a rastreabilidade de todo o processo. Essa conduta vai constituir a Cadeia de Custódia da Amostra, formando uma documentação que deve estar disponível em caso de qualquer dúvida com relação ao trabalho desenvolvido.

Análise toxicológica para a verificação do consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco

Para verificar o consumo de bebidas alcoólicas, são utilizados testes de resposta imediata. O meio mais comum tem sido a detecção de álcool – etanol – no ar expirado, com utilização do etilômetro, comumente conhecido por *bafômetro*. Recentemente, surgiram testes rápidos para detecção de álcool na saliva. Uma das vantagens desse tipo de amostra é a estreita correlação entre a concentração de etanol encontrada na saliva e a do sangue no momento da aplicação do teste.

O tabaco, devido às características de seu uso, vem sendo tratado a partir de políticas específicas, como a proibição do fumo em determinados ambientes, o estímulo ao tratamento com subsídio de medicamentos, gomas de mascar e adesivos de nicotina.

Não obstante as discussões sobre ética e segurança, a implantação de um *programa de prevenção e controle do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho* pode se mostrar como alternativa de promoção da saúde e da segurança, uma vez que significativa parcela da população brasileira compõe a força produtiva e se encontra no meio laboral.

Empresas que adotaram esse tipo de programa relatam resultados positivos em termos de prevenção, recuperação e reinserção social entre seus trabalhadores. Elas emitem categoricamente a mensagem de que não aceitam o uso de drogas em suas dependências. Enquanto a legislação não se posiciona claramente sobre o assunto, cabe ao trabalhador aceitar ou não fazer parte de um “time” cujas regras são claras.

Relatos de experiência

Mineradora Samarco e a implantação de exames toxicológicos

Entendendo a dependência de drogas como uma doença, a Samarco Mineração S.A. (Belo Horizonte/MG), no ano de 1998, iniciou o Programa de Dependência Química na empresa, com intuito de atender aos funcionários que procuravam ajuda espontaneamente ou eram encaminhados pelas chefias para atendimento especializado nessa área. A adesão era voluntária e as pessoas apresentavam-se num estágio avançado da doença. Além disso, não havia política definida e a ação assumia caráter paternalista, sem envolvimento efetivo do funcionário no tratamento e com aceitação de diversas recaídas, tratamentos diversificados e alta incidência de internações totalmente custeados pela empresa.

Em 2003, a política de prevenção, utilizando como estratégia a testagem toxicológica, foi implantada em toda a empresa. Houve sensibilização de todos os funcionários diretos, indiretos e famílias, com o comprometimento da alta direção, do setor jurídico e das chefias, a partir da definição de regras claras de disciplina e condução dos processos. Hoje, além do trabalho de conscientização, as pessoas passam por um treinamento específico, assinam um termo de responsabilidade e ficam sujeitas aos testes toxicológicos que são aplicados nas seguintes circunstâncias: admissional, aleatório, motivado, pré-funcional, pós-acidente e de acompanhamento ao tratamento. Utilizam-se como material biológico o ar expirado e a urina para a detecção de álcool, anfetamina, meta-anfetamina, maconha e cocaína.

A empresa custeia todo o processo de coleta, avaliação individualizada dos casos positivos e o tratamento ambulatorial do funcionário e parente. Nos casos de internação, é contemplado apenas o funcionário efetivo, que colabora com 5% do custo total de tratamento pelo plano de saúde.

É possível concluir que a política, com realização dos exames toxicológicos, constituiu um balizador na quebra de paradigmas quanto ao acompanhamento dos dependentes, co-dependentes e usuários eventuais.

Os resultados alcançados foram: número de internações reduzidas em torno de 90%, as recaídas próprias do processo diminuíram em torno de 70%, houve estabelecimento de vínculo de confiança, confidencialidade e, principalmente, a quebra do mito em torno dessa doença, que se manifesta sem distinção de classe social, nível de instrução, sexo ou idade. A empresa, dentro do propósito de ambiente seguro e saudável, tem a certeza de que a política é fundamental nesse quesito, tornando-a prática em todas as etapas de sua produção.

Claudio Gianordoli Teixeira

Médico do Trabalho

Coordenador do Programa de Qualidade de Vida

Gerência de Relações do Trabalho da Samarco Mineração S.A.

Bibliografia

LIU, R.H. & GOLDBERGER, B.A. **Handbook of workplace drug testing**. Washington: AACC Press, 1995.

PEAT, M. "Workplace drug testing". In: MOFFAT, A.C.; OSSELTON, M.D. & WIDDOP, B. **Clarke's analysis of drugs and poisons**. 3.ed. v.1. London: Pharmaceutical Press, 2004, pp.68-79.

SILVA, O.A. "Consumo de drogas de abuso no ambiente de trabalho no Brasil". **Revista Brasileira de Toxicologia** 1, v.11, São Paulo, pp.07-10, 1999.

SILVA, O.A. & YONAMINE, M. "Drug abuse among workers in Brazilian regions". **Revista de Saúde Pública** 4, v.38, São Paulo, pp.552-556, 2004.

SILVA, O.A.; YONAMINE, M.; GREVE, J.M.D. & LEYTON, V. "Drug abuse by truck drivers in Brazil". **Drugs-Education Prevention and Policy** 2, v.10, London, pp.135-139, 2003.

WONG, A.; TAWIL, N.; YONAMINE, M. & SILVA, O.A. "A nine-years experience of workplace drug testing in Brazil". **Annales de Toxicologie Analytique** 3, v. XIV, Paris, pp.194, 2002.



ABORDAGEM, ATENDIMENTO E REINserÇÃO SOCIAL

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



Neste Capítulo, você verá



- Abordagem e atendimento aos trabalhadores usuários de álcool ou outras drogas
- Encaminhamento e acompanhamento dos trabalhadores
- A reinserção social dos trabalhadores usuários de álcool ou outras drogas

1. Identificação

Para iniciar este Capítulo, é necessário esclarecer o significado da identificação de trabalhadores que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool e outras drogas. Durante muito tempo, a identificação esteve associada a uma certa “caça às bruxas” feita a trabalhadores em geral, portadores de um quadro crônico de dependência, que eram encaminhados compulsoriamente a internamento hospitalar depois de anos de conhecimento de sua história por toda a empresa. Esses trabalhadores transformavam-se em figuras folclóricas e, não raro, sua condição era exposta publicamente por chefias e colegas.

Com as exigências do mundo do trabalho globalizado, a luta dos trabalhadores por melhores condições de saúde e segurança e o avanço da ciência nas possibilidades de abordagem e tratamento, os profissionais foram chamados a rever suas práticas. O consumo de drogas por trabalhadores é uma realidade presente e, quanto mais precoce a identificação e a abordagem, mais chances de o trabalhador reverter um quadro com possível evolução para a dependência. A presença na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) tornou-se elemento inequívoco da quebra do paradigma: **o abuso e a dependência de álcool e outras drogas se constitui em problema de saúde, merecendo, portanto, tratamento diferenciado.**

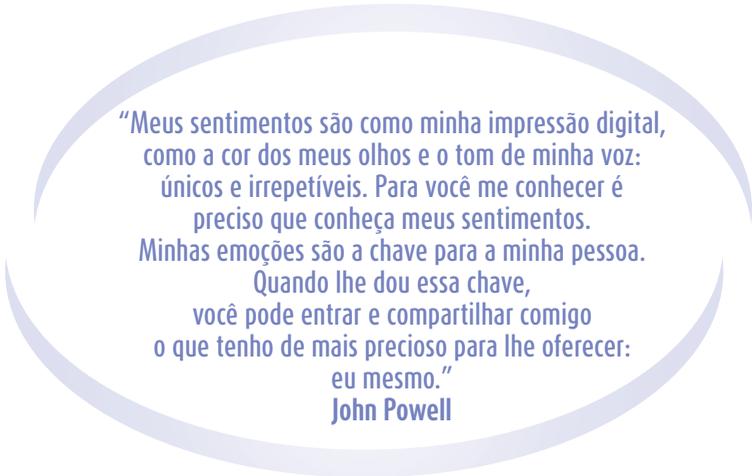
Na agenda desses profissionais, abriu-se um novo item e a **capacitação passou a ser condição fundamental**. Era preciso buscar conhecimento técnico-científico e fazer uma completa revisão dos próprios conceitos e preconceitos sobre a questão. A idéia de que o trabalhador que apresentava problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas era um irresponsável com problemas de caráter foi desafiada pelas evidências científicas. Da mesma forma, a idéia de que o trabalhador era um “coitado”, digno de pena e, portanto, sem capacidade para assumir seus próprios atos.

Felizmente são tempos passados. Cada vez mais fica claro que o consumo de substâncias psicoativas por trabalhadores é um problema de saúde com repercussão na segurança e como tal deve ser tratado. Da mesma forma que o empregador precisa propiciar condições adequadas de trabalho, o trabalhador deve compreender a **incompatibilidade entre consumo de álcool e outras drogas e jornada de trabalho**. Dessa forma, assume a responsabilidade sobre o seu possível consumo e os problemas que dele podem advir. Essa relação deve ser mediada pelos profissionais de Recursos Humanos, Saúde e Segurança e também por aqueles que ocupam cargos de chefia e/ou supervisão na empresa.

Nesse sentido, a identificação do trabalhador usuário precisa ser embasada em problemas de desempenho, de relacionamento interpessoal, de saúde e de segurança.

Um médico do trabalho, por exemplo, deve estar atento a um possível uso abusivo de álcool em um trabalhador que faz constantes visitas ao ambulatório às segundas-feiras com queixas gástricas. Da mesma forma, um supervisor deve atentar para faltas sem aviso, mudanças bruscas de humor e oscilação na produtividade, dentre outros comportamentos. Também é importante que os componentes da CIPA e técnicos de segurança no trabalho fiquem atentos ao analisar acidentes aparentemente “banais”.

2. Abordagem



“Meus sentimentos são como minha impressão digital, como a cor dos meus olhos e o tom de minha voz: únicos e irrepetíveis. Para você me conhecer é preciso que conheça meus sentimentos. Minhas emoções são a chave para a minha pessoa. Quando lhe dou essa chave, você pode entrar e compartilhar comigo o que tenho de mais precioso para lhe oferecer: eu mesmo.”
John Powell

A abordagem do trabalhador é a primeira etapa para a elaboração do diagnóstico da situação. Nem todas as situações de uso ou abuso de álcool e outras drogas evoluem para um quadro de dependência. É importante que o profissional (médico, assistente social, enfermeiro ou psicólogo), ao abordar o trabalhador, tenha clareza daquilo que é possível oferecer como ajuda, bem como da expectativa que a empresa tem em relação ao compromisso do trabalhador em seguir as orientações propostas.

Vale lembrar que nem tudo precisa se esgotar dentro da empresa. Existe uma rede de recursos comunitários que podem ser acionados pelos profissionais, desde os serviços cobertos pelo seguro de saúde contratado pela empresa, até grupos de auto-ajuda existentes na comunidade.

Ao abordar o trabalhador, o profissional dá início ao processo de Avaliação Social, que é a porta de entrada do usuário ou dependente para o tratamento. A avaliação permite uma leitura global da situação do trabalhador. O abuso de álcool e outras drogas aparece, em geral, num contexto difuso de outras carências, à exceção daqueles que procuram ou são levados diretamente ao serviço médico.

Em geral, o abuso ou mesmo a dependência de drogas são “camuflados” por inúmeros sintomas de dificuldades sociais, cuja natureza é vista na empresa, da mesma forma que na sociedade, como **problemas de comportamento, defeito de caráter** ou de “**destino**” do usuário.

Como o processo de abuso ou o estabelecimento da dependência não ocorre em etapas temporais claramente definidas, é natural que a princípio não se perceba nada de anormal no comportamento do usuário. Na empresa, os supervisores, os colegas de trabalho e até os profissionais de recursos humanos, saúde e segurança, assim como os familiares, encaram com naturalidade certos episódios “esquisitos”. Com o passar do tempo, observando o comportamento da pessoa, nota-se que as “esquisitices”, as variações de humor e as atitudes inusitadas passam a ocorrer com maior frequência. As pessoas mais próximas percebem que algo errado está acontecendo, porém, não conseguem explicar.

O que sentem é que aquele indivíduo está passando por uma “transformação”.

Problemas de toda a ordem começam a aparecer...

A(o) esposa(o) já não reconhece naquele cônjuge, com quem partilha a vida há anos, a pessoa com quem se casou.

O chefe busca com afincamento as razões para a ausência e o desleixo por parte daquele trabalhador que, até pouco tempo, era competente e responsável.

Inúmeras explicações são utilizadas para compreender o que se passa. Porém, a possibilidade de que tais alterações se devam ao consumo de álcool e outras drogas é desconsiderada ou minimizada pela família e pelas chefias. Esses mecanismos de defesa são utilizados inconscientemente, do mesmo modo que o usuário ou dependente o faz, como forma de proteção ao desconforto de se ver diante do problema.

Conheça os principais mecanismos de defesa utilizados por usuários ou dependentes de álcool ou outras drogas

Negação: consiste no bloqueio de percepções reais, ou seja, inconscientemente o indivíduo nega a realidade como proteção do sofrimento. A negação permite ao indivíduo ver o mundo tal como ele gostaria que fosse, e não tal como ele é. Ex.: esposa de um alcoolista: “Ele não está irritado, ele sempre foi assim” – mesmo com evidentes manifestações físicas ou comportamentais, a esposa não consegue fazer a associação entre o comportamento e o uso da substância.

Racionalização: tenta justificar um comportamento, atitude, ação, idéia ou sentimento considerado “não recomendado”, com explicações lógicas, consistentes e racionais aceitáveis. É uma tentativa de justificar impulsos e afetos inconscientes... Ex.: “Coitado do meu marido. Tem um trabalho super estressante e, além disso, o chefe o persegue, por isso ele bebe”.

Projeção: consiste em atribuir a alguém limitações, desejos, pensamentos e dificuldades que o indivíduo não aceita conscientemente como suas. Algumas pessoas que negam ter um determinado comportamento, como uso de drogas, tendem a ser mais críticas em relação a este comportamento quando o vê nos outros. Ex.: “Ele bebe porque sua mulher só faz cobranças e o humilha na frente de seus colegas”.

Em determinadas situações, a diferença entre racionalização e projeção é muito sutil. A projeção busca um “culpado” enquanto a racionalização busca uma “explicação” para a realidade.

Indicadores que podem estar associados ao abuso e à dependência

- **Absenteísmo:** faltas às segundas-feiras e nos dias que antecedem ou sucedem feriados; faltas em excesso sem aviso prévio; licenças por doenças; faltas no dia posterior ao dia de pagamento; desculpas improváveis para saídas antecipadas.
- **Ausências durante a jornada de trabalho:** atrasos excessivos após o horário de refeições; saídas antecipadas; idas frequentes ao bebedouro, estacionamento, banheiro e/ou ambulatório; intervalos longos para cafezinho.

- **Comprometimento da produtividade e qualidade do trabalho:** oscilação constante na produtividade; necessidade de um tempo maior para realizar as tarefas; desperdício de materiais; perda ou estrago de equipamentos; dificuldades de compreensão de instruções e procedimentos; dificuldade para aceitar críticas; dificuldades para realizar tarefas complexas; dificuldade de concentração ou lapsos de memória; queixas excessivas sobre o trabalho.
- **Mudanças no estilo de vida:** desleixo crescente na aparência pessoal (vestuário) e higiene; abandono de atividades familiares e sociais com o rompimento de “velhas” amizades, trocadas por outras que tenham em comum o uso de álcool e outras drogas.
- **Problemas de ordem emocional:** dificuldades de relacionamento com colegas e chefias; reação exagerada às críticas; mudanças bruscas de humor; isolamento; irritabilidade crescente em discussões; baixa auto-estima; sentimento de culpa.
- **Acidentes de trabalho:** inobservância das normas de segurança da empresa quanto ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e quanto à utilização e operação de máquinas e equipamentos.
- **Problemas financeiros:** endividamento (contas atrasadas); pedidos de dinheiro emprestado; pedidos de adiantamento de salário ou pedidos para fazer horas extras.
- **Problemas familiares:** brigas freqüentes; separação conjugal; violência doméstica; abuso sexual; comprometimento do desempenho escolar dos filhos.
- **Problemas de ordem educacional:** perda de oportunidades educacionais e de treinamento.
- **Problemas policiais e judiciais:** envolvimento em brigas com agressão física; violência contra familiares; dirigir embriagado; cometer furtos e pequenos tráficos.

O que fazer

A evolução do quadro do usuário ou dependente e sua visível deterioração pessoal fazem com que as pessoas próximas sofram de ansiedade diante da necessidade de se fazer algo a respeito da situação. Desorienta-

das, experimentam sentimentos ambivalentes que se traduzem em ações contraditórias de proteção e exclusão do usuário ou dependente. É este quadro, de caos aparente, que o profissional vai encontrar ao abordar um trabalhador que esteja fazendo uso abusivo ou que seja dependente de álcool e outras drogas.

A despeito do diagnóstico médico, é fundamental considerar aquele trabalhador não apenas como um ser biológico, mas eminentemente um ser social, cuja rede de interação pode ter sido destroçada no período de ingestão de álcool ou outras drogas.

Primeiro passo da avaliação social

Acolhimento

Este é o primeiro e decisivo momento da Avaliação. É quando o profissional, diante do caos aparente em que está a vida do trabalhador, consegue fazer junto com ele uma **leitura positiva** de toda a sua situação, concluindo que o trabalho a ser feito “**é difícil, mas é possível**”, diferente de “**é possível, mas é difícil**”.

Este trabalhador deve, no primeiro atendimento, sentir-se acolhido pelo profissional, que ali representa a alternativa real de mudança na sua vida. O profissional, então, deve assumir uma postura que transmita esperança, sem soluções mágicas.

A possibilidade de se estabelecer uma parceria para um produtivo trabalho de orientação ou recuperação do trabalhador deve ser uma constante.

Segundo passo

História de vida

Na seqüência, o profissional deve, em conjunto com o trabalhador, mapear a vida dele em cinco aspectos fundamentais:

- vida pessoal e familiar
- vida funcional
- vida econômico-financeira
- vida sociocomunitária
- vida espiritual

Vida pessoal e familiar: uma história elaborada a partir da coleta de dados sobre a família de origem, a sua vida pregressa, a formação ou a dissolução da família atual (quando se casou; se tem filhos; idade dos filhos; do cônjuge; ocupação do cônjuge; atitude em relação ao consumo de álcool ou outras drogas); dinâmica do relacionamento (como a família trabalha o “sofrimento”, “insegurança”; como o trabalhador se comporta na família; como a família vê e qual é o seu posicionamento em relação ao padrão de consumo de álcool e outras drogas do trabalhador), desempenho dos papéis familiares (provedor; educador dos filhos); relacionamento com drogas por outros membros da família.

Vida funcional: visão do trabalhador sobre a sua atividade e sobre a empresa, o seu grau de motivação para aquele trabalho, a responsabilidade com que o faz; sua visão sobre seu relacionamento com os colegas, chefias ou subordinados; seu índice de absenteísmo e seu comportamento frente à segurança no trabalho.

Neste aspecto, o profissional, com o conhecimento do trabalhador, poderá se valer de informações coletadas junto a outros profissionais da empresa ou a familiares.

Vida econômico-financeira: levantamento criterioso das condições financeiras e econômicas do trabalhador. Se ele possui bens compatíveis com o nível de receitas; se possui dívidas e, se as possui, como foram contraídas; o uso ou o destino que dá ao dinheiro, independentemente do quanto ganha ou possui.

Vida sociocomunitária: uma análise do grau de alteração no relacionamento com amigos antigos, especialmente com aqueles amigos de outros membros da família; se houve alteração no relacionamento com vizinhos ou mudança de endereço por problemas com vizinhança; se participa de atividades na comunidade, como associação de moradores, de pais e mestres ou outras associações culturais e de lazer; se teve ou tem algum envolvimento com a polícia e/ou justiça e se isto está relacionado ao uso de álcool e outras drogas.

Vida espiritual: identificação da orientação espiritual do trabalhador, independentemente de religião ou credo. Crenças, sonhos, propósitos de vida. Exemplo disto pode se verificar nas entrelinhas da música *Força Estranha*:

Força Estranha

“A vida é amiga da arte
É a parte que o sol me ensinou
O sol que atravessa essa estrada
Que nunca passou
Por isso essa força estranha me leva a cantar
Por isso essa força estranha no ar
Por isso eu canto... Não posso parar...”

Caetano Veloso

Importante é salientar que as informações de terceiros, como familiares, amigos etc., podem ser necessárias e úteis, desde que levadas ao conhecimento do trabalhador. Conhecimento não é sinônimo de consentimento. O profissional deverá ter sensibilidade e habilidade para se valer da melhor forma de dizer ao trabalhador que buscou ou recebeu outras informações além daquelas que ele lhe passou.

A experiência nos mostra que dificilmente o trabalhador procura ajuda por acreditar que está fazendo uso abusivo de álcool ou outras drogas. Ele busca ajuda porque “não está se sentindo bem”. Os principais motivos que levam o trabalhador a procurar ajuda estão relacionados a complicações médicas, ocupacionais, interpessoais, legais, financeiras ou emocionais.

Resumindo...

A avaliação, além de mapear as reais condições sociais do trabalhador e fornecer elementos para o plano de orientação ou tratamento, é também o primeiro passo para a sua reinserção social. Ela levanta potencialidades, interesses e expectativas que poderão ser trabalhados durante o processo e transformados em ações gradativas, dependendo do estágio de comprometimento das suas condições pessoais e funcionais.

MODELO DE AVALIAÇÃO SOCIAL

Quadro 5

Vida pessoal e familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Vida pregressa • Relacionamento familiar • Papéis familiares • Relacionamento com drogas
Vida funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para o trabalho • Responsabilidade • Produtividade • Absenteísmo • Relacionamento interpessoal • Segurança
Vida econômico-financeira	<ul style="list-style-type: none"> • Situação financeira e econômica • Uso do dinheiro
Vida sociocomunitária	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento com amigos comuns à família • Relacionamento com vizinhos • Atividades na comunidade • Envolvimento com a justiça e a polícia
Vida espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação espiritual • Crenças • Sonhos • Propósitos de vida

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

MODELO DE ROTEIRO DE HISTÓRIA

Na história abaixo relatada, você pode identificar o uso dos mecanismos de defesa mais frequentes entre os usuários e dependentes de álcool e outras drogas: **(N) Negação; (P) Projeção; (R) Racionalização.**

Nome: Roberto Carlos da Silva (nome fictício)

Idade: 42 anos (25/12/64)

Tempo de empresa: 05 anos

Estado civil: união estável (amasiado) – 12 anos

Função: eletricista – área de motores

Composição familiar: Companheira – Margarida, 44 anos, viúva, com um filho da primeira união, do lar; 2 filhos em comum: Antônio, 10 anos, estudante da 4ª série do ensino fundamental, e Jurema, de 2 anos.

Encaminhado por: Joaquim – colega de trabalho

Problema que motivou a procura/encaminhamento: Colega de trabalho “acha que estou bebendo demais”.

História: Uso de bebidas. A companheira reclama bastante. Ela também gosta de beber, porém não exagera. O avô morreu “louco” por causa da bebida. O pai já foi preso por bebedeira. Um tio materno fez tratamento por bebidas. A mãe faz tratamento psiquiátrico para depressão, tendo sido internada em hospital psiquiátrico após tentativa de suicídio. É o mais novo de três irmãos. Os dois irmãos morreram há três anos, em acidente de automóvel. O irmão mais velho bebia. Sente-se culpado pela morte dos irmãos, ficando deprimido em muitas ocasiões. Faz uso de bebidas alcoólicas quando não pode dormir: “Tomo um pouquinho”. Agora quase não bebe. Nunca procurou ajuda porque os médicos receitam “calmantes” e ele tem medo de ficar “viciado”. Tem aumentado a quantidade de bebidas quando tem problemas. **“Bebo quando estou com muitos problemas” (R).**

Tem muito medo de ser chamado de bêbado. Tem se sentido muito mal depois dos “porres” que tem tomado, sentindo muita vergonha e culpa. Tem feito promessas para si mesmo e para a companheira de que não vai mais beber, mas não está conseguindo... **“Esqueço das promessas que faço, afinal de contas, acho que não há problema (N). Bebida é muito bom, todas as pessoas bebem (R). Eu não sou um bêbado (N). Bêbado para mim é o sujeito que cai na rua de tanto que bebeu e não está trabalhando. Acho que estão fazendo muita onda, não é tanto problema (N).”**

Perguntado sobre a companheira, diz que ela **“É muito chata, muito mandona”** e **“Ela precisa de tratamento, é nervosa e gasta**

muito dinheiro em bobagens (P).” Refere que Margarida é muito ciumenta e tem estado com os “nervos abalados”. **“Estão colocando bobagem na cabeça dela (P).**” **“Às vezes, eu abuso um pouco (R), ela fica muito implicante comigo. Não sei, acho tudo isto muito exagerado, não acredito que haja necessidade de ajuda (N). Quem está mesmo precisando de ajuda é o Joaquim, que está tendo muitos problemas com o filho.**” Repentinamente, diz que não vai mais beber e mostra-se ansioso, diz que tem de voltar a seu local de trabalho (R). **“Não quero preocupar o meu chefe, ele tem muitos problemas e também bebe. Acho que ele está bebendo (P).**” Mostra preocupação de poder estar no mesmo caminho do pai e do irmão. **“Acho que eu sou bem diferente deles. Eles faziam a gente sofrer, e eu não quero que isto aconteça com minha família”.**

Observações importantes:

Na identificação e na abordagem, o profissional da empresa aumenta as chances de ajudar o trabalhador quando:

- Supera os próprios preconceitos
- Estabelece vínculo forte e positivo
- Adota postura firme e afetiva

E diminui as chances de ajudar quando:

- Tem dificuldade em perguntar
- Não sabe perguntar
- Não sabe o que “perguntar”
- Não quer “perguntar”
- Persiste com preconceitos
- Nega e hostiliza
- Adota atitude agressiva

Resumindo...

Na identificação e abordagem do trabalhador que faz uso abusivo ou é dependente de álcool e outras drogas, cabe ao profissional da empresa:

- Demonstrar uma postura acolhedora
- Usar da autoridade, não do autoritarismo
- Ajudar o trabalhador a ouvir, ver, pensar e sentir
- Respeitar a condição, os sentimentos e pensamentos do trabalhador
- Fornecer um *feedback* sem distorções
- Evitar o “choque de personalidades”

Lembrando constantemente a necessidade de:

- Adoção de postura ética
- Demonstração de atitude não discriminatória
- Franqueza e objetividade
- Compreensão sem estabelecimento de pactos
- Passagem de informações reais
- Disponibilidade para o oferecimento de ajuda
- Encaminhamento ao recurso adequado
- Acompanhamento discreto
- Estímulo de valores positivos

3. Abordagem familiar

É de fundamental importância a abordagem dos familiares. Neste contato, o profissional terá a oportunidade de conhecer a versão e a impressão dos familiares sobre os padrões de consumo de álcool e outras drogas do trabalhador, assim como outros fatores familiares que possam estar contribuindo para o consumo.

O contato com os familiares reforça a importância do estabelecimento ou do resgate de uma rede de suporte mínimo que possa auxiliar o traba-

lhador em seus primeiros passos em direção à abstinência ou à alteração dos seus padrões de consumo.

Numa situação de difícil manejo, não é raro a família experimentar sentimentos contraditórios de revolta, vergonha e culpa. Impotente e confusa, chama para si a responsabilidade sobre o consumo de álcool e outras drogas do trabalhador. Distorce os fatos e busca justificativas por meio de mecanismos de defesa, protegendo inconscientemente a si e ao trabalhador. Alguns autores sustentam a tese de que os familiares de dependentes de drogas desenvolvem um quadro evolutivo de “co-dependência” cuja única diferença é a ausência da ingestão da substância. Exemplo: é comum ouvir que o cônjuge de um dependente de álcool é um “bebedor seco”, ou seja, age da mesma maneira que o alcoólico, porém sem ingerir a bebida alcoólica.

Neste círculo vicioso, difícil de romper espontaneamente, o suporte de um profissional ou de um grupo de ajuda mútua é ferramenta preciosa para a família adotar um novo estilo de vida. Assim, poderá abandonar comportamentos negativos aprendidos e assumir comportamentos positivos em relação ao trabalhador.

A adoção de uma postura positiva pela família favorece o restabelecimento de uma relação de confiança com o trabalhador. Desta forma, vai lhe possibilitar a retomada dos papéis familiares, fortalecendo a autoestima e incentivando-o a se lançar em novos desafios.

4. Encaminhamento

De posse da avaliação da situação familiar e funcional do trabalhador, compete ao profissional decidir em conjunto com ele e com os familiares qual modalidade de tratamento e qual recurso é mais adequado à situação.

O conhecimento dos recursos da comunidade é o maior aliado do profissional. A identificação, a análise e a eleição do recurso adequado aumentam as chances de o trabalhador ter acesso e se beneficiar da melhor alternativa.

Quando nos referimos a recurso, estamos falando de uma rede composta por profissionais, instituições públicas e privadas, além daquelas que compõem o terceiro setor e que hoje desempenham im-

portante papel como suporte à rede pública e privada de tratamento e reinserção social.

Conhecer pessoalmente os recursos para os quais vai encaminhar o trabalhador pode ser o primeiro passo para o estabelecimento de uma produtiva parceria entre os profissionais da empresa e o recurso comunitário.

A identificação dos recursos comunitários não deve estar limitada

- à necessidade de encaminhamento imediata;
- ao tipo de profissão ou atividade de quem procura o recurso;
- ao local onde se identifica o problema.

Como conhecer os recursos da comunidade

- conhecendo a proposta da instituição;
- buscando informações e referências com outros profissionais da área;
- conhecendo o local (dependências físicas, higiene, o atendimento prestado pelos funcionários da instituição e, quando possível, o grau de satisfação dos usuários do recurso);
- acompanhando o atendimento prestado ao trabalhador.

5. Tratamento

Nem todo trabalhador, mesmo aquele com um quadro de dependência estabelecida, vai precisar de internamento hospitalar. Cabe ao profissional médico avaliar a condição clínica e, em conjunto com outros profissionais, decidir a melhor modalidade.

A indicação do tratamento é feita com base no grau de comprometimento da saúde e nas características pessoais e familiares do trabalhador. Classicamente, existem duas modalidades de tratamento para o abuso e a dependência de álcool ou outras drogas, que podem ser aplicados separadamente ou em conjunto, conforme cada caso:

Hospitalar

Originalmente feito em hospitais psiquiátricos, o tratamento hospitalar hoje é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais gerais. É realizado ainda em hospitais gerais da rede privada e em clínicas especializadas.

É o tratamento médico farmacológico que inclui hospitalização para desintoxicação e tratamento de doenças clínicas e psiquiátricas relacionadas à dependência. Em geral, é associado a atendimento psicológico, social e familiar.

Ambulatorial

É o tratamento realizado no âmbito de ambulatórios da rede pública e privada e em consultórios, clínicas e centros de psicoterapia especializada. Nesta modalidade, são praticados, além do tratamento médico, diversos tipos de psicoterapias como a psicoterapia psicanalítica; psicoterapia de apoio; psicoterapia e orientação familiar sistêmica; terapia comportamental; psicoterapia de grupo: intervenção breve, aconselhamento baseado nas técnicas de entrevista motivacional, dentre outros. Alguns tratamentos ambulatoriais para abuso e dependência de drogas incluem terapia ocupacional, orientação social e familiar e incentivo à participação em grupos de auto-ajuda.

Afora as modalidades clássicas, é prática corrente o encaminhamento de dependentes de álcool e outras drogas para Comunidades Terapêuticas e grupos de ajuda-mútua como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem implantando e aperfeiçoando o modelo de assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde aos dependentes de álcool e outras drogas. O objetivo é formar uma rede de cuidados voltada para a reabilitação e reinserção social, composta pelos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS ad).

6. Acompanhamento

O **acompanhamento** do trabalhador em tratamento poderá ser:

- **interno:** ações realizadas no âmbito da empresa, por meio de entrevistas individuais e, quando necessário, com a chefia; atendimento

ambulatorial; ou grupo de apoio que se constitui em reuniões realizadas na própria empresa, durante a jornada de trabalho.

- **externo:** contatos e visitas à família, a profissionais ou outros recursos da comunidade utilizados no tratamento do trabalhador. O acompanhamento externo deve contemplar a busca, pelo profissional, de novos recursos comunitários que facilitem a reinserção social.

Relatos de Experiência

“A História de Ana”

Luciana, chefe do Departamento de Compras, tem uma funcionária – ANA – cujo desempenho profissional vem progressivamente piorando. ANA reconheceu que tem feito uso de comprimidos para emagrecimento de forma abusiva e que isso vem afetando seu trabalho negativamente.

Luciana tem estado muito ansiosa para proteger uma promissora jovem que ela sente ser sincera e concordou em não mencionar o problema a ninguém, recebendo a promessa de que ANA pararia de usar a droga. Luciana fez isso, apesar de a empresa contar com um eficiente Serviço de RH e Saúde Ocupacional.

Várias semanas se passaram e o desempenho de ANA continuou a declinar. Luciana abordou ANA novamente para ver que decisão ela tinha tomado. ANA disse-lhe que estava sob grande pressão para parar, mas que planejava fazer algo o mais breve possível. Luciana, muito solidária, teve uma conversa de “amiga para amiga”, a propósito das implicações do desempenho profissional de ANA cada vez mais comprometido. Luciana aceitou que as promessas de ANA para se tratar eram suficientes para continuar a manter o problema longe do conhecimento do RH ou do médico da empresa.

ANA parecia sincera e, uma vez fora do uso da droga, “sua ficha estaria limpa”. Um pouco de paciência e uma chefe compreensiva era tudo o que era necessário, no entender de Luciana.

Mais um mês se passou e o trabalho de ANA continuou a declinar.

Ao analisar a “História de Ana”, você pode identificar indicadores de uma situação em que a chefia está agindo como “facilitadora” do consumo de drogas:

- Reconhecimento da existência de associação entre o baixo desempenho e o consumo de drogas de ANA
- Ansiedade de Luciana para “proteger”
- Concordância em não revelar o problema
- Aceitação da “promessa de parar”
- Contínuo declínio do desempenho
- Cobrança da “promessa” feita por ANA
- Aceitação das novas justificativas e promessas de ANA
- Omissão do problema junto a RH e Saúde Ocupacional
- Crédito na palavra de ANA – conversa de “amiga para amiga”
- Pacto de paciência e compreensão

A partir da análise da “História de Ana”, vamos pensar em uma adequada intervenção por parte de Luciana:

- Levanta os dados funcionais
- Analisa os dados funcionais e as informações pessoais trazidas por ANA
- Analisa o desempenho
- Assume postura firme perante ANA
- Encaminha ANA ao Serviço de Saúde/RH
- Acompanha sob orientações do Serviço de Saúde/Recursos Humanos

Intervenção do Serviço de Saúde/RH

- Analisa os dados funcionais
- “Ouve” ANA
- Discute o problema
- Propõe ajuda
- Aborda a família
- Encaminha
- Informa e orienta a chefia
- Acompanha
- Intervém no ambiente de trabalho (se necessário)

A partir da intervenção e reavaliação da forma de atuação, há modificações em dois sentidos:

- Necessidade de orientação da chefia (Luciana) por parte do RH e do Serviço de Saúde
- Necessidade de modificação de postura por parte de Luciana

Modelo de Roteiro para a abordagem do trabalhador usuário ou dependente de drogas

I – Quando o trabalhador é encaminhado ou procura os serviços da empresa por motivos indiretos (em que não está claro o uso de drogas).

Procure identificar os fatores que podem estar associados ao consumo de drogas.

Quadro 6	
No RH	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas familiares • Problemas com a chefia • Problemas com os colegas • Dificuldades financeiras • Insatisfação e desmotivação para o trabalho
No serviço médico	<ul style="list-style-type: none"> • Urgências médicas • Queixas freqüentes • Acidentes • Exames periódicos
Pela chefia	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteísmo • Problemas de desempenho • Comprometimento da segurança • Alterações de comportamento
Pelos colegas	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações de comportamento • Dificuldades financeiras
Pelas segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento em acidentes • Resistência ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)
Pela família	<ul style="list-style-type: none"> • Ausências freqüentes de casa • Violência Doméstica • Dificuldades conjugais/com filhos

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

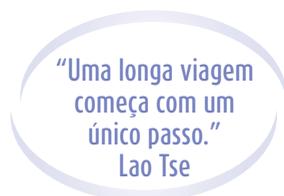
II – Quando o trabalhador procura espontaneamente um dos serviços da empresa.

Quadro 7

Abordagem pelo RH	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação social • Abordagem dos mecanismos de defesa • Discussão a respeito da vida funcional • Aconselhamento motivacional para tratamento • Envolvimento da família • Discussão e elaboração do plano de tratamento • Encaminhamento • Acompanhamento (interno e externo) • Manutenção do nível de informação adequado (chefia e família)
Abordagem pelo serviço médico	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico de uso abusivo ou dependência • Discussão do problema com o empregado e com a equipe • Discussão e elaboração do plano de tratamento • Encaminhamento • Acompanhamento
Encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento Ambulatorial Hospitalar • Incentivo à participação em grupos de mútua ajuda e outros recursos comunitários

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

7. Reinserção social



Para que possamos entender o processo de Reinserção ou Reintegração Social, é necessário que nos reportemos ao conceito de exclusão, aqui definido por Aurélio (1986) como o ato pelo qual alguém é privado ou excluído de determinadas funções. A *exclusão social* implica, pois, uma dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, dentre outros. Não

é outro senão o processo que se impõe à vida do indivíduo que estabelece uma relação de risco com algum tipo de droga, cuja fronteira para a exclusão é delimitada pelo início dos problemas sociais.

*A reinserção, portanto, assume o caráter de **reconstrução das perdas**. Seu objetivo é a capacitação do trabalhador para exercer em plenitude seu direito à cidadania. O exercício da cidadania para o trabalhador em recuperação significa o estabelecimento ou resgate de uma **rede social** inexistente ou comprometida por abuso ou dependência do álcool ou outras drogas. Nesse cenário, ajudar o trabalhador a entrar em abstinência deixa de ser o objetivo maior do tratamento. Assim como as estratégias de redução de danos e as técnicas de prevenção à recaída representaram nos últimos anos grandes avanços no tratamento do trabalhador, a sua reinserção social torna-se, neste milênio, o grande desafio para os profissionais de Recursos Humanos (RH), Saúde e Segurança das empresas.*

“Conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos” (BARNES, 1987). Ponto de rede: um dos elementos de uma rede social. Ex.: a família, a escola, os amigos, os colegas de trabalho, entre outros.

A articulação de diferentes pontos da rede social do trabalhador pode otimizar espaços de convivência positiva que lhes favoreçam a troca de experiências na identificação de situações de risco pessoal e possíveis vulnerabilidades ao consumo do álcool e outras drogas.

Viver longe ou diminuir o consumo da droga não é o suficiente. É preciso re-descobrir o gosto e o sentido da vida.

O processo de reinserção começa com a avaliação social. É o momento em que o profissional mapeia a vida do trabalhador em aspectos significativos que darão suporte ao seu novo **projeto de vida**, desenhado a partir das suas características pessoais e da etapa do tratamento em que se encontra. Ao entrar em abstinência ou alterar o padrão de consumo, via tratamento (independentemente da sua modalidade), o trabalhador é exposto às demandas do mundo externo com todas as suas contradições. Sentimentos de rejeição, insegurança, culpa, incapacidade, dentre outros, vão colocá-lo em freqüentes situações de risco. Portanto, já no primeiro contato, o profissional deverá assumir uma postura de acolhimento do trabalhador. A atitude solidária e a crença na capacidade de ele construir e/ou restabelecer sua rede social irão determinar o estabelecimento de um vínculo positivo entre ambos. É uma parceria na qual a porta para a ajuda estará sempre aberta, desde que o trânsito seja de mão dupla. Assim, o profissional e o trabalhador devem entender a reinserção social como um processo longo e gradativo que implica, inicialmente, a superação dos próprios preconceitos, nem sempre explícitos, como, por exemplo, a visão de que o trabalhador é um “coitado” ou uma “vítima”.

PROJETO DE VIDA

O *Projeto de Vida* deve considerar, fundamentalmente, as expectativas do trabalhador e as suas possibilidades reais, enfatizando suas escolhas pessoais, responsabilidade pelas decisões e comportamentos futuros. Deve ser personalizado e respeitar a etapa do tratamento em que ele se encontra. **Uma ou mais revisões** poderão ocorrer, dependendo da evolução do processo terapêutico.

PREMISSAS DO PROJETO DE VIDA

Continuidade do Tratamento – O trabalhador deve estar convencido de que seu tratamento não termina com a abstinência ou a alteração dos seus padrões de consumo. A continuidade do tratamento (qualquer que seja) é um espaço para a obtenção de suporte ao manejo das situações de risco.

Mudança do Estilo de Vida – A disponibilidade e a motivação do trabalhador para a mudança do seu estilo de vida, que envolve sobretudo reformulação de hábitos e valores adquiridos no período de ingestão das drogas e o ingresso em grupo de mútua ajuda e/ou grupo de apoio no local de trabalho são de grande valia e podem funcionar como fatores de proteção.

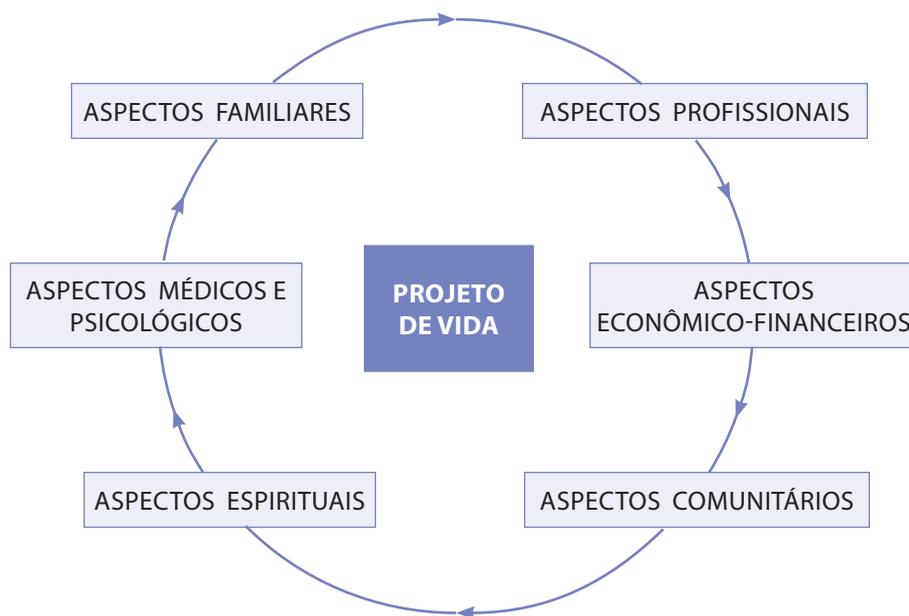
Metas Atingíveis – O estabelecimento das metas do projeto deverá ser feito após uma leitura realista e objetiva das questões trazidas à discussão. É prudente começar com metas modestas, cujo alcance irá fortalecer a auto-estima do trabalhador e a crença na sua capacidade de construção de uma nova realidade. Cada passo deve ser valorizado e cada tropeço analisado cuidadosamente.

Estabelecimento e/ou Resgate de Rede Social – O abuso e a dependência do álcool e outras drogas expõem o trabalhador a rupturas progressivas com a família, os amigos, o trabalho, a escola e a comunidade. É preciso resgatar e/ou estabelecer novas redes de socialização. O profissional e o trabalhador devem investir conjuntamente na busca e na valorização de elementos que possam compor a rede de apoio para o processo de reinserção. Estes elementos podem ser pessoas, instituições públicas ou privadas e outras organizações sociais que possam oferecer apoio nas situações de risco.

Desenho do Projeto de Vida

A elaboração do *Projeto de Vida* implica o estabelecimento de ações contínuas que interligam de forma harmônica os aspectos necessários ao estabelecimento ou resgate da rede social do trabalhador.

Para um melhor entendimento, demonstramos em forma de diagrama esta inter-relação:



Não existe aspecto da vida do trabalhador que seja mais ou menos importante. Ocorre que, em determinado momento, algum aspecto pode precisar de uma atenção ou ação mais específica, daí a idéia da inter-relação harmônica. Por exemplo: um trabalhador que está em processo de separação conjugal irá necessitar de maior reforço nos vínculos com outros familiares, como pais, irmãos e filhos.

Aspectos familiares – É na família que o indivíduo aprende a se relacionar com o mundo. Este aprendizado, mesmo comprometido pelo abuso ou dependência de álcool e outras drogas, impõe-se ao trabalhador como referencial de comportamento e atitude diante da vida.

Em geral, a família do trabalhador que faz uso abusivo ou é dependente de álcool e outras drogas é uma família em crise, cuja resolução vai depender da disponibilidade de seus componentes para aceitar um pro-

cesso de mudança. Tal como o trabalhador, a família pode aprender novas maneiras de viver, abandonando comportamentos negativos e assumindo comportamentos positivos em relação a si e ao trabalhador.

No quadro abaixo, há diferenças sistemáticas de alguns comportamentos da família em relação ao trabalhador.

Quadro 8

Comportamentos negativos	Comportamentos positivos
Vigilância: perseguir para vigiar o trabalhador	Reconhecimento: valorizar pequenas conquistas
Agravamento: dramatizar situações de risco, lapsos e recaída vividas pelo trabalhador	Disponibilidade: mostrar-se solidário e comprometido com o processo de recuperação
Culpa: reprovar e recriminar as atitudes e iniciativas do trabalhador	Diálogo: ouvir, discutir e refletir em conjunto com o paciente
Indiferença: fingir que não dá importância ao problema	Acolhimento: demonstrar afeto e compreensão pelo paciente e por sua situação
Vitimização: fazer de si próprio uma vítima do trabalhador ou de seu problema	Inexistência de soluções mágicas: conscientizar-se de que a recuperação é um processo longo e gradativo
Passividade: submeter-se a chantagens ou ameaças do trabalhador	Limites: impor um mínimo de regras ou disciplina

Fonte: Quadro elaborado pela autora

A adoção de uma postura positiva pela família favorece o restabelecimento de uma relação de confiança com o trabalhador. Também lhe possibilita a retomada dos papéis familiares, fortalecendo sua auto-estima e incentivando-o a se lançar em novos desafios. A participação conjunta em grupos de auto-ajuda ou associações e projetos comunitários deve ser considerada como ferramenta de reinserção do trabalhador no seu ambiente familiar e funcional.

Na ausência de familiares, deve-se buscar uma figura de referência para o trabalhador, com quem ele possa estabelecer ou retomar um relacionamento afetivo. Esta figura pode estar representada por um colega de trabalho, um chefe, um vizinho ou um amigo que, a exemplo do “padrinho” de Alcoólicos Anônimos, irá representar para o trabalhador um vínculo com a possibilidade de recuperação.

Aspectos profissionais – “O trabalho dignifica o homem”. Culturalmente, o “valor” de uma pessoa ou a sua dignidade estão diretamente ligados a sua capacidade de produção. Desenvolver uma atividade formal ou informal é, para o trabalhador que faz uso abusivo ou é dependente do

álcool ou outras drogas, quase tão importante quanto a manutenção da abstinência ou a alteração dos padrões de consumo.

A discriminação quanto à sua capacidade de estar apto ao trabalho faz com que ele experimente sentimentos ambivalentes de fracasso e de sucesso. A revisão de função ou de atividades desenvolvidas pelo trabalhador poderá ser necessária ou sugerida pela empresa. Neste caso, o trabalhador deverá ser preparado para entender a nova realidade, na qual a percepção sobre os riscos da função é utilizada na ponderação das razões para a mudança. Esta mudança deve ser vista, pelo trabalhador, como um passo adiante na manutenção de sua abstinência ou alteração de padrão de consumo. E também na renovação do seu compromisso com a retomada da condição perdida. Como exemplo, pode-se analisar a situação de um motorista que, após o internamento, retorna ao trabalho, exercendo atividades internas em serviços administrativos.

Esta alteração na condição do trabalhador deve considerar que:

- ele deve ser fortemente estimulado à participação em grupo de apoio na empresa e ao resgate dos amigos “trocados” pela “turma do bar ou do barato”;
- a indicação de voltar aos estudos ou freqüentar cursos profissionalizantes e de aprimoramento também favorece a sua reinserção e melhora a empregabilidade.

Para trabalhadores desempregados e/ou desprovidos de qualificação profissional, uma acurada avaliação de potencialidades, escolaridade e habilidades faz-se necessária. Aliada às expectativas do trabalhador, a avaliação vai permitir um “retrato” da sua condição e o traçado de metas atingíveis, observando que:

- trabalhos temporários e informais, assim como a baixa remuneração, não devem ser vistos como fracasso, mas como uma conquista a ser valorizada;
- a inscrição do trabalhador em programas sociais do governo poderá ser a porta de acesso a outros benefícios, como melhoria da escolaridade e da qualificação profissional;
- programas de voluntariado também são recomendados como forma de socialização e exercício da solidariedade e da cidadania.

Aspectos econômicos e financeiros – É implícito que, durante os anos de ingestão de álcool e outras drogas, haja perdas financeiras. Portanto, seria simplista pensar que a reinserção social do trabalhador não implique uma recuperação dessas perdas. O primeiro ponto, neste aspecto, é não lamentar o que foi perdido. É preciso levantar criteriosamente a condição do momento. Listar as dívidas e definir uma programação para saldá-las, ou ao menos renegociá-las, alivia a ansiedade do trabalhador e o coloca diante da responsabilidade de planejar o futuro. O destino a ser dado ao dinheiro deve se orientar por uma escala de prioridades compatível com o atendimento de necessidades essenciais e o volume do recurso. A aquisição de bens móveis e imóveis requer um planejamento de acordo com o orçamento realista do volume a ser aplicado no negócio.

Em todo o processo de recuperação econômico-financeira, a família deverá participar conjunta e ativamente. Um aconselhamento especializado de um profissional da área financeira poderá beneficiar e tornar o assunto mais “leve”.

Aspectos comunitários – Em qualquer fase do desenvolvimento do ser humano, o reconhecimento social e a influência dos grupos a que pertence são fundamentais para a manutenção do sentimento de pertinência e de valorização pessoal.

Na medida em que evoluem os quadros de abuso e dependência de álcool e outras drogas, o trabalhador sofre uma gradativa deterioração pessoal com o empobrecimento dos relacionamentos sociais. Sentimentos de rejeição, autodepreciação e insegurança, dentre outros, o afastam do convívio social. A iminência de perda do emprego, da família ou problemas com a polícia e a justiça o colocam num impasse. Com a abstinência ou a alteração do padrão do consumo, o trabalhador se vê diante do desafio de resgatar os relacionamentos destruídos. A participação na comunidade oferece-lhe esta oportunidade, na qual ele poderá reescrever a própria história, a começar com a reparação de possíveis danos causados a si próprio ou a outrem. A busca de ajuda para prováveis problemas judiciais e a reaproximação de antigos amigos podem impulsioná-lo a retomar o gosto pelo lazer, pelas atividades culturais e associativas, desprezadas até então.

Aspectos espirituais – Independentemente da formação ou orientação religiosa, é importante que o trabalhador recupere e mantenha a crença na sua própria capacidade de realização. Neste sentido, a “fé” poderá ajudá-lo a enxergar um horizonte de possibilidades onde sonhos se transformam no projeto de uma nova vida.

Aspectos médicos e psicológicos – É importante reforçar a necessidade dos cuidados com a saúde física e psicológica do trabalhador. O acompanhamento sistemático lhe dará suporte na remoção de barreiras para a recuperação e reinserção social.

Observações importantes para o profissional

- A reinserção social do trabalhador deve ser pensada, planejada e orientada por toda a equipe. A multidisciplinariedade alarga o horizonte de possibilidades e permite ao trabalhador leituras específicas para cada nova situação que se apresente. Portanto, vale lembrar que o trabalhador em tratamento não é “propriedade” de um único profissional.
- A disponibilidade do profissional para aceitar os “tropeços” do processo vai lhe permitir avaliar claramente os próprios sentimentos e expectativas. Também vai ajudá-lo a compreender e a lidar com a possível necessidade de revisão e redirecionamento de ações.

Considerações finais

- A Avaliação Social, além de mapear as reais condições do trabalhador e fornecer elementos para o plano de tratamento, é também o primeiro passo para a sua reinserção social. Ela levanta potencialidades, interesses e expectativas que poderão ser trabalhados no tratamento e transformados em ações gradativas, dependendo do estágio de recuperação.
- O trabalho multidisciplinar contribui para a abordagem precoce do trabalhador e garante a eficácia do tratamento.
- O conhecimento dos recursos da comunidade é o maior aliado do profissional. A identificação, a análise e a eleição do recurso adequado aumentam as chances de o trabalhador ter acesso e se beneficiar da melhor alternativa. Conhecer pessoalmente os recursos para os quais vai encaminhar o trabalhador pode ser o primeiro passo para uma produtiva parceria entre a rede de recursos comunitários e os profissionais da empresa.

Bibliografia

ANDRADE, A.G.; NICASTRI, S. & TONGUE, E. “Drogas: atualizações em prevenção e tratamento”. **Curso de treinamento em drogas para países africanos de língua portuguesa**. São Paulo: Lemos, 1993.

BARNES, J.A. “Redes sociais e processo político”. In: **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 1987.

BENJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

BERTOLETE, J.M. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília: SENAD, 2004.

BERTOLETE, J.M. **Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental da CID-10 e seus derivados**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BRASIL. “Estudo qualitativo: as redes sociais e as representações de risco entre usuários de drogas injetáveis”. Série Avaliação. Projeto Ajude Brasil. Governo Federal. Disponível em: www.aids.gov.br/final/biblioteca/avaliacao6/ajude_71.htm. Acesso em: 7 de jul. de 2008.

CENTRO ITALIANO DE SOLITARIETÀ. “Scuola di formazione ‘Casa del sole’”. **Progetto Uomo**, v.1,2,3, Roma: Castel Gandolfo, 1988.

DUARTE, P. do C.A.V. “Avaliação social”. In: **Curso nacional de aprendizado à distância – aspectos básicos no tratamento da dependência química**. Brasília: SENAD, 2002.

DUARTE, P. do C.A.V. “Reinserção social”. In: **Curso nacional de aprendizado a distância**. Brasília: SENAD e Universidade de São Paulo.

EDWARDS, G.; LADER, M. et al. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

FALEIROS, V.P. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001.

HOLANDA, A.B. **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Atlas, 1986.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

MARLATT, G.A & GORDON, J.R. **Prevenção da recaída**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MIRANDA, C.F. & MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda**. Belo Horizonte: Crescer, 1983.

OPAS. Redes locais frente à la violencia familiar. Série Violência Intrafamiliar y salud. Documento de Análise nº 2. **La asociación de solidaridad para países emergentes**. Peru, junho de 1999.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS. **Abordagem, diagnóstico e tratamento**. CREMESP/AMB, 2002.



POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS NO BRASIL

*Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Dante José Pirath Lago
Carla Dalbosco*



Neste Capítulo, você verá



- O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
- As políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas
- Aspectos legais referentes aos programas de prevenção ao uso de drogas nas empresas

1. Política Nacional sobre Drogas

Até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Foi a partir da realização da XX Assembléia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a **Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)**, diretamente vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

Medida Provisória nº 1.669 e Decreto nº 2.632 de 19 de junho de 1998.

Com a missão de **“coordenar a Política Nacional sobre Drogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade”** e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema *drogas* para a criação da política brasileira. Assim, em 2002, por meio de Decreto Presidencial, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), através do Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002.

Em 2003, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em Mensagem ao Congresso Nacional no início de seu primeiro mandato, apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda de drogas no País, que viesse a contemplar três pontos principais:

- integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações;
- descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município;
- estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica.

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema *drogas* manteve-se em pauta e a demanda pelo aprofundamento do assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o País e o mundo vinham passando.

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Polí-

ticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. Coube à Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) a responsabilidade pela articulação e coordenação deste grande projeto nacional. Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a se chamar **Política Nacional sobre Drogas (PNAD)** e foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD. Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre drogas”, já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo.

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada.

Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão das *drogas*.

Em 2006, a SENAD assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)**, suplantando uma legislação de trinta anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais.

A Lei nº 11.343/2006

A Lei nº 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas.

Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: a [Lei nº 6.368/76](#) e a [Lei nº 10.409/2002](#). A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais prévios, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de forma diferenciada e a ocupar capítulos diferentes na lei.

A Lei nº 6.368/1976, de 21 de outubro de 1976, dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

A Lei nº 10.409/2002, de 11 de janeiro de 2002, dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

O Brasil, seguindo tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Esta abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido refutada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento.

Assim, a justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas, tais como:

- **advertência** sobre os efeitos das drogas;
- **prestação de serviços à comunidade** em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas;
- **medida educativa** de comparecimento a programa ou curso educativo.

2. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem os seguintes objetivos:

1. contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
2. promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no País;
3. promover a integração entre as políticas de **prevenção** do uso indevido, **atenção e reinserção social** de usuários e dependentes de drogas;
4. reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
5. promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, estados e municípios.

O SISNAD está organizado de modo a assegurar a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito. Com a sua regulamentação, houve a reestruturação do **Conselho Nacional Antidrogas**, garantindo a participação paritária entre governo e sociedade. A ação do CONAD é descentralizada por meio de Conselhos Estaduais nos estados e de Conselhos Municipais nos municípios:

Atribuições do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD):

- acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pela SENAD;
- exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas;
- acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do **Fundo Nacional Antidrogas** e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas;
- promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal.

O Decreto nº 5.912/2006 regulamentou, ainda, as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda de drogas, através da Secretaria Nacional Antidrogas.

Atribuições da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD):

- articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) na esfera de sua competência;
- definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD e acompanhar sua execução;
- gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**;
- promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência.

O Fundo Nacional Antidrogas é composto por recursos oriundos de apreensão ou de perdimento, em favor da União, de bens, direitos e valores, objeto do crime de tráfico ilícito de substâncias entorpecentes ou de drogas que causem dependência física ou psíquica, e outros recursos colocados à disposição da Secretaria Nacional Antidrogas.

O Observatório é a unidade administrativa do Gabinete de Segurança Institucional responsável por reunir e divulgar conhecimentos e informações sobre drogas atualizadas e fundamentadas cientificamente, que contribuam para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas e para a criação de modelos de intervenção.

O trabalho da SENAD é desenvolvido em três eixos principais:

1) Diagnóstico situacional

- **Objetivo:** realização de estudos que permitam um diagnóstico sobre a situação do consumo de drogas no Brasil e seu impacto nos diversos domínios da vida da população. Este diagnóstico vem se consolidando por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas.
- **Exemplos de ações:** realização de levantamentos sobre uso de drogas pela população geral brasileira, por estudantes, povos indígenas, crianças e adolescentes; mapeamento das instituições de atenção às questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, entre outros.

2) Capacitação de Agentes do SISNAD

- **Objetivo:** capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social.
- **Exemplos de ações:** cursos de formação para conselheiros municipais, educadores, profissionais das áreas de saúde, segurança pública, empresas/indústrias, entre outros.

3) Projetos Estratégicos

- **Objetivo:** projetos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade.
- **Exemplos de ações:** parceria com Estados e Municípios para fortalecimento dos Conselhos sobre Drogas; apoio técnico e financiamento a projetos por meio de Subvenção Social; implantação do Serviço Nacional de Orientações e informações sobre Drogas (VIVAVOZ); ampliação e fortalecimento da Cooperação Internacional; criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, entre outros.

Outra medida relevante e atual, apresentada a seguir, é a construção de uma política específica sobre o álcool.

3. A Política Nacional sobre o Álcool

A Política Nacional sobre o Álcool resultou de um longo processo de discussão. Em julho de 2005, O Conselho Nacional Antidrogas, ciente dos graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool e com o objetivo de ampliar o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema, instalou a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA), composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil. A Câmara Especial iniciou suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde, em 2003.

Esse processo permitiu ao Brasil chegar a uma política realista, sem qualquer viés fundamentalista ou de banalização do consumo, embasada de forma consistente por dados epidemiológicos, pelos avanços da ciência e pelo respeito ao momento sociopolítico do País. A política sobre o álcool reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança.

Em maio de 2007, o Governo Federal, por meio do Decreto Presidencial nº 6.117/2007, apresentou à sociedade brasileira a **Política Nacional sobre o Álcool**, numa clara demonstração de responsabilidade e vontade política com um assunto tão difícil, de inquestionável relevância.

A Política Nacional sobre o Álcool possui como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Esta política, reconhecendo a importância da implantação de diferentes medidas articuladas entre si e, numa resposta efetiva ao clamor da sociedade por ações concretas de proteção aos diferentes domínios da vida da população, veio acompanhada de um elenco de medidas passíveis de implementação pelos órgãos do governo no âmbito de suas competências e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade.

Estas medidas são detalhadas no anexo II do Decreto nº 6.117 e podem ser divididas nas nove categorias seguintes:

- diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil;
- tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool;
- realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas;
- redução da demanda de álcool por populações vulneráveis;
- segurança pública;
- associação álcool e trânsito;
- capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública;
- estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais.



Você poderá conhecer a política sobre o álcool na íntegra, acessando o site: www.obid.senad.gov.br.

Merece destaque, dentre estas medidas estratégicas para minimizar os impactos adversos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, as ações ligadas à associação álcool e trânsito, tendo em vista que, os problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas não atingem apenas populações vulneráveis, mas associam-se diretamente com os índices de morbidade e mortalidade da população geral. Por esta razão, tornou-se urgente desenvolver medidas contra o ato de “beber e dirigir”.

Em janeiro de 2008, o Poder Executivo encaminhou ao Congresso Nacional a medida provisória nº 415, proibindo a venda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais e propondo a alteração da Lei nº 9.503/97 - Código de Trânsito Brasileiro. Após exaustivo processo de discussão e com ampla participação popular, esta medida provisória foi transformada em um projeto de Lei, aprovado no Congresso Nacional em maio de 2008.

O Presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a nova Lei nº 11.705 em 19 de junho de 2008, por ocasião da realização da X Semana Nacional Antidrogas no Palácio do Planalto.

A nova Lei altera dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503/97), estabelecendo a **alcoolemia 0 (zero)** e impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool. Ou seja, o motorista que tiver qualquer concentração de álcool por litro de sangue estará sujeito às penalidades previstas, como multa e suspensão da carteira por 12 meses.

Anteriormente, a lei só previa punição para o motorista que fosse flagrado com 6 ou mais decigramas de álcool por litro de sangue.

São vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas (teor superior a 0,5 Graus Gay-Lussac) para consumo no local.

Esta Lei prevê também que os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas sejam obrigados a exibir aviso informativo de que é crime dirigir sob a influência de álcool.

Todas estas medidas têm como objetivo reduzir o número de acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras, coibindo a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir.

Você poderá conhecer na íntegra a Política sobre o Álcool e a nova Lei nº 11.705/08, acessando o *site*: www.obid.senad.gov.br.

Serão tratados, a seguir, aspectos legais específicos sobre a relação entre uso de drogas e ambiente de trabalho.

Questões legais relacionadas aos programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas nas empresas

Ao abordar os aspectos legais envolvidos na implantação de programas de prevenção ao uso de álcool e de outras drogas em empresas, três assuntos vêm a tona: primeiro, se há suporte legal para implantação dos programas, e, portanto, se as organizações correm algum tipo de risco por implementar ou não tais ações; segundo, se é possível demitir um funcionário quando diagnosticado seu envolvimento com as drogas e, por último, a questão das testagens toxicológicas pelas empresas.

Toda empresa que admita empregados regidos pela **Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)** é obrigada a implantar o denominado **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)**, de acordo com a Norma Regulamentadora N°7 (NR7), do Ministério do Trabalho, salvo as exceções previstas na própria norma. Esta norma, que tem por objetivo a promoção da saúde e a prevenção de riscos à saúde do conjunto dos trabalhadores brasileiros, estabelece os parâmetros mínimos exigidos a se-

rem observados na execução do programa de controle médico, levando em conta condutas e procedimentos a serem adotados em relação aos riscos aos quais os empregados se expõem no ambiente de trabalho. O PCMSO deve ser parte integrante do conjunto de ações mais amplas da empresa, devendo estar articulado com as demais normas regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho. Este programa deverá ter um planejamento que permita o desenvolvimento das atividades de forma sustentada e contínua.

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional normalmente é desenvolvido, implantado e controlado pelo **Serviço Especializado em Saúde e Segurança do Trabalho (SESMT)** da empresa, que deve ser estruturado conforme o tamanho, número de funcionários e grau de risco ocupacional de cada organização. Os profissionais que participarão do SESMT (médicos, enfermeiros, técnicos de segurança, engenheiros de segurança etc.) e suas respectivas responsabilidades estão descritas na Norma Regulamentadora N° 4 do Ministério do Trabalho.

Entre outras responsabilidades descritas, cabe ao SESMT esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção. Além disto, cabe a este serviço manter permanente relacionamento com a **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)**, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme disposto na Norma Regulamentadora N° 5 do Ministério do Trabalho.

A CIPA é uma comissão composta por representantes dos empregados e do empregador, que tem como objetivo zelar pela preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores e de todos que interagem com a empresa. O número de participantes desta comissão varia conforme o tamanho da empresa e seu risco de acidentes. A dimensão, constituição e responsabilidades estão descritas na já citada NR 5 do Ministério do Trabalho. Entre as diversas responsabilidades da Comissão, encontramos: apoiar as ações do SESMT, ajudando no desenvolvimento dos programas, estimulando e promovendo campanhas internas de prevenção da AIDS, sempre em conjunto com o respectivo serviço especializado.

Em julho de 2003, através da Portaria Interministerial N° 10, o Ministério do Trabalho e o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, por meio da SENAD, recomendaram que as empresas, através das suas CIPAs, viessem a desenvolver atividades educativas e de conscientização do problema do uso e abuso de substâncias psicoativas no trabalho, em particular sobre os efeitos do álcool e sua relação

com o trabalho. Esta portaria incumbe as empresas a necessidade, através de suas CIPAs, de fortalecer e discutir as medidas adotadas pelos PCMSOs, no sentido de abordar a dimensão da problemática do alcoolismo e das demais dependências químicas. A portaria recomenda, ainda, o estabelecimento de relação com a comunidade, utilizando recursos disponíveis e apoiando iniciativas já existentes, especialmente junto aos Conselhos Municipais ou Estaduais sobre Drogas, quando presentes.

Considerando que as drogas elevam substancialmente o risco de acidentes de trabalho e que a prevenção destes agravos é uma das atribuições de toda organização (através dos serviços especializados, CIPAs e demais funcionários), não há como fechar os olhos ao problema. **O desenvolvimento de um programa de prevenção ao uso de drogas pela empresa está diretamente ligado não só à integridade dos funcionários, mas também à saúde da própria organização.**

Um ponto importante, gerador de muita discussão no contexto empresarial, diz respeito à demissão de funcionários dependentes químicos. Atualmente, ainda em vigor, o artigo 482 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em sua letra f, autoriza a rescisão do contrato de trabalho por justa causa, nos seguintes termos: “constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador: embriaguez habitual ou em serviço”.

As sentenças judiciais têm confirmado o reconhecimento do alcoolismo como doença, seguindo o entendimento da Organização Mundial de Saúde. Este quadro está classificado no Código Internacional de Doenças especificamente no capítulo das doenças mentais. Desta forma, a justiça tem entendido, na maioria das vezes, que o alcoolismo e as dependências de outras substâncias necessitam de tratamento. Portanto, caberia à empresa o encaminhamento para serviços especializados, quer através de seu plano de saúde complementar ou através do sistema público de saúde. Da mesma forma, cabe o encaminhamento da situação à Previdência Social, enquanto o trabalhador não apresentar condições de retorno ao trabalho, depois de decorridos os primeiros quinze dias de afastamento.

Aspectos como habitualidade das ocorrências faltosas, repercussões sobre as atividades laborais em si, histórico funcional e punições anteriores como advertência ou suspensão têm sido pouco considerados. A simples dispensa é vista, muitas vezes, como ato discriminatório contra alguém que já vivencia uma problemática social e de saúde.

É necessário lembrar que, muitas vezes, a não aceitação do diagnóstico pelo próprio trabalhador que, conseqüentemente, não adere ao tratamento ofertado, pode se constituir em fator preponderante de fracasso na sua recuperação. Como o desempenho funcional muitas vezes já se encontra comprometido, passa a ser causa de dispensa, mas, é óbvio, sem justa causa para a rescisão contratual. Um bom número de empregadores não segue o artigo 482 da CLT, que prevê a dispensa por justa causa, mas interrompe o vínculo empregatício em decorrência da baixa produtividade, com o pagamento das verbas rescisórias.

A terceira questão que normalmente se apresenta e que também foi tratada em outro Capítulo do livro diz respeito aos testes toxicológicos. Alguns questionamentos gerados são: quando, como e em que condições efetuá-los? O funcionário é obrigado a se submeter aos testes?

Os testes toxicológicos foram implementados inicialmente nos Estados Unidos, na década de 80, a partir de uma solicitação do Conselho Nacional dos Transportes, após análise de vários acidentes ocorridos naquele País, nos quais se encontrou uma relação direta com a ingestão de álcool e outras drogas.

A Constituição Brasileira assegura que ninguém é obrigado a gerar prova jurídica contra si mesmo. Este argumento tem sido usado por pessoas que acreditam e vêem os testes toxicológicos como fator gerador de perseguição e discriminação. Algumas autoridades jurídicas e escritórios especializados têm se posicionado contrários a realização dos testes sem um programa estruturado de prevenção e tratamento nas organizações. Isto significa dizer que, para se implantar teste toxicológico em empresa, deveríamos levar em conta:

- a presença de atividades de risco no ambiente de trabalho para o próprio trabalhador, para os colegas de trabalho ou ainda para a comunidade;
- a testagem deve estar incluída no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional conforme a Norma Regulamentadora nº 7, e acordada com a representação da categoria, em acordo coletivo;
- a testagem deve ser parte integrante de um programa mais amplo que prevê a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das dependências químicas.

- a realização de ações de prevenção e de promoção da saúde alinhadas com a CIPA, conforme preconizado na já citada Portaria Interministerial n° 10 de 2003;
- a confidencialidade, a ética e o respeito como valores fundamentais de todo e qualquer programa.

É recomendável que todas as questões citadas anteriormente estejam contempladas na política sobre drogas de cada organização. Torna-se fundamental o desenvolvimento e a ampla disseminação desta política em todos os níveis da empresa, mostrando claramente qual a visão da organização sobre este tema que afeta a todos diretamente, como profissionais, como colegas ou como cidadãos.

Bem, você chegou ao final do conteúdo do Curso, mas sua participação não acaba aqui! Muito pelo contrário, ela continua no dia-a-dia da sua empresa.

Vamos lá! Aplique o que você aprendeu. Afinal, é assim que se constrói o conhecimento.

Conte conosco, você não está mais sozinho nesta caminhada!

Bibliografia

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho**. 28 ed. São Paulo: Saraiva, 2001. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio L.T. Pinto, Márcia C. V. Windt e Luiz Eduardo Siqueira.

BRASIL. **Inovação e participação**. Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas. Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.343/2006**, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.705/2008**, de 19 de junho de 2008.

BRASIL. **Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho NR1 a 33, Portaria 3214 de 08/06/78 e Legislação Complementar**. 61 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.

SOUZA, M.C. M. de. **Embriaguez Habitual**: justa causa x preconceito. Disponível em: <http://kaplus.cosmo.com.br/materia.asp>. Acesso em: 2000.

PARA SABER MAIS:

Aprendendo com os filmes:

- Diário de um Adolescente, 1995.
- Bicho de Sete Cabeças, 2000.
- Trainspotting, 1996.
- Quando um Homem Ama uma Mulher, 1994.
- 28 Dias, 2000.
- Traffic, 2000.
- Despedida em Las Vegas, 1996.
- Maria Cheia de Graça, 2004.
- O Barato de Grace, 2000.
- Notícias de uma Guerra Particular, 1999.
- La Luna, 1979.
- Ironweed, 1987.
- A Corrente do Bem, 2000.
- Cazuzza – O Tempo Não Pára, 2004.
- Meu Nome Não é Johnny, 2008.
- Ray, 2004.
- Por Volta da Meia Noite, 1986.
- Eu, Christiane F., 13 Anos, Drogada e Prostituída, 1981.

Leituras que ajudam:

- **Doces Venenos – Conversas e Desconversas sobre Drogas.** Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: Olho D'Água, 1991.
- **Liberdade é Poder Decidir.** Maria de Lurdes Zemel e Maria Elisa De Lamboy. São Paulo, FTD, 2000.
- **Drogas Mitos e Verdades.** Beatriz Carlini Cotrim. São Paulo: Ática, 1998.

- **Satisfaçam Minha Curiosidade – As Drogas.** Susana Leote. São Paulo: Impala Editores, 2003.
- **O vencedor.** Frei Betto. Ática, 2000.
- **Eu, Christiane F., 13 anos, Drogada e Prostituída.** Kai Hermann. Bertrand Brasil, 2002.
- **Depois daquela viagem: Diário de Bordo de uma Jovem.** Valéria Piassa Polizzi. Ática, 2003.
- **Drogas, Prevenção e Tratamento: o que você queria saber sobre drogas e não tinha a quem perguntar.** Daniela Maluf e cols. São Paulo: Cla Editora, 2002.
- **Esmeralda – Por que não dancei.** Esmeralda do Carmo Ortiz. São Paulo: Editora Senac, 2001.

Série de publicações disponibilizadas pela SENAD:

As publicações listadas abaixo são distribuídas gratuitamente e enviadas pelos Correios. Estão disponíveis no site do OBID para *download*. Podem ser solicitadas pelo *e-mail* prevencao@planalto.gov.br ou pelo telefone do serviço VIVAVOZ.

Cartilhas da Série “**Por Dentro do Assunto**”. SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), 2004:

- **Drogas: Cartilha para Educadores.**
- **Drogas: Cartilha “mudando comportamentos”.**
- **Drogas: Cartilha álcool e jovens.**
- **Drogas: Cartilha para pais de adolescentes.**
- **Drogas: Cartilha sobre tabaco.**
- **Drogas: Cartilha para pais de crianças.**
- **Drogas: Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes.**

Glossário de álcool e drogas. Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

Livreto Informativo Sobre Drogas. CEBRID/SENAD, 2004.

As cartilhas podem ser obtidas pelo *site*: <http://www.senad.gov.br>

Centros de informação:

Se você tem acesso à Internet, consulte o OBID.

No Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas você vai encontrar muitas informações importantes. Contatos de locais para tratamento em todo o País. Instituições que fazem prevenção, grupos de ajuda-mútua e demais recursos comunitários também têm seus contatos disponibilizados. Você encontra informações atualizadas sobre as drogas, cursos, palestras e eventos. Encontra, também, uma relação de *links* para outros sites que irão contribuir com seu conhecimento.

- OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.
Portal: www.obid.senad.gov.br
- SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD.
Anexo II do Palácio do Planalto, sala 215 Ala B
Cep: 700150-901
Site: <http://www.senad.gov.br>
Contato: senad@planalto.gov.br

Ministério da saúde:

Site: <http://www.saude.gov.br>

Disque Saúde: 0800 61 1997

Conselhos estaduais sobre drogas:

Para saber o endereço dos Conselhos do seu estado consulte o site: <http://www.senad.gov.br>

Conselhos municipais sobre drogas:

Para saber o endereço dos Conselhos do município consulte o site: <http://www.senad.gov.br>

VIVAVOZ

LIGUE PRA GENTE. A GENTE LIGA PRA VOCÊ.

0800 510 0015

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas

VIVAVOZ

UMA BOA CONVERSA PODE SER UM BOM COMEÇO

Falar sobre drogas nunca é fácil, mas pode ser a principal atitude para não se deixar envolver por elas. Esta é uma das razões para a criação do VIVAVOZ. Mais do que repressão, é preciso compreensão. A informação pode ser decisiva na hora de ajudar familiares de usuários, pessoas que já têm problemas ou até quem não quer usar drogas, sejam legais ou ilegais. Pois, no final das contas, é sempre uma questão de escolha individual, na qual conhecer as conseqüências do uso dessas substâncias pode ser decisivo. E, com uma boa conversa pelo VIVAVOZ, pode ficar mais simples entender tudo isso.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (antiga Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre). Após 3 anos de funcionamento, os resultados positivos e a demanda do público para o teleatendimento apontaram para a necessidade de ampliação do serviço. Para isto, uma parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça vai permitir um maior período de atendimento. O VIVAVOZ é uma central telefônica, aberta a toda população. Orientações e informações sobre as características e efeitos das drogas psicoativas, prevenção ao uso e abuso e os recursos disponíveis na comunidade para quem precisa de apoio ou atendimento são encontrados no VIVAVOZ.

Os consultores passaram por um período intenso de capacitação e são supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde.

VIVAVOZ - ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES SOBRE O USO INDEVIDO DE DROGAS

- Serviço aberto para toda a população.
- Totalmente gratuito.
- Não é preciso se identificar.
- Profissionais de qualquer área também podem tirar suas dúvidas e receber material bibliográfico.
- Horário de funcionamento: segunda a sexta, das 8 h às 20 h.
- A partir do segundo semestre de 2008 o horário será expandido das 8 h às 24 h.



**Secretaria
Nacional
Antidrogas**

**Gabinete de
Segurança
Institucional**

