

# **DROGAS**

## **NO AMBIENTE DE TRABALHO**

**Tiragem  
5.000 exemplares  
Distribuição gratuita**

**Capa**

Leonardo Silva Olimpio

**Editoração Eletrônica**

Rodrigo Luiz Borges

**Revisão ortográfica**

Yasmin Cobiaichi Utida

**Contatos diversos**

Daniele Raposo Farias

**Supervisão Editorial**

José Florentino dos Santos Filho

**Coordenação Geral**

Luiz Alberto Chaves de Oliveira

# **DROGAS**

## **NO AMBIENTE DE TRABALHO**

Dr. Luiz Alberto Chaves de Oliveira  
(Dr. LACO)





**PREFEITURA DA CIDADE DE**  
**SÃO PAULO**

**SECRETARIA DE**  
**PARTICIPAÇÃO E PARCERIA**

**Gilberto Kassab**  
PREFEITO

**Ricardo Montoro**  
SECRETÁRIO MUNICIPAL  
DE PARTICIPAÇÃO E PARCERIA

**Luiz Alberto Chaves de Oliveira**  
Presidente COMUDA  
Coordenador de Atenção às Drogas - CDR

**Conselho Municipal de Políticas Públicas  
de Drogas e Álcool de São Paulo - COMUDA**

**Coordenadoria de Atenção às Drogas  
da Cidade de São Paulo - CDR**  
Rua Líbero Badaró, 119 – 8º andar  
Tel.: 3113-9641  
[comuda@prefeitura.sp.gov.br](mailto:comuda@prefeitura.sp.gov.br)



# CONSELHEIROS DO COMUDA

Órgãos/entidades seguidos de nome do representante:

## **Secretaria dos Negócios Jurídicos**

Luiz Alberto Chaves de Oliveira (Dr.Laco)

## **Secretaria Municipal de Esporte, Lazer e Recreação**

José Florentino dos Santos Filho

## **Secretaria Municipal de Educação**

Luz Marina Moreira Corrêa de Toledo

## **Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social**

Jorge Artur Canfield Florianni

## **Secretaria Municipal da Cultura**

Thiago de Amorim Saraiva

## **Guarda Civil Metropolitana**

Euclides Conradim

## **Secretaria Municipal da Saúde**

Darlene Dias da Silva

## **Comissão Extraordinária Permanente de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania**

Vereador Adilson Amadeu

## **Comissão Extraordinária Permanente de Saúde, Promoção Social e Trabalho**

Vereadora Noemi Nonato

## **Comissão Extraordinária Permanente da Criança e Adolescente**

Vereadora Marta Costa

## **Comissão Extraordinária Permanente de Saúde, Promoção Social e Trabalho**

Vereadora Sonia Francine Gaspar Marmo (Soninha)

## **Sociedade Santos Mártires**

Sérgio de Oliveira

**Reciclázaro**

Patricia Moura Souza

**Centro de Convivência É de Lei**

Marina dos Passos Sant'Anna

**Centro de Recuperação Humana**

José Carlos de Oliveira

**Veículos de Comunicação - Associação dos****Jornais de Bairro de São Paulo**

José Carlos Gutierrez

**Empresários do Município de São Paulo****Conselho Regional de Medicina****Conselho Regional de Psicologia**

Ana Stella Álvares Cruz

**Conselho Regional de Farmácia**

Luciane Maria Ribeiro Neto

**Ordem dos Advogados do Brasil - SP**

Oswaldo Buscatti Jr.

**Secretaria de Estado da Educação**

Nivaldo Leal dos Santos

**Secretaria de Estado da Saúde**

Luizemir Wolney Carvalho Lago

**Secretaria de Estado da Segurança Pública**

Edemur Ercílio Lucchiari

**Comunidade Acadêmica Científica (2)**

Prof. Dr. Sérgio Duailibi (UNIAD)

Prof. Dr. Vagner Lapate (NIPED)

**Conselheira Honorária**

Lucila Pizani Gonçalves



# CÂMARA TÉCNICA

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Neliana Buzi Figlie**

Professora da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas –  
UNIAD

**Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira**

Coordenador da Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas da  
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

**Dr. Mário Albanese**

Presidente da Associação de Defesa da Saúde do Fumante –  
ADESF

**Dr. Sérgio Tamai**

Diretor Técnico do CAISM da Irmandade da Santa Casa de São  
Paulo

**Dra. Lygia Silveira**

Médica da Irmandade da Santa Casa de São Paulo

**Dra. Ana Maria Sant'Anna**

Psicóloga do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e  
Drogas – GREA

**Dr. André Malbergier**

Coordenador do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool  
e Drogas – GREA

**Prof<sup>o</sup>. Pérsio Ribeiro Gomes de Deus**

Professor - Mackenzie

**Prof<sup>o</sup>. Silvio Nececkaite Sant'Anna**

Vice coordenador do Curso de Ciências Atuais FEA - PUC / SP



# EDITORIAL

Mais uma publicação do COMUDA – Conselho Municipal de Políticas Públicas de Álcool e Drogas de São Paulo! Em sua curta existência, o Conselho conseguiu lançar livros que facilitam o estudo e a compreensão do fenômeno das drogas em nosso meio:

- **“Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicoativas para Educadores e Profissionais de Saúde”** – permite uma visão panorâmica sobre as drogas, suas características e seus efeitos, além das bases da prevenção e do tratamento. Duas edições já foram lançadas com excelente acolhida pelos interessados no tema.
- **“Drogas – Onde Obter Ajuda e Orientação”** – pequeno guia que dá as coordenadas de atenção ao problema na Cidade de São Paulo. Contempla grande número de entidades de apoio ao tratamento ou à prevenção e seus propósitos e endereços.
- **“Drogas no Ambiente de Trabalho”** – esta publicação, que agora é lançada e chega às suas mãos, permitirá o desenvolvimento de trabalhos de prevenção e tratamento no ambiente corporativo; seja nas grandes empresas ou naquelas com um pequeno número de colaboradores.

O objetivo da Secretaria Municipal de Participação e Parceria em promover estas edições é o de contribuir com os técnicos que querem fazer acontecer mudanças em seu ambiente de trabalho ou de estudo ou, ainda, de lazer, mas não conseguem orientações adequadas. De forma simples e objetiva, damos os fundamentos necessários para iniciar a implantação de ações, assim como nos colocamos à disposição para assessorar na continuidade das mesmas.

A Administração Pública coerente com os princípios republicanos tem a obrigação de estar atenta aos sinais dos tempos e de suas necessidades, assim o aumento do uso indevido das drogas lícitas e ilícitas tem merecido uma especial atenção da Prefeitura. Isso, por meio do nosso Prefeito Gilberto Kassab, que além do estímulo constante às diversas atividades do COMUDA, criou a Coordenadoria de Atenção às Drogas - primeiro órgão executivo no Estado de São Paulo para cuidar do assunto das drogas de maneira integrada e direta.

Bom proveito a todos aqueles que tiverem a oportunidade de usar esta ferramenta para amenizar o impacto das substâncias psicoativas em vários problemas do nosso cotidiano.

**Ricardo Montoro**  
**Secretário Municipal de Participação e Parceria**



# PREFÁCIO

Partilhamos com o Dr. Laco uma série de questões relativas aos Programas de Prevenção do Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas em empresas.

A Dependência Química tanto por drogas lícitas ou ilícitas é uma doença e como tal deve ser tratada.

Tal fato merece ser divulgado de todas as formas possíveis aos profissionais que trabalham na área da saúde e também para leigos, pois de alguma forma estão envolvidos com o tema.

A Dependência Química é atualmente um problema de saúde pública.

As organizações, públicas ou privadas, são entes sociais. Assim, estão inseridas na sociedade e possuem em seu ambiente todo o tipo de situação que envolve as pessoas que as integram e que as tornam produtivas e competitivas.

O ambiente de trabalho também influencia no comportamento das pessoas nas relações interpessoais e, conseqüentemente, nos resultados das empresas em todos os sentidos.

As pessoas são produtos do meio em que vivem, têm emoções, sentimentos e agem de acordo com o conjunto que as cercam seja o espaço físico ou social.

Cada pessoa tem uma história de vida, uma maneira de pensar a vida e assim também o trabalho é visto de uma forma especial.

Viver em um ambiente empresarial é uma tarefa complexa, porém pode ser o espaço propício para a implantação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Pois, é sabido que investir em promoção é sete vezes mais barato que tratar e tratar custa quatro vezes menos que repor a mão de obra. Assim sendo, para o empresário, o investimento em programas de prevenção e tratamento trazem um retorno significativo, tanto do ponto de vista econômico como do ponto de vista social.

Podemos ressaltar, que a prevenção ao uso ou abuso de álcool e de drogas é uma ação de grande relevância dada à gravidade do assunto e as conseqüências para o indivíduo, a família, seu ambiente de trabalho e a sociedade como um todo.

Ainda hoje, poucas organizações promovem programas para a recuperação e tratamento de pessoas dependentes. Quando o fazem, a condução tem o tom exclusivo do serviço médico e social, que acolhem, mas não dispõem de parceiros internos, para a efetiva solução das situações.

A prevenção é o foco principal e no ambiente de trabalho deve ser dirigida ao empregado tendo como base estratégias que visem à Qualidade de Vida, à preservação das relações interpessoais, à segurança individual e à coletividade e produtividade.

O ambiente de trabalho é um lugar privilegiado para definir uma política de prevenção, pois os empregados passam na empresa a maior parte de seu tempo e é onde estabelecem os relacionamentos interpessoais que contribuem para uma identidade social e profissional.

Dr. Laco, no seu livro, mostrar a importância de Programas de Prevenção e Tratamento da Dependência Química e o mais importante ajuda a implantar programas desmistificando as velhas crenças, transmitindo informações de valor e ajudando a refletir sobre a importância de manter um ambiente de trabalho saudável.

Muitos livros foram escritos sobre a Dependência Química, porém esse servirá de guia para muitas empresas implantarem seus programas de prevenção com ações bem estruturadas e planejadas. É um grande prazer prefaciá-lo e saudar o Dr. Luiz Alberto Chaves de Oliveira (Laco) como um dos maiores especialistas da área e que tem como princípio transmitir seus conhecimentos àqueles que direta ou indiretamente trabalham com a Prevenção.

Viviann Elvira Bernabe Bayá Pinfari  
Dione Terranova Favalli

## APRESENTAÇÃO

As linhas construídas nesta apresentação estão contaminadas por diversas variáveis presentes na reflexão sobre a responsabilidade de antecipar o néctar dos deuses, qual hidromel produzido no Olimpo, espalhado no tema discutido nesta obra, vertido da fibra de seu autor.

Neste quadro, é preciso cuidar para que as cores utilizadas sejam reduzidas da impregnação afetiva do apresentante, mas suficientes para retratar um mínimo de cenário compatível com o apresentado. Daí algumas questões emergem.

Uma primeira questão nos remete ao seu criador. Magnânimo, transferiu magnitude ao seu trabalho. Grandeza acumulada em uma existência repleta de buscas, plena de esperanças e, sobretudo, recheada de amor ao próximo. Luiz Alberto Chaves de Oliveira ou LACO? Se seu nome é um poema, seu apelido o acróstico que sintetiza sua popularidade.

Apresentar o autor é tarefa agrídoce. Acre pela dificuldade de compor figura cuja expressão supera a capacidade deste signatário. Fácil, porque o autor se apresenta por si só. Sua obra é o cartão cibernético decifrador de todas as criptografias inimagináveis que ingressa em qualquer ser humano como a tranqüila brisa que se espraia na paisagem, penetrando entre as folhas da vida e penteando a vicejante vegetação do amor.

Uma segunda questão é a sua obra. Não esta. A de toda a sua existência. A sua persistência e perseverança. Insistiu no que acreditou e persistiu por diversos caminhos para ultrapassar os óbices que encontrou. Insistiu, persistiu e perseverou. Trilhou os caminhos que elegera, soube encontrar alternativas para alcançar seus objetivos e, principalmente, nunca desistiu de seus sonhos. Por isso, a sua maior obra é a sua existência.

Assistimos homens públicos descartarem experiências positivas, confundindo criador e criatura e enterrando trabalhos sérios, dignos e importantes, acreditando estarem corretos. Laco herdou o COMUDA gestado em administração de oponente partidário. Jamais permitiu a politização dos destinos dos ideais semeados naquele colegiado. Manteve os rumos programáticos da Primeira Conferência Municipal sobre Políticas Públicas sobre Drogas e entregou posição de destaque a quem lhe antecederia por

ocasião da realização da Segunda Conferência. Deu exemplo de conduta ética. Ainda é responsável direto pela criação de órgão executivo no âmbito da Prefeitura Municipal de São Paulo para coordenar as ações sobre drogas, preenchendo a lacuna até então existente no caráter programático do COMUDA.

A terceira questão é esta obra: “Drogas no ambiente de trabalho”.

O autor se propõe a oferecer um guia para a implantação de programas de identificação, abordagem e encaminhamento de casos problema. Justifica a importância do problema com judicioso uso de levantamentos de elevada credibilidade sobre o tema. Discorre sobre as implicações entre a droga e os mais diversos incidentes e acidentes de percurso de seus usuários. Quantifica vários encargos sociais contabilizados no cotidiano familiar e empresarial. Preconiza um **Programa de Prevenção e Tratamento do Abuso e Dependência do Alcool e outras Drogas** para o ambiente de trabalho. Estabelece as etapas de consecução dos objetivos de implantação do Programa. Coloca adequadamente a Família como parceira e destinatária das ações preventivas. Mostra, com acuidade, quais os principais sinais alertadores da necessidade de uma ação preventiva e como iniciá-la. Sobre a “testagem de drogas”, conseguiu permear o problema com percuciência e oferecendo as alternativas corretas de seu emprego. Trata do diagnóstico do alcoolismo e de outras substâncias e suas classificações no Código Internacional de Doenças. Na abordagem, apresenta as ferramentas para aplicação nos diferentes casos possíveis. Sugere os tipos de tratamento mais apropriados. Cumpre o que propõe.

Os anexos estão recheados de informações importantes, mas “Comentários de hoje” espelha a coerência do autor ao longo da incessante busca de realização de seu sonho de ajudar o próximo.

Se estas três questões alinhavadas puderam percorrer, em fulgurações descompromissadas, um pouco do autor, uma esmaecida miragem de sua vida e uma síntese apertada da obra que se descortina, ainda falta mencionar o texto escorreito, límpido, claro, objetivo e - principalmente - prático. Leitura fácil e agradável. Óbvio que não poderia ser diferente, afinal o livro também é um certo retrato do LACO.

São Paulo, novembro de 2008

Edemur Ercílio Luchiar



## **AGRADECIMENTOS:**

À equipe do COMUDA e da Coordenadoria de Atenção às Drogas - CDR  
que tanto ajudaram para concretizar esta edição.

Ao José Florentino dos Santos Filho – companheiro de tantas jornadas e  
que contribuiu muito para a concretização deste trabalho.

Ao Secretário Ricardo Montoro e equipe – pela oportunidade de  
trabalharmos juntos e viabilizarmos este livro.

Luiz Alberto Chaves de Oliveira (Dr.Laco)

## **DEDICO ESTE TRABALHO A:**

Meus pais – DIRCE e JOÃO – Meus melhores professores;

Minha esposa – MARY e meus filhos – LUIZ RENATO, ANA LUIZA e LUCAS,  
pela compreensão de minhas ausências e estímulo ao meu trabalho;

Meus pacientes – Pois a vida se faz no cotidiano e na troca;

Meus companheiros de trabalho – O aprendizado  
só se consegue com a solidariedade e a gratidão.

Luiz Alberto Chaves de Oliveira (Dr.Laco)



# ÍNDICE

· Importância do Problema .....	21
· Comitê Coordenador.....	27
· Papel das Chefias e da Família.....	30
· Documentação.....	32
Acompanhamento dos Casos.....	32
Testagem de Drogas.....	33
Divulgação.....	34
· Diagnóstico.....	36
· Como Abordar o Empregado Dependente.....	40
· Tratamento.....	43

## ANEXOS:

· Princípios Básicos de Prevenção do Uso de Substâncias.....	45
· O Que Não Deve Ser Feito.....	47
· Abordar e Motivar Para a Recuperação.....	47
· Alcool Também é Droga.....	51
· Alcoolismo e Família.....	53
· Fundamentos do Tratamento do Dependente Químico.....	55
· O Dilema das Vontades.....	57
· Família e Alcool.....	59
· Codependência.....	62
<b>CASE CPTM.....</b>	<b>67</b>
1. Finalidade.....	72
2. Distribuição.....	72
3. Definições.....	72
3.1. Embriaguez.....	72
3.1.1. Embriaguez Habitual.....	72
3.1.2. Embriaguez em Serviço.....	72
3.2. Programa de Prevenção e Tratamento do Abuso de Alcool e Outras Drogas.....	72
3.2.1. Tratamento Externo.....	73
3.3. Entrevista Inicial.....	73

3.4.Grupo de Apoio.....	73
3.5.Intervenção Orientada.....	73
4.Diretrizes.....	73
5.Competências.....	76
5.1.Médico do Trabalho.....	76
6.Disposições Complementares.....	76
7.Procedimentos.....	76
7.1.Empregado.....	76
7.1.1.Gerais.....	76
7.1.2.Tratamento Ambulatorial.....	77
7.1.3.Internação.....	78
7.2. Chefia Imediata do Empregado.....	78
7.3. Chefe de Departamento.....	80
7.4. Departamento de Higiene e Segurança do Trabalho – DRHS.....	80
7.4.1. Área de Psicologia.....	80
7.4.2. Área Médica.....	82
7.4.3. Área Social.....	83
<b>8. Anexos II.....</b>	<b>83</b>
8.1. Anexo I - Formulário 4146 - Termo de Adesão / Termo de Recusa.....	83
8.2. Anexo II – Formulário 4147 – Restrição Médica.....	85
8.3. Anexo III - Controle de versões.....	86
<b>SUMÁRIO CURRICULAR.....</b>	<b>94</b>
<b>BIBLIOGRAFIA USADA E RECOMENDADA.....</b>	<b>97</b>
<b>SITES SELECIONADOS.....</b>	<b>99</b>

1

## IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA



## **Importância do Problema**

O abuso e dependência de substâncias psicoativas no Brasil é um grave problema de saúde pública que atinge, de forma direta e indireta, mais de 50% da população brasileira. Estudos populacionais realizados pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Estudos sobre Drogas, a pedido da SENAD – Secretaria Nacional Anti-Drogas, em 2005, mostram que 12,3% da população apresenta dependência do álcool e ao somarmos as outras drogas teremos cerca de 15% de dependentes de drogas, excetuado o tabaco. Como estas pessoas têm na sua relação mais próxima pelo menos duas ou três pessoas (codependentes), que são profundamente afetadas pelas conseqüências desta doença teremos que mais de 50% da população é atingida pela dependência química.

### **O Uso de Drogas no Brasil - as nove drogas mais usadas**

Álcool	74,6%
Tabaco	44,0%
Maconha	8,8%
Solventes	6,1%
Benzodiazepínicos	5,6%
Orexígenos	4,1%
Estimulantes	3,2%
Cocaína	2,9%
Xaropes (codeína)	1,9%

CEBRID - II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas

População de 12 a 65 anos de idade – 2005

Cerca de 208 milhões de pessoas (4,9% da população mundial) usaram drogas ao menos uma vez nos últimos 12 meses e 26 milhões - 0,6% da população - são dependentes.

As informações constam no Relatório Mundial sobre Drogas de 2008, lançado em junho no Instituto Internacional da Paz em Nova York, pelo diretor-executivo do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), Antonio Maria Costa.

## % de dependentes

Álcool	12,3%
Tabaco	10,1%
Maconha	1,2%
Solventes	0,2%
Benzodiazepínicos	0,5%
Estimulantes	0,1%

CEBRID - II Levantamento - 2005

Segundo o relatório, os usuários de drogas ilegais representam apenas uma pequena parcela, se comparados ao álcool e ao tabaco. Cerca de 2,5 milhões de pessoas morrem anualmente em razão do consumo de álcool. Entre os fumantes, o número é de cinco milhões. As drogas ilícitas são responsáveis pelas mortes de 200 mil usuários no mesmo período de tempo.

De acordo com o documento, os mecanismos de controle nacionais e internacionais das drogas conseguiram reduzir a demanda, mas não a oferta dos narcóticos.

O Brasil é o segundo maior mercado de cocaína das Américas, com cerca de 870 mil usuários - somente atrás dos EUA - que possuem cerca de seis milhões de consumidores da droga. O consumo anual da droga passou de 0,4% da população adulta em 2001 para 0,7% em 2005. O maior número de usuários se concentra nas regiões Sudeste e Sul do país.

O Brasil também é responsável pelo maior volume de maconha apreendido na América do Sul no último ano, com 167 toneladas. A maconha produzida no Brasil é utilizada, em sua maior parte para uso doméstico e não apresenta parcela significativa entre os grandes produtores da droga na América do Sul.

No entanto, o consumo da maconha e do haxixe no país aumentou duas vezes e meia, o que reflete a expansão da oferta de derivados de *cannabis* no vizinho Paraguai.

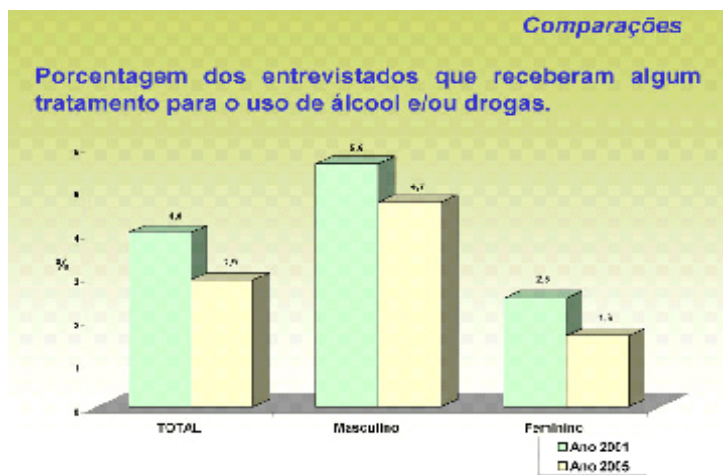
Em 2001, 1% dos brasileiros consumia a droga. Em 2005, o número chegou a 2,6%.

De acordo com pesquisas domiciliares (CEBRID 2005), o Brasil também é o maior mercado de opiáceos na América do Sul, com cerca de 600 mil

usuários - 0,5% da população adulta.

Vale observar que houve um incremento de 2001 para 2005 no uso de drogas no Brasil e seguramente continua havendo até hoje – 2008.

Paralelamente houve uma redução de obtenção de tratamento de qualquer tipo no intervalo considerado, como pode se ver no gráfico a seguir:



O impacto do uso, abuso e dependência de drogas para o conjunto da sociedade é incalculável e abrange a possibilidade de doenças e do seu agravamento, do aumento da mortalidade precoce, do incremento da violência e criminalidade (especialmente a doméstica junto às crianças e mulheres), dos acidentes de trânsito, dos acidentes de trabalho, dos distúrbios emocionais, dos conflitos familiares e sociais. Portanto, avaliar detalhadamente esta questão nos diversos ambientes é necessário e constitui o passo inicial para a adoção de políticas continuadas visando à prevenção e ao tratamento dos casos e das suas famílias.

Pode ser uma tarefa difícil identificar os abusadores e dependentes de droga no ambiente de trabalho, embora se acredite que seja relativamente fácil. Constatamos que os casos-problema costumam ser bastante conhecidos, desde que sejam aqueles mais evidentes. São aqueles casos que ainda não estão muito problemáticos, os abusadores de finais de semana, os usuários de medicamentos, tranqüilizantes ou anfetamínicos, que podem passar despercebidos, de olhares não treinados por um longo tempo. Outro risco que se corre é o diagnóstico feito por “curiosos”, a partir de informações parciais e incompletas – não podemos esquecer que “de médico, poeta e louco, todos



nós temos um pouco” e que o brasileiro segue a risca este ditado popular.

É importante salientar, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta 15% de abusadores (“problemáticos”) de drogas, excetuando o tabaco, entre adultos do sexo masculino e o problema vem crescendo entre as mulheres; os dados de várias investigações brasileiras mostram resultados similares. É no ambiente de trabalho, onde as pessoas passam 1/3 do seu dia, que a questão pode ser mais bem trabalhada. Na última década, as pesquisas mostraram que o álcool custa à sociedade americana cerca de U\$ 148 bilhões ao ano. Os gastos com saúde consomem U\$ 20 bilhões, com morte prematura U\$ 32 bilhões, criminalidade U\$ 20 bilhões. No entanto a **grande perda é a de produtividade das empresas com cerca de U\$ 70 bilhões**. Os números no Brasil devem ser menores, porém proporcionais ao tamanho da nossa economia e vêm crescendo de forma mais intensa que o da economia gerando perdas sensíveis e outras não bem dimensionadas.

#### FATOS

- **Erro cometido por funcionário da American Airlines sob efeito da maconha – custo de 19 milhões de dólares.**
- **General Motors: licenças: usuários - 40 dias; não usuários – 4,5 dias/ano.**
- **USPS – Serviço Postal dos EUA – teria economia de 105 milhões de dólares se não tivesse admitido candidatos com testes positivos.**
- **Autoridade Federal de Trânsito – EUA – benefício líquido de US\$ 1 bilhão com programa que custou 154 milhões ao longo de quatro anos.**

Podemos calcular que no ambiente de trabalho das empresas: grandes, médias e pequenas, em nosso meio devam existir **pele menos** metade dos números globais do Brasil, ou seja, 7,5 % de dependentes e outro tanto de abusadores problemáticos. Isso, deve-se ao fato de que a garantia de emprego e das condições de trabalho já exercem um papel seletivo aliado ao perfil de idade dos trabalhadores. Por outro lado, há determinadas funções nas quais os percentuais são maiores e a implantação de programas mais difíceis – citaria como mero exemplo os motoristas, especialmente de transporte de carga. Hoje, começa a haver a preocupação inclusive dos Conselhos Profissionais, em disponibilizar diagnóstico e tratamento aos seus associados – é o caso do Conselho

Regional de Medicina de São Paulo que executa esta ação já há alguns anos.

Sabemos o enorme preconceito referente a esta patologia que não é entendida como doença, mas como um desvio de conduta e falta de postura adequada frente aos problemas da vida. Esta visão deformada é fruto da ignorância compartilhada também por profissionais da área da Saúde e de outros setores. As Universidades e Faculdades não dão a atenção que a epidemiologia das drogas requer e por ser um processo crônico vai sendo “tocado” pelos portadores e suas famílias de forma não resolutive.

Para garantir uma avaliação mais segura e equilibrada, é importante que a empresa se disponha a investir na implantação de um **Programa de Prevenção e Tratamento do Abuso e Dependência do Alcool e outras Drogas** no âmbito da mesma: esses começaram a ser implantados nas empresas americanas há 40 anos e, na seqüência, deram lugar aos **Programas de Qualidade de Vida e de Assistência ao Empregado (PAE)**. Hoje, as 500 maiores corporações americanas desenvolvem estes programas para os seus empregados e familiares.

Há **vantagens organizacionais, econômicas e sociais**: melhora do ambiente de trabalho; redução de conflitos pessoais e interpessoais; diminuição do stress, do absenteísmo, dos atrasos e dos acidentes de trabalho; maior controle da saúde e das doenças dos colaboradores, maior produtividade, menor gasto com planos de saúde etc.

Lembremos que **prevenir custa sete vezes menos que tratar e recuperar** um empregado dependente de drogas, na média, **custa quatro vezes menos que repor** este trabalhador. Vários estudos apontam uma economia, de pelo menos, quatro a seis reais por real investido no desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento.

As tarefas começam por **convencer a alta direção da empresa** das vantagens (especialmente econômicas) em definir políticas e buscar experiências concretas para facilitar o trabalho inicial. Desde o início, é conveniente deixar claro o caráter de **problema de Saúde** de que se reveste a questão e desvincular os aspectos morais que, geralmente, são colocados como essenciais. Paralelamente, é necessário divulgar a ação como não punitiva. Mostrar que ela se destina à reabilitação e recuperação e com a abertura de variadas possibilidades de orientação e tratamento; que trará as vantagens citadas ao lado de um maior rigor com a segurança da Empresa e de seu produto, o que dará maior competitividade ao negócio e maior respeitabilidade junto aos clientes.

2

## COMITÊ COORDENADOR



## **Comitê Coordenador**

Os passos a serem seguidos dependerão, principalmente, do tamanho da empresa e do número de empregados, mas sempre é conveniente que exista um Comitê Coordenador responsável pela implantação e acompanhamento do processo. Esse, poderá ser formado por: profissional de RH, médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, lideranças dos empregados, representantes de associações ou sindicatos; buscando dar um caráter amplo e democrático e assim, facilitando a divulgação e possibilitando o envolvimento de todos no sucesso desta atividade. É desejável que, o Comitê receba um treinamento básico e ajude a definir as políticas necessárias à implantação, as quais devem ser claras e bastante conhecidas por todos. A divulgação ampla do Programa deve ser feita de forma profissionalizada e garantir não somente o conhecimento de todos do desenvolvimento de atividades, mas a participação efetiva nelas com real entusiasmo.

Uma consultoria especializada pode ajudar na realização desta etapa e ir corrigindo eventuais falhas de percurso. Nas pequenas e médias empresas, basta o treinamento de um ou dois empregados para colocar em ação programas amplos de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida, incluindo a questão drogas.

Uma condição favorável, que deve ser sempre considerada, é incluir o Programa de Álcool e outras Drogas no âmbito do Programa de Promoção de Saúde e de Qualidade de Vida, pois as interferências e preconceitos serão menores e os resultados; mais abrangentes.

Espera-se a oferta de um leque amplo de possibilidades que contemplem questões diretamente relacionadas à Saúde Física – como controle da hipertensão, do diabetes, do peso corporal, do nível do stress; mas também de atenção aos aspectos da vida emocional, social, intelectual, familiar, esportiva, de lazer, de desenvolvimento profissional. É interessante mostrar sempre a correlação dos diversos aspectos da vida com a garantia de maior equilíbrio e crescimento pessoal.

Conseguir a abstinência do empregado abusador de drogas não garante que a saúde: física, emocional e social do mesmo venha a acontecer, como que por encanto!

O desenvolvimento de práticas saudáveis de vida e de mudanças de estilo no cotidiano se aplicará a todos os empregados, inclusive àqueles que passaram por tratamentos de recuperação para os quadros de dependência química.

## PAPEL DAS CHEFIAS E DA FAMÍLIA



## **Papel das Chefias e da Família**

Os parceiros mais importantes em todas as etapas do Programa são as **CHEFIAS!** Eles serão os maiores identificadores de casos-problema, encaminharão para diagnóstico e orientações, facilitarão as saídas para tratamento e garantirão um ambiente acolhedor no pós-tratamento. Estas pessoas deverão receber treinamento e orientação constante, pois precisam ser convencidos das vantagens do Programa. É comum que os chefes sejam resistentes e facilitadores da continuidade de uso por “dó”, por problemas semelhantes consigo mesmo ou nas suas famílias ou, mais simplesmente, pela natural resistência a mudanças que acontecem nas corporações. Naturalmente, existe muita resistência na implantação do Programa, devido à cultura cheia de mitos e preconceitos. Chefes com o problema serão ainda mais resistentes e poderão tentar implodir a tentativa de adoção de condutas de diagnóstico e encaminhamento, outros não serão cooperativos no retorno do empregado que foi se tratar ou mesmo impedirão o processo de terapia, poderão facilitar o retorno à dependência - especialmente no caso do álcool - não visto como droga por muitos.

Lembremos, que as festas internas das empresas têm, com frequência, bebidas alcoólicas como ponto forte e o abuso de álcool pode vir a ser considerado um fator de diferencial positivo – “quem bebe muito é o Bom!”.

Outro parceiro de alta significância é a **FAMÍLIA**: além de encaminhar muitos casos e complementar dados de história clínica, os familiares deverão garantir a continuidade do tratamento. Muitas vezes, a família considera que o problema não é seu, afinal quem bebe, ou usa droga, é o “fulano” e ele é quem deve se cuidar! Não conseguem perceber o quanto estão afetados pelo conjunto de situações criadas ao longo de muitos meses ou anos de abuso de drogas com as conseqüentes alterações emocionais e sociais que a dependência acarreta. Uma patologia pouco conhecida, mas bastante freqüente é a **CODEPENDÊNCIA** – trata-se do conjunto de sinais e sintomas desenvolvidos por pessoas próximas dos dependentes químicos que chegam a negar a sua própria existência em função de viver a vida do outro. O nível de preocupação com o futuro do familiar passa a ocupar o pensamento e o cotidiano daquele que está ao lado e promove esta negação paralela. A família deve ser acompanhada de perto, se quisermos um resultado mais efetivo e duradouro do processo de recuperação. Também, se ocupar da prevenção de problemas de abuso e dependência entre os familiares é benéfico para o dia a dia da empresa; tratar os casos familiares equivale a garantir maior motivação ao trabalho, maior envolvimento com a produção e gratidão extra ao empregador.

## DOCUMENTAÇÃO



## **Documentação**

O conjunto de “atores” que participam das diversas etapas do processo de convencimento, encaminhamento e tratamento do abusador/dependente deverão buscar ter o maior número de fatos comprovadores do problema: faltas, ausências temporárias, atrasos, idas ao médico da empresa, licenças médicas, empréstimos, dívidas, distúrbios de relacionamento (tanto na empresa como fora dela), acidentes, dificuldades variadas no plano físico, emocional e social. Quando possível, estes fatos deverão ser documentados, para que a comprovação não deixe nenhuma abertura para contestação. Lembremos que o alcoolismo e a dependência de drogas é a doença da negação! A documentação dos fatos ocorridos deve ser feita com cuidado e com preservação das condições básicas da impessoalidade e da segurança das informações; logo deve ser usada para convencer o empregado, sua chefia e sua família da realidade dos fatos.

## **Acompanhamento dos Casos**

Os casos identificados e tratados deverão servir como “propaganda” das ações propostas pelo responsável e, também por isso, deve ser acompanhada por ele para dar maior garantia da continuidade saudável da recuperação. Nem de agir no sentido de prevenção de recaídas. O olhar continuado a estes empregados ajudará a identificar outros casos e possibilitar um encaminhamento facilitado com a vantagem de corrigir rapidamente pequenos “desvios de rota”.

O acompanhamento bem executado permitirá uma maior eficácia das ações, pois diminuirá o índice de recaídas além de assegurar a adoção de medidas terapêuticas preconizadas como o uso de medicamentos, a ida aos grupos de mútua ajuda, o acompanhamento psicoterápico e todo o rol de mudanças de vida que a recuperação exigirá. Este método de observação continuada dos casos oferece uma documentação detalhada favorável à certeza de que o investimento material e humano tem o seu retorno garantido para o responsável pelo Programa, para o empregado observado, para os familiares e para a Empresa.



## Testagem de Drogas

Tema bastante polêmico para alguns e totalmente resolvido para outros, é o emprego da verificação de presença de drogas, por meio da coleta de urina ou outro material biológico (sangue, saliva, fios de cabelo, etc.), de empregados. Há quem levante vários obstáculos, até legais, para impedir esta prática que hoje é utilizada por várias empresas - especialmente aquelas que possuem empregados que podem produzir acidentes envolvendo muitas pessoas: pilotos de aeronaves, motoristas de ônibus e caminhões, maquinistas de trens, responsáveis por centros de controle de tráfego aéreo ou ferroviário etc.

Inicialmente, cabe lembrar que a testagem não faz diagnóstico de abuso ou dependência! Ela somente pode nos indicar, quando positiva, que houve um uso recente. Vale também considerar as possibilidades dos exames falso negativo ou falso positivo. A utilização da testagem nos programas deve ser colocada com os devidos cuidados e com a mais ampla divulgação, inclusive já podemos conseguir resultados de diminuição de uso e abuso com a mera comunicação de que iremos realizar os testes. É mais uma ferramenta que podemos dispor no conjunto de atividades exigidas pela implantação do Programa de Prevenção e Tratamento.

Vale a atenção a alguns cuidados: realizar com material de procedência conhecida e testada; identificar com cuidado; colher duplo frasco para eventual contraprova; se for enviado, para realizar-se em outro local, garantir condições adequadas de armazenamento e transporte; deixar claro que haverá confidencialidade do resultado e este deverá servir para ajuda e não para punição; (a exceção pode acontecer quando a testagem for feita no exame admissional); procurar divulgar, com detalhes, para evitar demandas legais; tentar apoio dos sindicatos e associações de empregados para maior eficácia da medida.

As experiências que temos acompanhado de implantação desta prática têm produzido bons resultados e com muito pouca repercussão negativa no seu início. Mas isto, desde que seja bem planejada e executada, inclusive de apoio jurídico para sanar eventuais problemas de coleta, de comunicação de resultados, de adoção de medidas resultantes da testagem positiva.

## **Divulgação**

A divulgação do Programa irá ajudar, e muito, na identificação dos casos-problema; através das mais variadas formas de comunicação: jornal interno, Internet, cartazes, eventos, palestras informativas e cursos. Buscar levar a todos os empregados o caráter não punitivo e de recuperação que caracterizará o programa.

É freqüente na sociedade, uma consideração relativamente maior sobre as drogas ilícitas, especialmente cocaína e maconha, esquecendo-se das legalizadas: álcool, medicamentos psicotrópicos e tabaco. Assim, é fundamental incluir conceitos básicos para desfazer equívocos e preconceitos. Recomenda-se que as ações sejam continuadas, pois não se consegue resultados evidentes em pouco tempo de programa. Pelo menos dois anos é o que se espera para uma primeira avaliação de correção de rumos, embora deva haver um acompanhamento constante com obtenção de resultados quantitativos para adequação das atividades. Vale lembrar que o convencimento da alta direção da empresa e o conseqüente fluxo de recursos estará na dependência destes resultados.

Como consequência das ações, é provável que os gastos com assistência à saúde também diminuam e que o clima interno torne-se mais harmonioso.

# DIAGNÓSTICO



## Diagnóstico

O diagnóstico deve ser feito por profissional treinado e habilitado, preferencialmente um médico ou psicólogo ou enfermeiro. Esse, usará de critérios previamente estabelecidos e acordados pelos responsáveis pelo programa ou ainda orientados por consultoria contratada.

Uma forma simples e rápida de “*screening*” e que pode ser feita em uma primeira entrevista é o CAGE – teste validado por inúmeros trabalhos inclusive em nosso meio: baseia-se em quatro perguntas a serem formuladas no entremeio da entrevista e que com duas respostas afirmativas já permite pressupor a possibilidade de doença (embora seja quase específico para alcoolismo pode ser usado de forma mais ampla).

A sigla vem das palavras – chave em inglês: C – de cortar (cut); A – de incomodado (annoyed); G – de culpado (guilty) e E – de olhos abertos (eye opener).

### CAGE

- 1. VOCÊ TENTOU CORTAR (CUT) A QUANTIDADE DE ÁLCOOL QUE VOCÊ VINHA USANDO?**
- 2. VOCÊ SE SENTE INCOMODADO (ANNOYED) QUANDO FALAM SOBRE SUA FORMA DE BEBER?**
- 3. VOCÊ SE SENTE CULPADO COM AS CONSEQUÊNCIAS DO SEU BEBER?**
- 4. VOCÊ JÁ TEVE QUE BEBER PELA MANHÃ PARA AFASTAR O NERVOSISMO OU A RESSACA?**

Iremos apresentar no exemplo de Programa de Empresa - CPTM- Companhia Paulista de Trens Metropolitanos um modelo de questionário que coloca este teste entremeado em entrevista e que poderá servir de base ao trabalho de sua empresa!

Lembre-se, que o real diagnóstico deve usar critérios mais específicos e para isso costumamos usar CID- 10 – Código Internacional de Doenças da Organização mundial de Saúde - na sua 10ª versão ou o DSM IV – da Associação Americana de Psiquiatria:

## **CID – 10 – Critérios Diagnósticos**

**O diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes critérios são experimentados ou manifestados durante o ano anterior:**

**1 – Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância;**

**2 – Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de uso;**

**3 – Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;**

**4 – Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;**

**5 – Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se dos seus efeitos;**

**6 – Persistência no uso da substância, a despeito de clara evidência de conseqüências manifestamente nocivas, tais como: dano ao fígado por consumo excessivo de substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga: deve-se procurar determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.**

## **Crítérios do DSM-IV para Dependência de Substâncias**

Um padrão de uso disfuncional de uma substância, resulta num comprometimento ou desconforto clinicamente significativo manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas ocorrido durante qualquer tempo num período de 12 meses:

1-Tolerância:Definida por um dos seguintes critérios:

a) Necessidade de quantidades nitidamente aumentadas da substância para atingir intoxicação ou o efeito desejado;

b) Efeito nitidamente diminuído com o uso contínuo da mesma quantidade de substância;

2-Abstinência:Manifestada por um dos seguintes critérios:

a) Síndrome de abstinência característica da substância;

b) A mesma substância (ou outra bastante parecida) é usada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

3-A substância é freqüentemente usada em grandes quantidades ou por período maior do que o intencionado;

4-Um desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância;

5-Grandes períodos de tempo utilizados em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se dos seus efeitos;

6-Reduzir ou abandonar atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais, por causa do uso da substância;

7-Uso continuado da substância, apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pela substância.

## COMO ABORDAR O FUNCIONÁRIO DEPENDENTE



## **Como Abordar o Funcionário Dependente**

O encaminhamento dos casos-problema é feito especialmente pelas chefias – que foram devidamente treinadas e sensibilizadas para desenvolver este papel; pelas famílias – que conheceram o programa por meio da divulgação cuidadosa propiciada pelo Comitê responsável; pelos amigos – que conhecem as diretrizes políticas de não punibilidade e as vantagens que o tratamento possibilitará e, mais raramente, pelo próprio empregado dependente.

O Comitê (ou o responsável) deve dispor de local, conhecido por todos, porém que garanta a confidencialidade do atendimento: a sala do Serviço Social ou de algum setor do RH ou, ainda, o consultório médico. Este local serve para receber os encaminhamentos, realizar a primeira conversa, orientar ou encaminhar para diagnóstico com pessoa habilitada. Um protocolo, previamente elaborado pelo Comitê, deve servir de orientação para conduzir a entrevista de maneira serena e segura. As perguntas não devem conduzir a um diagnóstico apressado, mas conseguir apontar as principais dificuldades vividas pelo empregado e a correlação direta com o uso/abuso da droga. O entrevistador deve ser um profissional habilitado e treinado para o papel, pode ser um psicólogo, médico, assistente social ou analista de RH. O caráter não punitivo do programa precisa ser enfatizado, assim como abrir a possibilidade de várias formas de tratamento: Grupos de Mútua Ajuda – AA (Alcoólicos Anônimos), NA (Narcóticos Anônimos), e os dirigidos a familiares: Amor Exigente, ALANON e NARANON; ambulatorial – com médicos e psicólogos; deixando como última opção as instâncias de internação. Esta primeira entrevista deve buscar conquistar o empregado para o programa e não o afugentar, pois pode ser necessário um longo período de tempo para que outro contato possa acontecer com aqueles que se amedrontam com esta abordagem inicial.

Uma segunda entrevista pode ser feita com a presença de um familiar, ou o chefe ou ainda um amigo. Nesta etapa, vai se buscar esclarecer o tipo de tratamento, a duração, o eventual custo para o empregado, o quanto a empresa investirá, a reafirmação da confidencialidade e do sentido de recuperação que se espera acontecer. Em 80% dos casos, o tratamento ambulatorial é suficiente para o início do processo de recuperação sendo que - em alguns casos - basta uma orientação firme e segura para que isto aconteça. A internação em hospitais ou clínicas especializadas é reservada para os casos mais graves ou quando o ambulatorial não foi suficiente. A maioria das empresas costuma bancar o primeiro tratamento de forma total e parcialmente



caso seja necessário um segundo ou mesmo um terceiro. O empregado deve assumir uma parcela dos custos quando ocorrer recaídas, pois assim valorizará mais aquilo que está sendo feito.

A concordância com o encaminhamento é passo decisivo no sucesso da perspectiva de recuperação. Os fundamentos essenciais do tratamento são: a **VONTADE** – mesmo que fruto da pressão, da dor e do medo de perder algo valioso – o emprego, por exemplo; o **APOIO** – da empresa, da chefia, dos amigos, dos familiares e dos profissionais responsáveis e a **MUDANÇA** – conjunto de ações destinadas a garantir novos valores, novos hábitos de vida e novas práticas que garantirão a eficácia do processo e a prevenção de recaídas. O acompanhamento continuado do empregado e de seus familiares é condição necessária para uma maior eficácia do processo.

Há casos mais complicados que deverão exigir mais argumentos do entrevistador, maior pressão da chefia, participação da família e dos amigos; tudo isso, de uma forma organizada e conduzida por profissional com experiência nestas situações. Podemos pensar em três situações-limite:

- **Confronto:** quando a negação é muito forte, pode ser necessário preparar uma documentação de problemas que não deixem brechas nas argumentações do entrevistador. E é desejável que existam testemunhas, previamente treinadas para reforçar as afirmações ou colocar outras. A chefia e os familiares devem desempenhar este papel. A “ameaça” concreta de perda do emprego ou de uma separação familiar pode ser utilizada. O cuidado deve ser com a verdade – ameaças não cumpridas representam um agravamento das relações de falsidade que costumam caracterizar a história dos dependentes químicos.
- **Intervenção Orientada** – é uma sofisticação do procedimento anterior e deve ter ajuda de especialista. O preparo inclui a documentação já referida, cartas dirigidas ao dependente para o sensibilizar e desmontar suas defesas, ambiente preparado para não permitir a saída dele antes de definir o encaminhamento e a presença de todos os personagens de maior importância na vida do mesmo.
- **Internação Compulsória** – é a última cartada! Quando tudo o mais não foi suficiente poderemos pensar em internação em locais especializados e que não permitam a saída antes de um período mínimo necessário para desintoxicação. Este recurso é usado, quando há risco

de vida para o dependente ou para os seus familiares mais próximos. O resultado é incerto e deve ser orientado para o prosseguimento em local aberto e voluntário.

# TRATAMENTO



## Tratamento

Existem muitas maneiras de bem tratar o dependente químico e seus familiares, mas alguns critérios são indicados no trabalho orientado dentro da empresa ou instituição:

- O ambulatorial deve ser a opção preferencial por inúmeras razões – é mais barato, não tira o empregado do seu cotidiano, permite que o paciente vá reavaliando junto com os familiares e chefia o desenvolvimento do processo de recuperação, garante uma eficácia boa para a maioria dos casos. Calculamos que de 70 a 80 % dos casos conseguem entrar em processo continuado de reabilitação somente com atenção ambulatorial;
- O regime de internação deve ser considerado para os pacientes que não conseguem manter abstinência após várias tentativas ou estão muito intoxicados e precisam de apoio médico especializado ou - ainda - aqueles resistentes à abordagem e que estão colocando em risco a si ou a alguma pessoa próxima;
- A abstinência é um dos parâmetros importantes de avaliação, mas não deve ser o único! O conjunto de condições de vida é tão importante quanto à interrupção do uso da substância;
- Devemos prestar atenção às chamadas comorbidades: patologias clínicas ou psiquiátricas que acompanham a doença principal – no caso da dependência química, lembrar da hipertensão geradora de muitos casos de derrame cerebral (AVC – Acidente Vascular Cerebral); *Diabetes mellitus* – ou simplesmente Diabete; nos problemas pulmonares – especialmente quando há tabagismo associado (o que é muito comum), nos vários tipos de câncer que acometem estes pacientes: de vias aéreas e digestivas altas, de fígado, de pâncreas; da falta de vitaminas – especialmente daquelas do Complexo B; da desnutrição associada; das gastroenteropatias;
- No terreno da Psiquiatria temos condições que merecerão atenção ou acompanhamento de terapia medicamentosa associada: depressão – a imensa maioria tem quadros depressivos significativos, porém geral-

mente resolvíveis com a abstinência, já que são reativos ao abuso das substâncias; psicoses – esquizofrenias, distúrbios bipolares não são raros e carecem de diagnóstico e atenção especializados; transtornos obsessivos compulsivos são mais comuns e podem alterar o desenvolvimento da recuperação; transtorno do déficit de atenção pode ser condição predisponente e mantida no processo de reabilitação e consequentemente acompanhada e tratada. Este alerta sobre vários quadros se destina a manter a lembrança da complexidade da dependência de drogas e da necessidade do acompanhamento em longo prazo que os casos requerem. É óbvio que neste trabalho não temos a pretensão de esgotar o assunto, mas de despertar o interesse para a obtenção de melhores resultados;

- O hospital geral é indicado para os casos de desintoxicação e deve haver um aproveitamento deste período para iniciar um processo de convencimento para a continuidade de tratamento. Neste momento, o paciente estará mais sensível à abordagem;
- Os hospitais psiquiátricos não costumam ser exemplares na atenção aos dependentes químicos e geralmente apresentam índices muito baixos de eficácia de tratamento. Somos favoráveis ao encaminhamento a clínicas especializadas que busquem trabalhar o paciente e seus familiares de uma forma mais abrangente como a doença requer, ou seja, com atenção BIO – PSICO – SOCIAL. Há várias instâncias que usam recursos terapêuticos balizados em evidências científicas com a terapia cognitiva comportamental ou entrevista motivacional ou, ainda, a terapia familiar sistêmica aliada ao Programa dos Doze Passos e que conseguem resultados muito mais expressivos e duradouros;
- O acompanhamento deve ser de longo prazo e as tarefas de ressocialização e de mudanças de vida são tão fundamentais quanto à atenção aos quadros agudos. A atenção familiar deve sempre estar associada ao trabalho junto ao dependente em recuperação, pois assim se garante melhor o resultado do trabalho.

## ANEXOS

### Princípios Básicos de Prevenção do Uso de Substâncias

#### Programas de Prevenção:

- Devem ser planejados para facilitar os fatores de proteção e reverter ou reduzir os fatores de risco conhecidos;
- Deve-se dirigir a todas as formas de abuso de drogas(incluindo álcool, tabaco, maconha e solventes);
- Devem promover habilidades sociais, além de atitudes contrárias às drogas;
- Quando dirigidos ao público adolescente, devem incluir métodos interativos (como discussões em grupo), ao invés de técnicas didáticas convencionais (como palestras) isoladamente. Devem incluir os pais ou responsáveis;
- Devem ser de longo prazo;
- Quando dirigidos à família, têm maior impacto do que estratégias voltadas aos pais ou jovens isoladamente;
- Devem fortalecer as normas sociais contra o uso de drogas em diversos contextos, tais como a família, a escola e a comunidade;
- Devem ser adaptados para atender à natureza específica do problema com drogas da comunidade local;
- Devem ser mais intensivos se os riscos para uso de substâncias forem mais elevados;
- Devem ser específicos para as diferentes idades e culturas.

*Fonte: Slobda & David, 1997 – de Nicastri & Paula Ramos, 2001.*

## **O Que Não Deve Ser Feito**

- Fechar os olhos para o problema – NEGAÇÃO;
- Facilitar o uso/abuso – FACILITAÇÃO;
- Banalizar a situação – MINIMIZAÇÃO;
- Bancar o Herói – ONIPOTÊNCIA;
- Dramatizar o quadro – IMPOTÊNCIA;
- Buscar soluções mágicas – FANTASIA;
- Não participar da solução – OMISSÃO.

### **Organização Mundial de Saúde**

#### **ATTITUDES SAUDÁVEIS**

- INFORMAÇÃO DE QUALIDADE
- BOA SAÚDE
- QUALIDADE DE VIDA SATISFATÓRIA
- BOA INTEGRAÇÃO- FAMÍLIA E SOCIEDADE
- DIFÍCIL ACESSO ÀS DROGAS

#### **ATTITUDES PATOLÓGICAS**

- INFORMAÇÕES INADEQUADAS
- SAÚDE DEFICIENTE
- INSATISFAÇÃO COM QUALIDADE DE VIDA
- DISFUNÇÃO FAMILIAR E /OU SOCIAL
- ACESSO FACILITADO ÀS DROGAS

### **Artigos complementares**

#### **Abordar e motivar para a recuperação**

Quando alguém não identificado com a questão da dependência de álcool e outras drogas começa a conversar comigo sobre este assunto, a primeira pergunta costuma ser sobre a dificuldade de abordar o assunto com o dependente e o quanto são eficazes os tratamentos. É exatamente isto o

que mais preocupa os especialistas na matéria. Infelizmente, sabemos que a grande maioria dos dependentes morrerá, nos próximos anos, sem saber que é portador de uma doença passível de tratamento e que permite a recuperação, total ou parcial, de todas as conseqüências da mesma. Hoje, parece ser quase unânime entre os profissionais envolvidos na recuperação destes pacientes que o tratamento só será efetivo a médio e longo prazo se houver uma MUDANÇA DE VIDA – profunda e consciente; da mesma forma, através dos exemplos de recuperação, torna-se mais fácil (ou menos difícil) atrair novos pacientes para o início do tratamento.

Os Alcoólicos Anônimos (AA) constituem um precioso instrumento neste processo, pois há facilidades em abordar o problema por quem já passou por ele. O exemplo de bom resultado pode ser atrativo, além do fato de que nos grupos nada é obrigatório de ser feito: tudo é sugerido. Nada pior para um dependente químico que, o obriga a tomar atitudes contrárias à sua vontade e determinação. Esta irmandade, sem fins comerciais ou lucrativos, vive das contribuições dos seus próprios membros e tem seus princípios baseados em um conjunto de posturas que podem ser resumidas nos DOZE PASSOS, nos quais a palavra *álcool* só é mencionada no Primeiro Passo e o propósito primordial não se esgota na abstinência. Mas aponta na necessidade de empreender mudanças no cotidiano e nas crenças, para que exista recuperação feliz e conseqüente; os outros Passos remetem a uma profunda mudança de valores de vida – na espiritualidade.

Existem muitos “*pré-conceitos*” na sociedade leiga e entre os profissionais em relação a estes grupos anônimos de mútua ajuda:

*“Colocam em um Poder Superior a resolução das suas dificuldades pessoais”;*

*“São um bando de fanáticos que querem corrigir o mundo e os outros”;*

*“Não há nenhuma base científica para podermos avaliar os seus resultados”;*

*“É um processo de lavagem cerebral”;*

*“Trocam a dependência do álcool pela da associação” e outras mais...*

É preciso reconhecer e corrigir estes enganos, através de uma ampla divulgação com total utilização das diversas mídias – rádio, televisão, jornais, revistas, etc. – divulgando os Alcoólicos Anônimos (AA) e outros grupos similares, mostrando a realidade do que é feito por eles: é um programa de fundamento espiritual, não religioso; contribui para o crescimento espiritual e emocional das pessoas proporcionando mudanças necessárias à manutenção da abstinência e conseqüente recuperação. Não tem a pretensão de ser uma forma de tratamento, mas sim a de ser colaborador das diversas modalidades de terapia; sabe que aqueles princípios deram certo para eles e



que podem ser úteis para outros - mas não para todos - enfim não se julgam donos de qualquer verdade absoluta.

No Brasil, não há registro de pesquisas ou estudos que mostrem como é a realidade dos grupos e de seus membros. Identificamos, em revistas técnicas especializadas, alguns resultados do AA nos EUA e no Canadá, esses permitem um melhor entendimento e levam a uma possibilidade de atração real facilitando a abordagem e a motivação para o tratamento.

Vamos conhecer alguns dados, de diversos períodos, para efetuarmos uma reflexão mais consistente:

1. A desistência daqueles que procuram os grupos é alta nos primeiros três meses; após seis meses ocorre uma estabilização em torno dos 6% - esses são os que ficam!

2. Cerca de 41% dos que apresentavam menos de um ano de sobriedade continuavam na Irmandade no ano seguinte; com menos de cinco anos a continuidade se elevava para 83% e naqueles com mais de cinco anos, 91% permaneciam no ano seguinte. Estes números podem ser analisados sob a óptica da eficácia ou da aderência a uma forma de “tratamento” que leva a um encontro de “iguais”;

3. Há uma grande variabilidade de profissões, mas 35,7% dos membros eram gerentes, administradores ou técnicos de nível médio ou superior; 5,5% eram padres ou pastores e somente 6,7% estavam desempregados;

4. Em 1968, as mulheres constituíam 22% do total de afiliados; em 1989 cresceram para 35%. Isto corresponde a uma razão aproximada de 2 homens para cada mulher. No mesmo período, estudos epidemiológicos indicavam uma relação de 5,2 homens para uma mulher alcoólica na população americana em geral. Sem conhecermos os números brasileiros pode-se afirmar que nos EUA e no Canadá há uma maior aderência das mulheres do que aqui!

5. Também para os jovens, a atração tem aumentado: em 1968, os menores de trinta e um anos eram 7,1%; em 1989 passaram a constituir 22% dos seus membros. Vale a pena lembrar que 40% dos alcoólicos apresentam seus primeiros sintomas entre os quinze e dezenove anos;

6. Os dependentes de outras drogas, além do álcool (excluindo o taba-

co), passaram de 18% em 1977 para 46% em 1989. Este aumento é sugestivo de que o monodependente - não é um macaco que apresenta esta doença! – aquele que apresenta dependência de uma só droga – acabará sendo uma raridade absoluta;

7. A maioria das pessoas entra no Programa por meio do contato com outros membros(Comitês do Décimo Segundo Passo); porém houve queda nesta forma de abordagem: de 44% em 1977 para 34% em 1989. Os centros de tratamento e os conselheiros em dependência química respondem por 40% dos encaminhamentos , enquanto que em 1977 eram responsáveis por 19% deles. Outras formas de encaminhamento também sofreram redução: a família – de 22% para 19%; os médicos – de 10 para 7% e os que vão por conta própria – de 33% para 27%;

8. Os profissionais de saúde devem ser os primeiros a indicar a busca de solução no Grupos Anônimos pois em 1980 cerca de 40% dos dependentes que freqüentavam os grupos procuravam ajuda especializada concomitante; em 1989 este percentual sobe para 60%. Em 1935, um médico e um corretor da Bolsa de Valores de Nova Iorque fizeram a primeira reunião da história de Alcoólicos Anônimos e parece que esta amizade continua!

9. O aparente único conflito acontece, quando medicações que podem produzir dependência, como os benzodiazepínicos e os opiáceos, são prescritas. Este conflito pode até colaborar para que este tipo de medicamento seja dado com mais cuidado a todas as pessoas!

É sempre interessante conhecer estas alternativas oriundas da própria sociedade, para aumentar as possibilidades de sucesso frente a uma doença tão complexa nas suas causas e conseqüências.

## Álcool também é droga

A dependência psíquica e física de drogas psicoativas é, sem dúvida, um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Esta importância está relacionada à questão do dependente e seus problemas físicos e mentais e, principalmente, aos agravos sociais, profissionais e familiares que a dependência química acarreta.

A primeira idéia que se faz do uso e abuso de drogas se relaciona com aquelas ditas ilícitas: maconha, cocaína, LSD etc. , esquecendo-se de que o problema maior reside em outras substâncias que respondem por um número muito superior de dependentes e proporcionam prejuízos bem mais sérios, tanto em nível individual como social.

É o caso dos medicamentos que podem gerar dependência a pessoas predispostas, como benzodiazepínicos e codeínicos; drogas de uso como os voláteis (cola de sapateiro, lança-perfume etc.) e as bebidas alcoólicas.

O álcool é responsável pela maioria das internações psiquiátricas e por um número também alto de atendimentos e internações por patologias gerais.

Estatísticas nacionais e mundiais colocam a dependência ao alcoolismo como a terceira colocada na mortalidade de adultos – perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e o câncer - e também como maior responsável pelos acidentes de trabalho e de trânsito (urbano e rodoviário).

A dependência do álcool é geradora do maior percentual de crimes violentos e agressões sexuais – principalmente contra menores.

Outro dado que ressalta é que, 5,4% do PIB (Produto Interno Bruto) são gastos com tratamentos hospitalares e ambulatoriais, licenças médicas, faltas e aposentadorias devidas ao alcoolismo, enquanto a indústria de bebidas alcoólicas contribui com 2,5% do mesmo PIB, pelo seu faturamento bruto. Nestes cálculos, não entram a queda de produtividade e o custo social indireto, o que elevaria ainda mais a diferença.

Todas estas questões merecem ponderação ao se elaborar uma política específica relacionada às drogas, especialmente os seguintes pontos:

- 1) O controle e a repressão ao uso e tráfico sempre devem ser acompanhadas de medidas de prevenção ao abuso;

- 2) Nos aspectos educativos, a questão do prazer proporcionado pelas drogas necessita ser bem ressaltada para que não fique centrada numa possível fuga à realidade a busca das substâncias psicoativas;

- 3) O tratamento dos dependentes não pode parar na desintoxicação nem ser descontínuo. A garantia maior da eficácia do processo está no acom-

panhamento e abordagem terapêutica dos familiares;

4) O aproveitamento dos recursos da comunidade, em especial os grupos anônimos de mútua ajuda, deve sempre acontecer;

5) A questão é de interesse e responsabilidade da sociedade como um todo e não simplesmente de um segmento social, de um partido ou de um grupo de especialistas, principalmente quando se busca uma sociedade mais moderna, fraterna e, também, menos agressiva;

*Artigo publicado no jornal FOLHA DE SÃO PAULO, em 26 de Novembro de 1990.*

### Comentários de hoje - referente ao artigo da Folha de São Paulo, Setembro de 2008

Reafirmo minhas idéias de 18 anos atrás; talvez valesse a pena detalhar algumas questões, mas penso que o espaço que me era destinado não permitiria alongar o conteúdo: explicar o que são os benzodiazepínicos – tranqüilizantes bastante usados para induzir o sono, também como antidepressivos e ansiolíticos; os codeínicos – usados para alívio de tosse e dor. Acrescentaria, que considero o abuso de álcool como um dos maiores responsáveis pelo incremento da violência e da criminalidade – especialmente os homicídios - nos grandes centros urbanos. É provável, que o alcoolismo não seja mais a principal causa de internações psiquiátricas, mas continua tendo um papel relevante nessas. Insistiria que as medidas de prevenção e tratamento devem ser muito precoces, para que gerações não se percam na guerra inútil (será que existe alguma guerra útil?) do cotidiano vazio de propostas e significados que observamos nas metrópoles brasileiras. O interessante é, que este pequeno artigo acabou sendo reproduzido em vários outros jornais e revistas apontando a pertinência do seu conteúdo e, infelizmente, o desconhecimento grande - do público leigo, de noções básicas sobre esta grave questão de Saúde Pública.

É lamentável observar o quão pouco as políticas públicas avançaram em nossas plagas e o quanto é importante o desenvolvimento de ações junto a públicos especiais e à população em geral, para a possibilidade de minimizar este grave problema - o alcoolismo.

## Alcoolismo e Família

Será o alcoolismo uma doença genética?

Tenho feito muitas palestras em grupos de mútua ajuda, escolas, igrejas, empresas e para outros públicos das mais variadas idades, condições sociais e econômicas e uma pergunta que sempre surge baseia-se na possibilidade dos filhos dos alcoólatras virem a ser dependentes do álcool também.

Muitas pesquisas epidemiológicas têm mostrado que, em famílias, nas quais existe um caso de alcoolismo, a chance dos filhos virem a se tornar portadores desta doença é de 3 a 5 vezes maior que na população em geral. A explicação para esta incidência muito aumentada deve ser buscada em dois pontos fundamentais: a hereditariedade e o conjunto amplo de fatores ambientais que interferem com a instalação e desenvolvimento desta grave questão social.

Não podemos afirmar que o alcoolismo é uma doença geneticamente determinada, embora existam evidências significativas de uma herança, de uma predisposição para a vulnerabilidade ao desenvolvimento de dependência: as vantagens, os benefícios que são garantidos pelo uso do álcool são determinados por um conjunto de fatores de absorção e transformação do álcool e também por uma capacidade maior de tolerância. Quanto maiores os benefícios e a tolerância, maior será a probabilidade de desenvolvimento de uma relação de necessidade com as bebidas alcoólicas e estes dois fatores são biologicamente determinados. Então, a presença de um ou mais alcoólatras na linhagem familiar serão importantes para explicar o desenvolvimento da doença em um de seus membros.

Quando termino esta explicação sempre surge alguém dizendo:

“Doutor, eu sou alcoólatra e não tem mais ninguém na minha família que tenha este problema! Como o senhor pode explicar esta questão?”

Digo que ele não conhece toda a sua ascendência para poder afirmar que não existiu nenhum outro alcoolista em sua família, que alguém poderia ter herdado esta predisposição e não ter havido a manifestação de doença por falta de condições ambientais.

Imaginem alguém com alta predisposição genética para desenvolver alcoolismo nascendo em uma nação de hábitos culturais, religiosos e, até mesmo com dispositivos legais, de proibição absoluta de uso do álcool. Mesmo com a alta vulnerabilidade, não haverá o surgimento da doença, pois não deverá haver USO! Sem o uso continuado e crescente, não deverá ocorrer o desenvolvimento da dependência!

O conjunto de fatores ambientais que contribuem para que exista uso, continuidade deste aumento das possibilidades de abusos tolerados ou até incentivados podem explicar o surgimento da doença mesmo em casos sem evidências de herança familiar. Queremos destacar que o uso de álcool é um comportamento aprendido e as pessoas vivendo em um ambiente facilitador – acesso fácil, preço baixo, momentos estimulantes de uso, companhias que gostem do consumo, cultura não repressora do uso e abuso, leis frágeis ou inexistentes, crenças firmadas de que “comigo vai ser diferente”, “eu sou mais eu”, “não deixarei o álcool me dominar” e outras do mesmo estilo - vão estar mais propensas à instalação lenta e gradativa do processo de dependência.

É interessante notar, que um dos mitos mais importantes que cercam esta doença está relacionado as suas causas remotas e não perceptíveis: a maioria das pessoas acha que o alcoólatra desenvolveu aquele quadro por ter PROBLEMAS e não conseguir resolvê-los; consideram que ele tem uma fragilidade de personalidade que faz com que ele não saiba beber, que ele não detenha o controle!

Quando vamos analisar a história de vida daquele bebedor problema, percebemos que - no início de uso - não havia problemas significativos que pudessem justificadores do descontrole futuro. Na imensa maioria dos casos, o começo é alegre, gostoso, realizado no ambiente familiar, não problemático! Os problemas surgem depois, já como resultado dos abusos e da dependência.

Em outras palavras:

O ÁLCOOL É QUE CAUSA PROBLEMAS!

E não:

PROBLEMAS LEVAM AO ÁLCOOL!

Há um momento em que estas duas verdades se confundem na história e não sabemos mais o que começou antes – se o uso e abuso continuado ou se os problemas cotidianos; mas a análise que fazemos, em um número maior de casos, mostra a primeira condição como explicação.

Enfim, devemos conhecer a história das pessoas para podermos avaliar a possível origem do alcoolismo e avaliar a importância dos fatores genéticos e ambientais na determinação da dependência. Vale estar atento a maior probabilidade de dependências variadas, não só de álcool, nos filhos de alcoólatras e iniciar um trabalho SERENO, precoce e constante de prevenção para conseguir diminuir esta possibilidade.

## Fundamentos do Tratamento do Dependente Químico

Há muitas polêmicas sobre como conseguir que um dependente de álcool e outras drogas inicie um tratamento, assim como, este deve ser conduzido: com ou sem remédios, internado ou em ambulatório, tempo longo ou curto etc. Sem buscar os detalhamentos consideramos que existem três fundamentos essenciais que sempre devem ser seguidos para garantir eficácia na abordagem terapêutica: a vontade, o apoio e os fenômenos de mudança.

### VONTADE

É comum ouvirmos dizer que alguém não consegue parar de beber ou de usar drogas, pois “não tem força de vontade”, essa é uma meia-verdade!

Não basta que o dependente tenha vontade, pois ele oscilará, sempre, entre o querer parar e o querer usar - esta é uma condição inerente à própria dependência. Entretanto, a vontade é essencial para o início da abordagem do problema com uma conseqüente parada de uso e visualização das principais conseqüências do abuso de drogas.

Esta vontade deverá ser induzida pelas pessoas mais próximas e importantes do paciente: familiares, amigos, companheiros de trabalho, profissionais etc; esta indução poderá ser feita explorando as dores resultantes das conseqüências do abuso, diminuindo ao máximo as facilidades de uso, dizendo as verdades nos momentos adequados, com serenidade, sem raivas ou ressentimentos, permitindo que o dependente “caia na real” e se defronte consigo mesmo. Para conseguir sucesso é importante que sejam conhecidas as características da doença e da dinâmica evolutiva do dependente. Isso pode se obter com profissionais especializados ou nos grupos de mútua ajuda. Todos os que cercam o dependente precisam tornar-se *expert* em dependência química para conseguir a mobilização necessária.

### APOIO

Existindo um “fiapo” de vontade passa a ser fundamental um apoio adequado para impedir que ela vá embora e seja substituída por novo uso de droga. Novamente, os amigos e familiares se colocam como os mobilizadores de um local, para que se efetue o tratamento. Esta escolha é muito importante, pois se houverem erros poderemos demorar muito tempo para conseguir um novo momento de encaminhamento. A seleção do ambiente de terapia e

dos profissionais que irão atuar deve ser criteriosa, cuidadosa e pouco ansiosa; afinal é a vida de alguém muito importante que está em jogo!

Os apoios afetivos, profissionais e sociais têm de ser continuados, já que o tratamento é longo e demandará muitas modificações no cotidiano das pessoas que participam desta tarefa.

## **MUDANÇA**

Todo processo se inicia, **obrigatoriamente**, pela **abstinência**, mas não se encerra nela, pois a partir dela é que o dependente químico poderá começar a entender o seu passado e as circunstâncias que determinaram os acontecimentos.

Começa agora a mudança que possibilitará uma NOVA VIDA.

Importa saber que novos valores deverão ser incorporados assim como os antigos valores poderão ser revitalizados. Não basta uma mudança externa (ambiental ou geográfica).

Os familiares participam deste processo, pois esta mudança mexe profundamente com tudo e todos. Vale a pena explorar as conseqüências do tratamento para garantir não simplesmente a manutenção da abstinência, mas a conquista da sobriedade. Muitos consideram que basta internar o dependente ou colocá-lo nas mãos dos melhores profissionais para conseguir estas mudanças necessárias. Porém, não basta jogar o problema para outros sem participar profundamente de todos os passos, a fim de conquistar a meta dos momentos de felicidade.



## O Dilema das Vontades

“Você havia me dito que conhecia uma pessoa, a qual poderia me ajudar, não é? Eu quero falar com ela, pois preciso parar de beber e tentando sozinho eu sinto que não vou conseguir”.

Estas palavras já foram ansiosamente esperadas por muitas pessoas que convivem com um dependente do álcool, algumas conseguiram, outras se lastimam e acham que nunca conseguirão. É preciso entender, que o movimento da vontade e da aceitação, o Primeiro Passo - depende de muito trabalho, honestidade e de muito boa orientação.

Todo dependente passa por inúmeros momentos de vontade de voltar a ter controle de sua vida, em especial de conseguir beber(ou de usar droga) sem ter problemas devido ao uso e eventuais abusos. Quer parar de sofrer, quer lembrar-se de tudo o que fez na noite anterior, não perder a serenidade por pouca coisa, deixar de discutir e brigar por qualquer assunto, manter a calma sem estar ansioso e suando ao realizar algum ato um pouco mais solene, comunicar-se e se alegrar com pouca bebida ou até sem nenhuma, não tremer em determinadas circunstâncias.

Como se fosse um pêndulo que oscila entre duas opções: a vontade de beber pouco, parar de abusar ou de ter problemas se alterna com a vontade de beber e ser feliz, sentir-se relaxado e sem angústias, curtir a vida numa boa! Trágico dilema!

Geralmente, o desejo de beber vence a luta das opções, pois é mais forte e duradouro, não permitindo qualquer abordagem que motive o dependente a entender este dilema e aceitar ajuda para se livrar daquela prisão mal percebida. Isto, porque foi construída com alegria, felicidade, bem-estar e intensa euforia – determinada pelo efeito da droga, ao longo de muito tempo de uso.

Admitir a impotência frente ao álcool é também admitir que razão maior do relaxamento e da euforia terá que ser deixada de lado; terá que abandonar o elixir da felicidade. Fica muito difícil deixar aquela velha amiga e companheira que o ajudou a enfrentar crises reais e imaginárias, permitiu a abertura de um mundo de fantasia e fascinação dentro daquela realidade triste, vazia, sem sentido e até agressiva. A proposta da abstinência costuma ser muito difícil de ser aceita. Sendo geradora da fuga de qualquer tipo de aconselhamento ou de ações reativas e agressivas a qualquer tipo de ajuda que toque naquela questão delicada de enfrentar o dilema entre as duas vontades de parar de usar (e talvez ser feliz) ou de continuar usando e atingir aqueles momentos já conhecidos de euforia e relaxamento.

Todos têm uma tendência a ficar com aquelas atitudes já conhecidas, de continuar andando no caminho já percorrido, pois, provavelmente, não teremos grandes surpresas desagradáveis, não teremos que começar de novo reaprendendo a viver. O dependente alcoólico tem motivo forte para acreditar que ainda consegue controlar os usos e abusos, assim como o domínio sobre sua vida e a daqueles que o cercam, até como característica da evolução da doença.

As pressões externas dos amigos, da família, de profissionais, da empresa, ao lado das internas: medo de sofrer, de ficar louco, de não saber mais quem é ou o que fez, a vontade de morrer ou ainda de matar o sofrimento é que fazem com que a vontade de parar fique muito forte, possibilitando aceitar ajuda para efetuar as ações que não consegue fazer sozinho. Entender a necessidade de efetuar promessas ou ameaças que não serão cumpridas é tarefa primordial dos familiares e amigos do dependente e também dos profissionais que lidam com a questão. Apoiar e motivar a vontade de ser ajudado são tarefas delicadas, reservada as pessoas que farão melhor, quando bem orientadas e que estejam seguras das suas ações e de suas próprias vontades.

O processo de recuperação iniciado pela vontade de parar de sofrer deve ser apoiado por todos no caminho de uma mudança. Este, é o real sentido do Primeiro Passo de Alcoólicos Anônimos (ou de qualquer movimento de início do processo de recuperação): a aceitação de ser ajudado a viver de uma nova maneira; o domínio da onipotência para readquirir o sentido da vida e da felicidade; de descobrir que é possível, dia-a-dia, conviver consigo mesmo. Apesar das ansiedades, das angústias e das incertezas e sem a ajuda de nenhum aditivo químico.

## Família e Álcool

*“Não se deve falar em corda na casa do enforcado”*  
*Sabedoria Popular*

A doença do alcoolismo é classicamente colocada como a doença da família. Ao considerarmos um dependente, localizaremos de duas a cinco pessoas que estão diretamente afetadas pelo comportamento patológico do alcoólico. Estes indivíduos vão se modificando, lentamente, para tentarem se adaptar às mudanças do humor e do comportamento que o álcool vai - progressivamente - acarretando àquele que está sofrendo a disfunção.

Estas alterações não costumam ser muito intensas, ou graves, no início, e desta maneira elas não são valorizadas ou até nem percebidas. Quando o ambiente for de maior tolerância quanto ao uso e abuso de bebidas alcoólicas, estas percepções serão menores e as facilitações de consumo mais intensas. É óbvio que o inverso é verdadeiro – se não houver exemplo de uso e abuso no ambiente familiar, se os hábitos forem de baixa tolerância quanto ao consumo desta, ou de outras drogas, teremos um ambiente protetor, onde a possibilidade da ocorrência de dependência química será menor, porém não igual a zero, já que outros fatores aleatórios à dinâmica familiar, poderão estar presentes.

Os familiares de pacientes com problemas com drogas costumam procurar ajuda em um momento, no qual estão carregados de culpa e de confusão: culpa por acharem que deixaram de fazer alguma coisa para permitir, ou até estimular, condutas que não deixassem o quadro chegar tão longe e confusão por não saberem como agir para reverter a situação. É muito importante, que estas pessoas aprendam a diferenciar *culpa* de *responsabilidade* – se houver sentimentos de culpa, por tudo o que aconteceu, é provável que elas se sintam imobilizadas, pouco aptas e dispostas a empreender um movimento rumo à recuperação. Por outro lado, se considerarem que uma *parcela* da responsabilidade lhes cabe, que outros fatores tiveram peso no conjunto de condições, necessárias e suficientes, para o estabelecimento da dependência e sobre estas elas pouco, ou nada, poderiam fazer, ou atuar, ou controlar; chegariam à conclusão de que lhes cabe somente uma parte, na responsabilidade de mudança do quadro de doença crônica e progressiva, que caracteriza o alcoolismo e outras dependências. A família deve passar por inúmeros movimentos de mudança dentro do processo de recuperação, pois a patologia da

codependência é tão, ou mais grave que a própria condição do dependente.

Nas famílias em que existe um alcoólico, as atitudes tendem a ser extremadas, havendo ou uma grande facilitação do uso e abuso ou uma grande repressão. Costuma haver pouco diálogo construtivo sobre a doença; sobre suas conseqüências e a evolução tormentosa e longa. Evita-se ao máximo tocar no assunto tabu – “não se fala em corda na casa do enforcado”. Estas atitudes, somadas aos conflitos acarretados pelo alcoolismo (ou dependência de outras drogas) e a possibilidade de predisposição hereditária, tornam a probabilidade de desenvolvimento de alcoolismo maior em três a cinco vezes, quando comparamos com famílias onde pai e mãe não são dependentes.

Várias pesquisas, feitas no Brasil com estudantes de idades variadas: de oito a vinte anos, de escolas públicas ou privadas, mostram que oitenta por cento deles já usou álcool pelo menos uma vez na vida. Quase vinte por cento faziam uso freqüente e continuado e devido a isso, passam a ser sérios candidatos a desenvolverem alcoolismo ou outras quimiodependências. Estes números devem se constituir em alerta aos políticos, educadores, profissionais de saúde e à sociedade como um todo, para este grave problema de saúde pública.

Profissionais da área de saúde têm, em geral, pouca familiaridade com a dependência do álcool e outras drogas. Por isso, não conseguem estabelecer diagnóstico precoce, não estão habilitados a dar orientações seguras, não valorizam os aspectos psicossociais de instalação e manutenção da dependência e tendem a minimizar os riscos do uso e abuso entre crianças e adolescentes. Consideram que é só uma fase passageira, que o problema é primordialmente psiquiátrico e, desta maneira, perdem a possibilidade de orientar a família na prevenção e tratamento abrangente desta questão.

As primeiras experiências com drogas ocorrem, principalmente, no ambiente familiar ou escolar facilitado ou até incentivado pelos adultos, diretamente responsáveis pelas crianças e adolescentes. É um comportamento aprendido e atitudes preventivas podem minorar o problema ou mesmo impedi-lo! Uma abordagem deste problema em uma perspectiva voltada para a família, justifica-se por uma série de razões, entre as quais podemos destacar:

1. A família tem tanto os pontos negativos quanto os positivos para ser um ambiente acolhedor, mas é, geralmente, a fonte principal de apoio para as crianças e adolescentes;

2. A família é a fonte básica da maioria das crenças sobre saúde e comportamento transmitidos às crianças e adolescentes;

3. Durante a prestação de serviços médicos, há uma ilusão de duplo tratamento – à família e à criança ou adolescente – quando na realidade tra-

ta-se de um triângulo terapêutico, ou de uma parceria cooperativa no campo da saúde, entre o médico (ou outro profissional de saúde), o paciente e sua família – especialmente na infância e adolescência;

4. O abuso de substâncias psicoativas começa, geralmente, na adolescência.

5. É primordial enxergar a criança e o adolescente, como parte integrante e não como ente separado do sistema familiar;

6. O abuso de álcool é normalmente uma característica familiar (isso pode ser válido para outras drogas);

7. A dependência química dos pais afeta a todos os membros da família e pode ser mais bem avaliada dentro do contexto familiar;

8. O abuso de substâncias psicoativas será melhor tratado se for considerado um problema familiar;

9. A eficácia do tratamento é aumentada em quatro a cinco vezes, quando se utiliza a abordagem familiar àquela puramente individual;

No sentido preventivo, vale lembrar alguns fatores de risco:

Pais alcoólicos, distúrbios de relacionamento familiar, poucas ligações com a família, tensões conjugais, dificuldades na educação dos filhos, comportamento anti-social precoce, baixo rendimento escolar e repetência, baixo compromisso com a escolaridade ou formação acadêmica técnica, sentimentos de alienação, comportamento rebelde, falta de boas amizades duradouras, amigos que usam drogas, atitude permissiva em relação ao uso de drogas, experiências e uso precoce de drogas.

As modalidades de tratamento que se utilizam desta abordagem familiar devem ser estimuladas e aperfeiçoadas, não só para conseguir melhores resultados terapêuticos, mas também para popularizar ensinamentos que poderão contribuir para modificar a triste história do alcoolismo ativo em nosso meio.

## Codependência

### CASOS REAIS

**Eliza, 39 anos, casada há 20 anos com o representante comercial Moacir de 43 anos.** Eles têm duas filhas.

*“Há cinco anos não temos relações sexuais, devido ao alcoolismo dele. Não sinto a vontade necessária e ele não busca nos momentos adequados”.*

*“Nossa vida social acabou; só ele ia a festas, pois tínhamos vergonha de acompanhá-lo e medo de que pudesse acontecer um acidente de carro na volta para casa”*

**“Uma condição emocional, psicológica e comportamental que se desenvolve como resultado de exposição prolongada de um indivíduo a - e a prática de - um conjunto de regras opressivas que evitam a manifestação aberta de sentimentos e a discussão direta de problemas pessoais e interpessoais”.**

*Robert Subby*

**“Codependente é uma pessoa que tem deixado o comportamento de outra afetá-la e é obcecada em controlar o comportamento desta outra pessoa”.**

*Melody Beattie.*

**Isabel, 42 anos é casada com Celso de 46 e tem uma filha com ele.**

*“Tenho certeza que sou completamente insana por amar um bêbado durante 23 anos. Sei que no momento em que vi o Celso, minha vida acabou. Parei de estudar quando já ia fazer o 2º ano de Pedagogia. Decidi que ia trabalhar como enfermeira para juntar dinheiro e comprar tudo para o casamento: eu não enxerguei mais, eu até respiro o alcoólico Celso, enfim, sou completamente insana e tenho que freqüentar os Neuróticos Anônimos. Hoje eu sei disso”.*

*“Agora meu amado doente alcoólico, do qual sempre fui cúmplice total, com o qual conspirei até contra mim. Por ele menti, trapaceei e fui descendo para o fundo do poço junto com ele. Agora fica sóbrio e diz simplesmente que não me ama e quer se separar. Meu poder superior tem que me congelar de novo (como fiquei congelada 23 anos) para eu conseguir sobreviver”.*

*“Talvez por não amar a mim mesma, eu só ame a ele. Por isso sinto nojo de mim, por ser tão inútil e incapaz. Eu sou uma incapaz”.*

**Mário, aos 13 anos de idade** foi surpreendido em uma festa de aniversário de amiga da escola fumando maconha. O pai foi alertado, mas nada fez, pois já havia três mudanças de escola pelo mesmo fato e eles não sabiam o que fazer.

Várias buscas de orientação e tratamento – incompletos – os pais aceitavam as interrupções, pois não sabiam ou não conseguiam lidar com as situações. Vários profissionais (bons!) orientavam e forneciam os passos para as mudanças.

Plantava maconha em casa e a mãe deixava, achava melhor, pois não iria à “bocada”. A família era cheia de justificativas com o artista – talentoso!

Pai culpava a mãe e vice-versa. Moravam em casas separadas; o elo era o filho. Eram totalmente incapazes de colocar limites inclusive para outra filha mais nova.

Episódios de agressão física contra a mãe e de furto; então ligava para o pai que ligava para a Polícia que os orientava e nada acontecia de significativo no sentido de mudanças.

Saiu de casa para morar com garota de uma favela – antes morava em condomínio residencial fechado – e tem um filho com ela.

**“CODEPENDÊNCIA É A MAIS COMUM DE TODAS AS ADICÇÕES”.**

**Gina McClain**

**“Codependente é uma pessoa que é adicta a outra pessoa e aos seus problemas ou a uma relação e seus componentes”.**

**Sharon Wegscheider-Cruse.**

**Júlia, 34 anos, enfermeira, filha de alcoólatra.**

**Pedro, 34 anos, médico ginecologista, família funcional.**

Formados em boas faculdades e bem sucedidos nos seus empregos. Houve ruptura do casamento após três anos.

Júlia abandonou a casa, deixando marido e filho.

Júlia: “Que vida monótona. Será que é isso mesmo o que eu quero?”

Pedro: “O que será que ela tem? Eu a amo; sou politicamente correto. Temos um filhinho e somos uma família feliz”.

Atualmente Júlia vive atormentada. Trabalha muito e dorme pouco. Comprou um bar. Seus relacionamentos são preferencialmente com depen-

dentes químicos e descasados. Teve que contratar um segurança para se livrar de um ex-namorado que a agrediu fisicamente.

Júlia: “Não consigo me relacionar com pessoas resolvidas, que não precisam da minha ajuda. Gosto de ajudar os complicados. Sinto que este é o meu caminho”.

## **FACILITAÇÃO**

**“Um Facilitador é alguém que, sem intenção, ajuda a suportar o comportamento abusivo do alcoólatra.” Office of Drug and Alcohol Education – New York University.**

**“Conjunto de circunstâncias que criam uma atmosfera na qual o alcoólico pode, confortavelmente, continuar com seu comportamento inaceitável”. About.com.**

**“Todo comportamento que permite ao alcoólico continuar a causar danos a sua família ou as suas relações”. Empowered Recovery.**

Podemos perceber que um codependente é sempre um facilitador, porém nem todo facilitador atua com o codependente!

## **CARACTERÍSTICAS dos CODEPENDENTES NCC (National Council on Codependence)**

### **BAIXA AUTO ESTIMA**

- Eu me sinto diferente das outras pessoas;
- Não me vejo como uma pessoa adorável, que valha a pena;
- Sinto-me desconfortável quando me dão presentes ou atenção;
- Críticas e censuras deixam-me facilmente machucado;
- Meu desejo de perfeição leva-me a procrastinar;
- Sinto-me só mesmo acompanhado;



- Sinto-me vazio como se houvesse um “buraco” dentro de mim;
- Julgo-me com severidade, nada do que faço é acima das minhas expectativas;
- Frequentemente comparo a maneira como me sinto com o modo de ser dos outros.

## **QUANTO AOS RELACIONAMENTOS**

- Acredito em amor à primeira vista;
- Considero incômodas as pessoas boas para mim;
- Acredito que se eu conseguir que meu companheiro faça, meus problemas estarão resolvidos;
- Não consigo sentir-me bem comigo mesmo quando meu relacionamento não vai bem;
- Aceito sexo, quando o que eu quero é ser amado;
- Sinto-me incompleto sem um relacionamento afetivo;
- Acredito que os outros podem me irritar, alegrar-me, machucar-me etc;
- Quero bons relacionamentos, mas eles nunca vigoram;
- Crio os problemas, mesmo sem razões objetivas;
- Sinto-me responsável pelo sentimento das pessoas.

## **COMPORTAMENTOS GENTIS**

- Comprometo meus valores e minha integridade para ser aceito pelos outros;
- Sinto-me culpado quando digo não;
- Frequentemente tenho relações sexuais sem ter vontade de tê-las;
- Faço voluntariamente coisas que não quero fazer;
- Acredito que querer coisas que são agradáveis a mim seja um ato egoísta;
- Coloco as necessidades dos outros antes das minhas;
- Raramente deixo as pessoas notarem a minha raiva;
- Não expresso meus sentimentos, porque fico preocupado com a reação dos outros.

## **10 Coisas que você NUNCA deveria fazer em uma relação com dependente químico**

1. Negar ou minimizar o abuso de droga que está causando problemas em sua relação e à sua família;
2. Negar ou minimizar o profundo impacto emocional que a dependência está causando a você ou aos seus familiares;
3. Pensar que as outras pessoas não sabem da sua difícil situação;
4. Pensar que as coisas mudarão magicamente;
5. Tentar controlar o uso de droga dele (ou dela) ou acreditar que você pode ter algum controle;
6. Inventar desculpas e/ou proteger o dependente das conseqüências de suas próprias ações;
7. Dar um ultimato de que você está querendo o rompimento ou a separação. Diga o que você pensa; pense o que você vai dizer - ou não diga nada;
8. Permitir ser manipulado, controlado ou provocado pelas palavras e ações do dependente; seja “proativo”, não “reativo”;
9. Permitir que o dependente faça você se sentir responsável pela sua forma de uso de droga, ou pelos problemas derivados desta forma;
10. Acreditar nas promessas de mudança do dependente a menos que ele (ou ela) prove essas promessas por um tempo suficiente.

## CASE CPTM



## **PROGRAMA DE EMPRESA**

### **EXEMPLO DE UMA EXPERIÊNCIA BEM SUCEDIDA**

#### **CPTM – Companhia Paulista de Trens Metropolitanos** **São Paulo – Brasil**

A Companhia Paulista de Trens Metropolitanos é a operadora de trens de subúrbio na região Metropolitana da Cidade de São Paulo. Trata-se de uma grande empresa com cerca de 6.000 empregados próprios e 3.000 indiretos, que transporta 1.700.000 de passageiros/dia, ao longo de 253 km de linhas operacionais em 22 municípios da região. Foi formada pela estadualização da CBTU – empresa do Governo Federal que operava uma parte dos trens de subúrbio com a Diretoria de Transporte Metropolitano da FEPASA – Ferrovias Paulistas S.A., em 1992.

Em 1995/96, no início do primeiro mandato do Governador Mário Covas houve um grande estímulo para o aperfeiçoamento da Empresa e para a sua reorganização culminando com a efetiva passagem dos empregados da FEPASA para a CPTM. Ao longo deste momento, iniciou-se um Programa de Qualidade de Vida na ferrovia e o carro-chefe deste programa foi o reinício das ações de prevenção e tratamento do abuso e dependência de álcool e outras drogas. Estas atividades já tinham acontecido anteriormente em ambas as instituições, mas estavam quase que extintas. Eu havia sido o coordenador da ação na FEPASA e levei a idéia de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida ao então Presidente da CPTM – José Roberto Medeiros da Rosa que apresentou à Diretoria e, após a aprovação da mesma, começamos os trabalhos.

Foi formado um Comitê Coordenador que restabeleceu as bases do Programa buscando respeitar o que havia sido feito e conquistado e organizou o desenvolvimento do novo projeto. Temos então um conjunto de dados de 12 anos desta nova fase que deve ser somada ao tempo de duração dos Programas da FEPASA – 1988 e da CBTU – 1986.

Muito treinamento aconteceu, muitas barreiras foram superadas, muitos preconceitos derrubados pelo esforço de uma equipe coesa e que sempre buscava o aperfeiçoamento: Psicóloga Zeli de Lima Junqueira Cardoso, Dentista Patrícia Lara Cury, Administrador Luiz Ferri de Barros e empregado Julho.

Hoje, a CPTM tem alcançado excelentes resultados com o Programa que pode ser considerado como benchmarking – enfim um ótimo exemplo do

acerto de medidas que beneficiam os empregados e suas famílias, mas também aumentam a segurança da operação e das condições de trabalho; assim como melhoram a imagem da empresa.

Buscaremos apresentar alguns resultados e documentos que foram e são usados na atividade cotidiana e podem servir de exemplo para outras empresas desejarem implantar ou aperfeiçoar os seus programas.

Como informação geral, podemos afirmar que o acompanhamento ao longo de 12 anos aponta uma aderência ao Programa superior a 60% dos empregados abordados e encaminhados e de 75% de eficácia no sentido da abstinência e da mudança de vida.

O Programa é apoiado pelas Chefias e pelas Associações de empregados, inclusive pelos Sindicatos.

A implantação da testagem de drogas foi precedida de inúmeras reuniões com as chefias dos diversos departamentos e com a participação de representantes dos empregados, das associações e dos sindicatos garantindo a transparência adequada a tal medida, aparentemente impositiva e autoritária. A testagem é feita até os dias de hoje sem que nenhuma ação negativa tenha sido feita por nenhum colaborador da empresa.

Vários prêmios foram conquistados como fruto deste trabalho, destacando-se o Prêmio Nacional da ABQV – Associação Brasileira de Qualidade de Vida em 1999 e a sua confirmação cinco anos depois – pela continuidade de ações do Programa.

Atualmente, o Programa está sob a responsabilidade da Assistente Técnica Executiva Vivianne Elvira Bernabé Baya Pinfari, coordenado pela Assistente Social Tânia Leoni Nascimento e colaboração do empregado Aguinaldo.

## RESULTADOS DO PROGRAMA Posição – Setembro de 2008

Identificados	449
Aderentes ao Programa	283
Abstinentes	203
Não Abstinentes	80
Abstinentes	72%
Não Abstinentes	28%

Nesta ocasião, cerca de 82 empregados participavam dos Grupos Internos de Apoio que funciona dentro da Empresa e objetiva facilitar o tratamento e garantir maior eficácia na prevenção de recaídas. Estes grupos trabalham de maneira parecida com os Alcoólicos Anônimos, porém com condução por profissional treinado para este fim.

Um dado interessante é a evolução dos exames toxicológicos realizados de forma aleatória por uma empresa contratada. No primeiro ano (2004), foram realizados 158 testes nos meses de Novembro e Dezembro com os seguintes resultados:

Positivo - Álcool	<b>09 (5,7%)</b>
Positivo – outras drogas	<b>02 (1,26%)</b>

Em 2005 – de janeiro a dezembro foram realizados 1117 exames com os resultados a seguir:

Positivo - Álcool	116 (10,38%)
Positivo – outras drogas	28 (2,5%)

Em 2006 – 1117 exames:

<b>Positivo - Álcool</b>	<b>206 (18,2%)</b>
<b>Positivo – outras drogas</b>	<b>51 (4,5%)</b>

Em 2007 – 1300 exames:

<b>Positivo - Álcool</b>	<b>111 (8,5%)</b>
<b>Positivo – outras drogas</b>	<b>26 (2,0%)</b>

Em 2008 – de janeiro a junho foram realizados 327 exames com os resultados a seguir:

<b>Positivo - Álcool</b>	<b>14 (5%)</b>
<b>Positivo – outras drogas</b>	<b>03 (1%)</b>

## **COMPANHIA DE TRENS METROPOLITANOS**

### **Normas de Serviço**

**TÍTULO: PREVENÇÃO E CONTROLE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

#### **1. FINALIDADE**

Estabelecer critérios para o atendimento e acompanhamento de empregados usuários ou dependentes do álcool e/ou outras drogas.

#### **2. DISTRIBUIÇÃO**

Todos empregados da CPTM.

#### **3. DEFINIÇÕES**

##### **3.1. Embriaguez**

Ocorre quando há a ingestão de álcool ou de outras drogas passíveis de incapacitar o empregado a exercer suas atividades.

##### **3.1.1. Embriaguez Habitual**

Mesmo que sem relação com o serviço, caracteriza-se pelo uso de álcool ou drogas repetidas vezes dentro de curto espaço de tempo. Configura-se pela embriaguez habitual fora do serviço e na vida privada do empregado, com efeitos que transparecem no ambiente de trabalho.

##### **3.1.2. Embriaguez em Serviço**

Caracteriza-se pela simples apresentação do empregado no local de trabalho em estado de embriaguez ou pela sua exposição em tal estado durante o serviço.

##### **3.2. Programa de Prevenção e Tratamento do Abuso de Álcool e outras Drogas**

Programa instituído pela RD 0364, de 07/08/96, para sensibilização e conscientização quanto às conseqüências do uso de substâncias psicoativas, bem como para atender os empregados diagnosticados



## **Companhia de Trens Metropolitanos**

### **TÍTULO: PREVENÇÃO E CONTROLE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

#### **3.2.1. Tratamento Externo**

Tratamento oferecido ao empregado, por meio de clínicas ou profissionais especializados em dependência química e credenciados pela CPTM. Após esgotadas as possibilidades de tratamento interno. Pode ser efetuado através de tratamento ambulatorial ou internação.

#### **3.3. Entrevista Inicial**

Primeiro atendimento ao empregado com suspeita de abuso de álcool ou outras drogas, que pode comparecer no posto médico por conta própria ou ser encaminhado por chefias, colegas, familiares ou profissionais da Área Médica, Psicológica e Social.

#### **3.4. Grupo de Apoio**

Formado por empregados que ingressaram no Programa, orientado por profissionais do Departamento de Higiene e Segurança do Trabalho – DRHS, através de reuniões semanais nas dependências da própria CPTM. Tem como objetivo acompanhar os empregados sob o ponto de vista bio-psicosocial e funcional como recuperação e reforço de abstinência.

#### **3.5. Intervenção Orientada**

Processo de convencimento do empregado já diagnosticado como portador da dependência química e que se recusa a aceitar o tratamento da CPTM. É uma reunião com o empregado, psicólogo, chefia imediata e os familiares, onde cada participante é orientado em como proceder para a adesão ao programa. Este procedimento também é utilizado nas clínicas ambulatoriais, quando o empregado se recusar a dar continuidade ao tratamento.

### **4. DIRETRIZES**

- a.) A ingestão de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas pode causar acidentes de trabalho, absenteísmo e outras conseqüências ao indivíduo e ao seu desempenho profissional, por isso a CPTM coloca a disposição de seus empregados e familiares o Programa de Prevenção e Tratamento do Abuso de Álcool e Outras Drogas.

## **Companhia de Trens Metropolitanos**

### **TÍTULO: PREVENÇÃO E CONTROLE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

- b.) O empregado que se apresentar em serviço visivelmente embriagado ou drogado e, portanto, impossibilitado de desempenhar suas funções profissionais com prudência, deve ser dispensado do serviço e, posteriormente, encaminhado à Área Médica, Psicológica e Social;
- c.) O empregado que se apresentar em serviço habitualmente embriagado ou drogado, ou que esteja fazendo uso de bebida alcoólica ou outras drogas em serviço, ou mesmo transportá-lo para si ou terceiros é passível de demissão por justa causa, nos termos da CLT (art.482) e do Regulamento de Pessoal da CPTM;
- d.) A chefia deve documentar cada ocorrência, para registro histórico, aplicando as medidas disciplinares cabíveis, conforme os critérios estabelecidos na NI 04/004 - Administração de Medidas Disciplinares;
- e.) O empregado que apresentar comportamentos que levem a suspeita da ingestão de bebidas alcoólicas ou outras drogas deve ser encaminhado pela chefia à Área Médica, Psicológica e Social, com relatório que identificando os comportamentos e atitudes inadequados apresentados;
- f.) Caso seja diagnosticada a dependência química, o médico do trabalho deve avaliar o empregado atestando se o mesmo está apto, inapto ou se há restrições para o exercício de suas atividades profissionais rotineiras;
- g.) O DRHS realizará exames toxicológicos preventivos entre os empregados ocupantes dos cargos de Maquinista, Maquinista Especializado, Supervisor de Tração, Controlador de Circulação de Trens I, Controlador de Circulação de Trens II, Supervisor de CCO e Operador de Veículos Rodoferroviários, cargos críticos para a segurança do sistema e de seus usuários. No caso do exame toxicológico, apresentar resultado positivo, o empregado deverá ser encaminhado ao programa;
- h.) ODRHS poderá ainda demandar exames toxicológicos para empregados ocupantes de outros cargos, quando houver necessidade;
- i.) O empregado que aceitar o tratamento oferecido pela CPTM deve assinar o Termo de Adesão, anexo I, através do qual compromete-se a cumprir as exigências do programa. Caso não aceite o tratamento, deve fazê-lo por escrito, através do Termo de Recusa;

## COMPANHIA DE TRENS METROPOLITANOS

### TÍTULO: PREVENÇÃO E CONTROLE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

- j.) O empregado que aderir ao programa não está isento de aplicação de medidas disciplinares. Portanto, o tratamento oferecido pela CPTM não isenta o empregado do cumprimento das normas e regulamentos da Companhia, jamais podendo ser utilizado como atenuador na aplicação da punição;
- k.) A chefia deve liberar o empregado para participar das atividades do programa;
- l.) O empregado deve participar das atividades com o grupo de apoio por até dois anos. Após a alta, a frequência pode ser intermitente, podendo passar a atuar como colaborador voluntário na recuperação de outros empregados;
- m.) O empregado deve comparecer semanalmente nas reuniões do grupo de apoio mais próximo do seu local de trabalho, num dos seguintes dias/horários, se possível fora da jornada de trabalho:

DIA	HORÁRIO	LOCAL
2ª FEIRA	DAS 14 ÀS 16 HS	BRÁS – POSTO MÉDICO
3ª FEIRA	DAS 14 ÀS 16 HS	CALMON VIANA – GRÊMIO RECREATIVO
4ª FEIRA	DAS 9 ÀS 11 HS E DAS 14 ÀS 16 HS	PRESIDENTE ALTINO – AUDITÓRIO

- n.) A participação do empregado no programa em dias que coincida com suas folgas de escala ou em horário fora de sua jornada de trabalho não constitui hora extra;
- o.) O empregado que não obtiver melhora no tratamento interno pode ser encaminhado a tratamento ambulatorial externo ou internação, sendo que a oportunidade de tratamento externo custeado pela CPTM é oferecida ao empregado uma única vez;
- p.) As ausências nas atividades do programa são permitidas apenas em casos excepcionais ou por motivo de serviço, mediante justificativa da chefia à Área Médica, Psicológica e Social;

## **Companhia de Trens Metropolitanos**

### **TÍTULO: PREVENÇÃO E CONTROLE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

- q.) O empregado que tiver aderido ao programa, em caso de desistência, deve assinar o Termo de Recusa;
- r.) O empregado que faltar a qualquer atividade do programa, sem justificativa plausível e com reincidências, será desligado do programa.

#### **5. COMPETÊNCIAS**

##### **5.1. Médico do Trabalho**

Emitir parecer médico sobre a capacitação do empregado.

##### **5.2. Psicólogo / Médico do Trabalho - DRHS**

Emitir Guia Ambulatorial e de Internação.

#### **6. DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES**

Os casos omissos serão dirimidos pela Gerência de Desenvolvimento Organizacional e Recursos Humanos -GRH por proposição do Departamento de Higiene e Segurança do Trabalho - DRHS.

#### **7. PROCEDIMENTOS**

##### **7.1. Empregado**

###### **7.1.1. Gerais**

- a.) Receber orientação de sua chefia quanto ao encaminhamento ao posto médico;
- b.) Comparecer no posto médico do Brás, ou outro local quando determinado, para entrevista inicial;
- c.) Receber o formulário 4120 – IMPO e retornar ao trabalho, caso não seja necessário tratamento por dependência química;
- d.) Assinar o Termo de Adesão, em 03 vias e seguir os procedimentos de 7.1.1.f à 7.1.1.m, caso seja diagnosticada a dependência química e concorde em participar do programa;

- e.) Assinar o Termo de Recusa, em 03 vias e seguir os procedimentos de 7.1.1.f à 7.1.1.h, caso não aceite participar do programa;
- f.) Passar por avaliação médica, quanto ao exercício de suas atividades profissionais, obtendo o IMPO;
- g.) Receber atendimento da assistente social, se necessário;
- h.) Entregar o IMPO a sua chefia para atestar suas condições físicas para o exercício de suas atividades profissionais;
- i.) Comparecer semanalmente às reuniões do grupo de apoio, mesmo que seja nas folgas;
- j.) Assinar a lista de presença, recebendo o IMPO ao término de cada reunião, quando esta ocorrer durante a jornada de trabalho;
- k.) Retornar ao local de trabalho para o término de sua jornada diária;
- l.) Entregar o IMPO a chefia para comprovar seu comparecimento nas reuniões;
- m.) Justificar a sua chefia, caso falte a alguma atividade do programa, o motivo da ausência, sob a pena de desligamento do programa;
- n.) Submeter-se a exames toxicológicos quando solicitado pelo DRHS.

### **7.1.2.Tratamento Ambulatorial**

- a.) Receber do psicólogo o formulário 4124 - Guia de Atendimento / Exames - GAE, para tratamento em clínica credenciada;
- b.) Informar à sua chefia, o dia e o horário do tratamento;
- c.) Comparecer na clínica especificada na GAE, no dia e horário agendado;
- d.) Entregar à sua chefia, no retorno ao trabalho, o comprovante de comparecimento fornecido pela clínica, sempre que comparecer ao tratamento. Caso esteja afastado por auxílio doença, entregar o comprovante semanalmente no posto médico do Brás;
- e.) Comparecer no posto médico do Brás para avaliação do tratamento externo, sempre que convocado;
- f.) Passar por entrevista com o psicólogo e por avaliação com o médico do trabalho ao obter alta ambulatorial, obtendo o IMPO;
- g.) Continuar participando do grupo de apoio até que se complete o tratamento;
- h.) Seguir os procedimentos 7.1.1.i em diante.

### **7.1.3. Internação**

- a.) Comparecer no posto médico do Brás, preferencialmente acompanhado de um familiar;
- b.) Comparecer à clínica para a internação em dia e horário agendado, acompanhado de um familiar;
- c.) Encaminhar o atestado ao posto médico quando ocorrer afastamento acima de 15 dias, para abertura do auxílio doença, obedecendo aos procedimentos estabelecidos na NS.DAF/015 - Ausências Médicas e Odontológicas.

### **7.2. Chefia Imediata do Empregado**

- a.) Identificar o empregado com comportamento “suspeito” de ingestão ou abuso de álcool ou outras drogas;
- b.) Impedir que empregado embriagado ou drogado entre em serviço, registrando a ausência no registro de frequência;
- c.) Aplicar a medida disciplinar quando o empregado apresentar-se em serviço embriagado ou drogado, utilizando no formulário 4059 - Aplicação de Medida Disciplinar (AMD) o termo “visivelmente embriagado em serviço” ou “visivelmente drogado em serviço”, solicitando a assinatura do empregado e de mais duas testemunhas. Caso o empregado se recuse assinar a AMD, solicitar apenas a assinatura das testemunhas. Aplicar estes procedimentos também quando o empregado fizer uso de álcool ou outras drogas durante o horário de serviço;
- d.) Comunicar o fato à sua chefia imediata;
- e.) Agendar entrevista inicial junto à Área Médica, Psicológica e Social;
- f.) Emitir um relatório descrevendo as medidas disciplinares já aplicadas e os comportamentos apresentados pelo empregado e enviar ao DRHS;
- g.) Preencher o formulário 4158 - Avaliação Comportamental do empregado, quando solicitado pela Área Médica, Psicológica e Social, encaminhando pessoalmente e em envelope lacrado;
- h.) Encaminhar o empregado ao posto médico do Brás na data agendada, orientando-o sobre o motivo do encaminhamento;

- i.) Receber o IMPO emitido pelo médico do trabalho, caso o empregado esteja apto ou inapto para exercer suas atividades;
- j.) Receber o formulário 4147 – Restrição Médica, anexo II, caso haja restrições para exercer as atividades;
- k.) Assinar o formulário 4147, informando se há condições de atender a recomendação médica. Devolver a 2ª via à Área Médica, Psicológica e Social e arquivar a 1ª via;
- l.) Comunicar à sua chefia imediata, quando houver necessidade de afastar o empregado de sua função ou permitir o exercício de suas atividades com restrição;
- m.) Receber de sua chefia imediata a 2ª via do Termo de Adesão ou Termo de Recusa assinado pelo empregado, conforme este optar ou não por aderir ao tratamento;
- n.) Receber de sua chefia imediata as convocações emitidas pela Área Médica, Psicológica e Social, quando houver a necessidade da participação do empregado em outras atividades do programa;
- o.) Liberar o empregado para participar das reuniões com o grupo de apoio nos dias/horários especificados pelo DRHS, conforme quadro da diretriz 4.1.k, ou de outras atividades necessárias ao tratamento;
- p.) Solicitar ao empregado em tratamento interno, semanalmente, o IMPO comprovando seu comparecimento no grupo de apoio, quando a reunião ocorrer durante a jornada de trabalho;
- q.) Receber do empregado em tratamento externo, o comprovante de comparecimento nas consultas clínicas; encaminhar o original à Área Médica, Psicológica e Social e arquivar uma cópia;
- r.) Aplicar medida disciplinar em empregado que aderir ao programa, quando se ausentar do trabalho para ir ao grupo de apoio ou a qualquer atividade a que foi convocado e não apresentar comprovante, em decorrência do não comparecimento;
- s.) Justificar no formulário 4059 – AMD, o motivo que gerou a medida disciplinar, com um breve relato da ocorrência;
- t.) Justificar para a Área Médica, Psicológica e Social as ausências do empregado nas atividades do programa;
- u.) Em caso de transferência de empregado para outro local de

trabalho, encaminhar o prontuário à nova chefia, informando que o mesmo encontra-se em tratamento.

## **COMPANHIA DE TRENS METROPOLITANOS**

### **TÍTULO: PREVENÇÃO E CONTROLE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

#### **7.3. Chefe de Departamento**

- a.) Receber a CI do DRHS, com o Termo de Adesão anexo, informando a necessidade de tratamento de empregado diagnosticado com dependência química ou o Termo de Recusa, caso o empregado não queira fazer o tratamento;
- b.) Solicitar ao Assistente Técnico Executivo responsável pela área tomar as providências cabíveis junto à chefia imediata do empregado, para sua liberação nos dias/horários especificados na CI ou em outras convocações que se fizerem necessárias;
- c.) Tomar as providências necessárias para atender às recomendações médicas, quando houver necessidade de afastar o empregado de sua função ou permitir o exercício de suas atividades com restrição. Caso não seja possível atender a restrição médica, informar ao DRHS para afastamento do empregado;
- d.) Liberar o empregado, quando convocado para realizar exames toxicológicos.

#### **7.4. Departamento de Higiene e Segurança do Trabalho – DRHS**

##### **7.4.1. Área de Psicologia**

- a.) Acatar a solicitação de atendimento de empregado suspeito de ingestão ou abuso de álcool ou outras drogas ou que se apresentar embriagado ou drogado em serviço, agendando entrevista inicial;
- b.) Avaliar as condições gerais de saúde psicológica do encaminhado;
- c.) Solicitar avaliações médica e social, quando necessário para o diagnóstico;



- d.) Informar a chefia, quando o empregado encaminhado não necessitar de tratamento, por não ter sido diagnosticada a dependência química;
- e.) Se diagnosticada a dependência química, solicitar ao empregado assinar o Termo de Adesão, em 03 vias. Se o empregado se recusar a fazer o tratamento, orientá-lo sobre a necessidade. Esgotadas todas as possibilidades - inclusive de intervenção orientada, solicitar que assine o Termo de Recusa. Se o empregado negar-se a assinar o Termo, colher a assinatura de duas testemunhas.
- f.) Entregar a 1ª via do Termo de Adesão/Recusa ao empregado e arquivar a 3ª via no seu prontuário;
- g.) Encaminhar o empregado à avaliação médica para verificar se o mesmo pode exercer suas atividades sem restrições e se necessário, à Área Social para avaliação sócio-econômica;
- h.) Encaminhar ao chefe do departamento a 2ª via do Termo de Adesão/Recusa assinado, informando o dia/horário/local que o empregado deve ficar à disposição do DRHS. Caso o empregado tenha se recusado a fazer o tratamento, informar as providências tomadas, para conhecimento da chefia do empregado;
- i.) Incluir no grupo de apoio o empregado que aderir ao programa;
- j.) Encaminhar o empregado a tratamento externo, ambulatorial ou internação, quando necessário;
- k.) Solicitar à chefia a avaliação comportamental do empregado, sempre que necessário, para acompanhamento da evolução do tratamento;
- l.) Convocar o empregado para exames médicos, avaliações psicológicas ou outras atividades do programa;
- m.) Colher a assinatura do empregado na lista de presença e emitir o IMPO, como comprovante de comparecimento no grupo de apoio e em outras atividades do programa, quando ocorrer durante a jornada de trabalho;
- n.) Realizar reuniões periódicas com as chefias imediatas para conscientização e orientação quanto aos procedimentos, necessidades e objetivos do Programa;
- o.) Receber da chefia relatório descrevendo medidas disciplinares

aplicadas e o comportamento apresentado pelo empregado, para análise de uma possível relação com a dependência, bem como avaliar a evolução do tratamento e o desempenho funcional do empregado, junto à área;

- p.) Receber da chefia as justificativas de ausências no programa. Caso não a receba, solicitá-la. Desligar o empregado do programa, por motivo de reincidência de ausências injustificadas;
- q.) Registrar as participações/ausências no programa, bem como a evolução do tratamento, ocorrências significativas, avaliações médicas e psicológicas. Arquivar os relatórios e avaliações comportamentais encaminhadas pelas chefias, mantendo prontuário para cada empregado participante do programa;
- r.) Receber da Área Social a relação dos empregados em auxílio doença, para análise e acompanhamento dos afastamentos por dependência química;
- u.) Receber da chefia o comunicado de transferência, caso o empregado mude de área.

#### **7.4.2. Área Médica**

- a.) Avaliar as condições de saúde física do empregado, dando parecer ao profissional que o solicitou;
- b.) Informar a chefia, por meio do IMPO, quando o empregado estiver apto ou inapto para exercer sua função;
- c.) Emitir o formulário 4147 descrevendo a restrição médica, para anuência ou não da chefia;
- d.) Receber da chefia formulário 4147 preenchido e assinado. Caso a chefia não possa atender as restrições médicas, encaminhar o empregado a auxílio-doença quando necessitar de afastamento superior a 15 dias, seguindo os critérios estabelecidos na NS.DAF/015;
- e.) Coletar material para exames toxicológicos quando solicitado, encaminhando para análise;
- f.) Convocar o empregado, em caso de resultado positivo, e encaminhá-lo ao programa;
- g.) Comunicar o resultado do exame toxicológico ao chefe do

departamento do empregado;

### 7.4.3. Área Social

- a.) Atender o empregado para avaliação social, se necessário;
- b.) Orientar o empregado e/ou seus familiares nos casos de afastamento por auxílio doença, seguindo o estabelecido na NS.DAF/015;

## COMPANHIA DE TRENS METROPOLITANOS

TÍTULO: PREVENÇÃO E CONTROLE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

### 8 ANEXO II

Anexo I – Formulário 4146 -Termo de Adesão / Termo de Recusa  
Anexo II – Formulário 4147 – Restrição Médica  
Anexo III – Controle de versões.

#### 8.1. Anexo I - Formulário 4146 - Termo de Adesão / Termo de Recusa

## TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA TERMO DE ADESÃO

Eu.....Matrícula .....

Cargo.....Depto .....

Aceito participar do Programa de Prevenção e Tratamento do Abuso de Álcool e Outras Drogas, comprometendo-me a participar das atividades de recuperação recomendadas, mesmo fora do meu horário de expediente, sem ônus para a CPTM.

Estou ciente que, caso não compareça a qualquer uma das atividades do Programa serei desligado do mesmo.

Declaro que estou recebendo, no ato da assinatura deste termo, uma cópia da Norma de Serviço NS.GRH/008 – Prevenção e Controle da Dependência Química e Uso de Substâncias Psicoativas, que estabelece as diretrizes e procedimentos do Programa, ao quais devo cumprir.

SÃO PAULO, ...../...../.....

ASSINATURA DO EMPREGADO

**TERMO DE RECUSA**

Eu.....Matrícula .....  
Cargo.....,.....Depto .....

Tomei ciência do Programa e do tratamento oferecido pela CPTM e declaro que não tenho interesse em receber tal tratamento.

SÃO PAULO, ...../...../..... ASSINATURA DO EMPREGADO

**TESTEMUNHAS**

Declaro que o empregado tomou ciência do Programa de Prevenção e Tratamento do Abuso de Álcool e Outras Drogas oferecido pela CPTM, recusando-se a receber o tratamento e a assinar o presente Termo de Recusa.

\_\_\_\_\_ NOME / MATRÍCULA / ASSINATURA \_\_\_\_\_ NOME / MATRÍCULA / ASSINATURA \_\_\_\_\_ ASS / ÁREA MÉDICA, PSICOLÓGICA E SOCIAL \_\_\_\_\_

4146 – Depend\_quim.dot

1ª VIA - EMPREGADO

2ª VIA – CHEFIA DO EMPREGADO

3ª VIA - DRHS

## COMPANHIA DE TRENS METROPOLITANOS

TÍTULO: PREVENÇÃO E CONTROLE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E USO DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

### 8.2. Anexo II – Formulário 4147 – Restrição Médica

#### RESTRIÇÃO MÉDICA

EMPREGADO \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_ ÁREA \_\_\_\_\_

#### ÁREA MÉDICA

PARECER MÉDICO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Considerando que é atribuição do Serviço de Medicina Ocupacional a prevenção de agravos à saúde relacionados ao trabalho, solicito o afastamento do empregado da exposição ao risco referido, mantendo-o em serviço e local compatíveis pelo período de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DATA / CARIMBO / CRM / ASSINATURA - MÉDICO DO TRABALHO

#### ÁREA DO EMPREGADO

POSTO DE TRABALHO

Tendo em vista as atividades inerentes ao cargo/função do empregado, e sem prejuízo à organização do trabalho exigida neste posto de trabalho,

HÁ CONDIÇÕES DE ATENDER À RESTRIÇÃO MÉDICA?

SIM

NÃO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DATA / CARIMBO / ASSINATURA - CHEFIA IMEDIATA

Na impossibilidade de ser atendida a restrição médica, o empregado não poderá retomar suas atividades habituais, devendo ser encaminhado a esse posto médico. \_\_\_\_\_



PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO ABUSO DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS

ENTREVISTA INICIAL

Entrevistador: _____		Data: _____	
Horário - Início: _____	Término: _____	Local: _____	

**I - IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO.**

Nome: _____			
Matrícula: _____		Função: _____	
Depto. / Unidade/ Setor: _____		Fone: _____	
Local de Trabalho: _____		Chefia Imediata Fone: _____	
Data de Nascimento: _____	Data admissão: _____	Estado Civil _____	Escolaridade: _____
<b>Endereço Residencial</b> (inclusive bairro, cep, cidade / fone residencial): _____			

**Tipo de moradia:** própria( ) alugada( ) empresa( ) mora c/os pais( ) outra( )

**II - COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

Indicar os dados abaixo para os diversos membros do grupo familiar:				
Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão
<b>OBS.</b>				

**III - ENCAMINHAMENTO**

Quem indicou para o programa:  
indicação:

Motivo / relato da

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO ABUSO DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS  
ENTREVISTA INICIAL

IV - ENTREVISTA - GERAL

**1. SAÚDE**

*CAGE: Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? ( ) sim ( ) não*

1. Alguém mais na sua família também tem problema de saúde?  
Sim ( ) Não ( ) Quem?
2. Você toma algum calmante ou remédio para dormir? Sim ( ) Não ( )  
E para trabalhar? Sim ( ) Não ( )

**Obs. Informar qual o remédio para o médico que realizará a avaliação médica.**

---

**2. RELACIONAMENTO FUNCIONAL** (Explorar questões de: relacionamento (chefia e colegas), faltas, atrasos, incidentes / acidentes, jornada de trabalho, satisfação, etc.)

**3. RELACIONAMENTO FAMILIAR** (Esposa, filhos, saúde, escola, conflitos, finanças, etc.) *CAGE: As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? ( ) sim ( ) não*

**4. VIDA SOCIAL** (como é a sua vida social: atividades de lazer; amigos; parentes; festas; esportes; passatempo, etc.)

DRHS - SERVIÇO SOCIAL



PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO ABUSO DE ALCÓOL E  
OUTRAS DROGAS  
ENTREVISTA INICIAL

V – ALCOOLISMO / ABUSO DE OUTRAS DROGAS.

**CAGE:** Você se sente culpado pela maneira com que costumava beber? (Explorar, descrevendo hábito de beber / usar drogas : lugares; se é diário ou não; horários; tipo; quantidade; se chega a embriagar-se ou não; opinião da esposa, dos filhos, da chefia, dos amigos; se houve algum episódio nos últimos tempos em que surgiram problemas por causa da bebida / droga, etc. Em caso de negação, “confrontá-lo” com o por quê da indicação para participar do programa! Qual é o problema, então?)

**CAGE:** Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? sim ( ) não ( )

VI- PROCEDIMENTOS

1. Encaminhar para avaliação Médica ou Psicológica ( )

2. Combinar novas entrevistas ( ) Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Convocar por escrito para a próxima reunião do Grupo ou para nova entrevista após 15 dias ( )

4. Convidá-lo para assistir a reunião do Grupo que está se realizando ( )

5. Voltar a entrevistá-lo logo após a reunião ( )

6. Explicar a respeito de grupos externos // fornecer endereços / telefones ( )

**DRHS - SERVIÇO SOCIAL**

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO ABUSO DE  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS  
ENTREVISTA INICIAL**

**VII – PARECER DO ENTREVISTADOR**

Emitir parecer, baseando-se na análise do prontuário /ficha no contato com a chefia e na entrevista (incluir aqui relato do contato com a chefia):

Comentar: a) aparência geral / cuidados pessoais:

b) “impressão” a respeito do hábito de beber /usar e da atitude do empregado quanto ao assunto:

c) impressão a respeito da recusa em participar do grupo:

d) Outros:

**OBSERVAÇÕES**

---

---

---

## TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

### TERMO DE ADESÃO

Eu..... Matrícula.....  
Cargo....., Depto.....  
Aceito participar do Programa de Prevenção e Tratamento do Abuso de Álcool e Outras Drogas, comprometendo-me a participar das atividades de recuperação recomendadas, mesmo fora do meu horário de expediente, sem ônus para a CPTM.  
Estou ciente que caso não compareça a qualquer uma das atividades do Programa serei desligado do Programa. Declaro que estou recebendo, no ato da assinatura deste termo, uma cópia da Norma de Serviço NS.GRH/008 - Programa de Prevenção e Tratamento do Abuso de Álcool e Outras Drogas, que estabelece as diretrizes e procedimentos do Programa, aos quais devo cumprir.

SÃO PAULO, ...../...../..... ASSINATURA DO EMPREGADO

### TERMO DE RECUSA

Eu..... Matrícula.....  
tomei ciência do Programa e do tratamento oferecido pela CPTM e declaro que não tenho interesse em receber tal tratamento.

SÃO PAULO, ...../...../..... ASSINATURA DO EMPREGADO

### TESTEMUNHAS

Declaro que o empregado tomou ciência do Programa de Prevenção e Tratamento do Abuso de Álcool e Outras Drogas oferecido pela CPTM, recusando-se a receber o tratamento e a assinar o presente Termo de Recusa.

NOME / MATRÍCULA/ASSINATURA NOME / MATRÍCULA / ASSINATURA ASS / ÁREA MÉDICA, PSICOLÓGICA E SOCIAL

4142 - Depend\_quim.dot

1ª VIA - EMPREGADO

2ª VIA - CHEFIA DO EMPREGADO

3ª VIA - DFHS

**DRHS – DEPARTAMENTO DE HIGIENE E SEGURANÇA DO TRABALHO  
PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO AO ABUSO DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS**

SERVIÇO SOCIAL

Ao(À)/DEPTO

Empregado \_\_\_\_\_, Matrícula \_\_\_\_\_,

Cargo \_\_\_\_\_, deverá freqüentar o Grupo de Apoio

( ) Brás - todas as 2ª feiras das 14h às 16h – Posto Médico do Brás.

( ) Brás – todas as 3ª feiras das 08h às 10h – Posto Médico do Brás.

( ) Pres. Altino – todas as 4ª feiras das 09h às 11h – Auditório do Prédio

Administrativo em Presidente Altino.

Em caso de impossibilidade de comparecimento, a CHEFIA deverá justificar a ausência, para a Assistente Social Tânia pelo telefone 2942-1027/2942-1284 ou PREFERENCIALMENTE por e-mail: tanial@cptm.sp.gov.br.

São Paulo,

ASSISTENTE SOCIAL

CIENTE: ATE \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ciente: Empregado \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
1ª Via DFHS- Serviço Social - 2ª Via EMPREGADO - 3ª VIA CHEFIA

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO ABUSO  
DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS**

**DADOS PESSOAIS**

NOME: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_

RESP. DEPTO. \_\_\_\_\_ RAMAL: \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

**TELEFONES:**

RESIDENCIAL: (0xx \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

COMERCIAL: (0xx \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CELULAR: (0xx \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

RECADOS: (0xx \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

NOME	PARENTESCO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO

## Sumário Curricular

**Dr. LUIZ ALBERTO CHAVES de OLIVEIRA**  
**(Dr. LACO)**

**Nasceu em Rio Claro, Estado de São Paulo, aos dois de abril de 1944. Formado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1972.**

**Especialização em Pediatria, pós Residência Médica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.**

**Na área da Pediatria, exerceu diversas atividades de assistência e ensino: consultório privado por 17 anos, atendimento ambulatorial e a pacientes internados em clínicas e hospitais, destacando o HCFMUSP onde foi Assistente do Departamento de Pediatria, assim como no Hospital Gastroclínica (hoje - Edmundo Vasconcelos), neste último implantou e coordenou a Residência Médica em Pediatria no final dos anos 70.**

**Em 1985, foi Diretor Técnico do IMESC (Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo) e lá iniciou um trabalho voltado à questão das drogas e seus usuários. Aí, inicia -se um novo interesse e uma nova especialização.**

**Em 1988, começa a trabalhar no Recanto Maria Tereza – centro de tratamento para dependentes químicos e se torna Diretor Clínico da Instituição em 1990, lá ficando até 2005.**

**De 1989 a 1991 - Ocupou vários cargos no IAMSPE (Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual) inclusive a Chefia do Gabinete da Superintendência do órgão; desenvolveu inúmeros trabalhos voltados ao tema nesta Instituição a nível administrativo, técnico e didático (para pós-graduação). Voltou ao IAMSPE em abril de 2006, como Chefe de Gabinete da Superintendência; desligou-se em março de 2008.**

**Em 1991 e 1992 - Assessor Especial do Secretário de Estado da Saúde, inclusive na área de alcoolismo e outras drogas, tendo participado da Comissão Científica da 1ª Conferência Estadual de Saúde, delegado neste evento e na XIX Conferência Nacional de Saúde; foi também membro do Conselho Estadual de Saúde e Presidente do Conselho de Administração do FESIMA (Fomento para Educação Sanitária e Campanhas de Imunização em Massas Contra Doenças Transmissíveis).**

De junho de 1992 a março de 1995, foi Diretor Técnico de Departamento do Hospital (Psiquiátrico) da Água Funda, tendo promovido a total reestruturação físico-administrativa deste órgão e estimulado o desenvolvimento da atenção aos dependentes de álcool e outras drogas no Hospital. Foi responsável pela abertura do primeiro Hospital-Dia (específico a dependentes) no âmbito do Serviço Público, a nível nacional.

Na CPTM – Companhia Paulista de Trens Metropolitanos implanta e coordena o Programa de Qualidade de Vida, em 1995, com ênfase inicial no Programa de Prevenção e Tratamento ao Abuso e Dependência de Álcool e outras Drogas, na verdade uma continuidade do Programa que já havia iniciado na FEPASA em 1988. Ficou junto a esta atividade até o início de 2005, quando foi convidado pelo Secretário Walter Feldman a acompanhá-lo na Prefeitura de São Paulo (gestão José Serra) para trabalhos diversos nas Sub Prefeituras, no sentido de melhoria da qualidade de vida dos funcionários da Prefeitura e da população. Antes já havia assessorado o Dr. Walter quando este foi Chefe da Casa Civil do Governador Mário Covas – em 1997/98.

#### **Atualmente:**

- Diretor Clínico do Centro de Tratamento – Clínica Vitória – no município do Embu das Artes – desde 2006;
- Membro do Corpo Técnico da Associação Parceria Contra Drogas;
- Membro do Conselho Fiscal da ABQV – Associação Brasileira de Qualidade de Vida, foi Vice –Presidente da mesma;
- Conselheiro da FAACG – Fundação Antonio Antonieta Cintra Gordinho;
- Ex-Presidente da Comissão de Prevenção do Uso de Drogas da Sereníssima Grande Loja Maçônica do Estado de São Paulo;
- Membro do Conselho Consultivo - Fenix Associação Pro-Saúde Mental;
- Consultor de empresas, entidades, escolas e comunidades para o desenvolvimento de programas e ações na área de Promoção de Saúde, notadamente na questão das Drogas;

•Professor do curso MBA promovido pela ABRAMGE, ABQV e Centro Universitário São Camilo sobre Implantação de Programas de Promoção de saúde e Qualidade de Vida nas Empresas e Instituições;

•Conselheiro e Secretário Executivo do CONEN – Conselho Estadual de Entorpecentes do Estado de São Paulo;

•Conselheiro e Presidente (eleito) do COMUDA – Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas e Álcool do Município de São Paulo;

•Coordenador de Atenção às Drogas da Cidade de São Paulo – CDR ligado à Secretaria Municipal de Participação e Parceria.

Setembro de 2008.



## BIBLIOGRAFIA USADA E RECOMENDADA

1. **Guia Prático sobre uso, abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais de Saúde** – Ana Cecília Petta Roseli Marques & Marcelo Ribeiro; São Paulo: COMUDA – Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas e Álcool-2007.
2. **Drogas – Onde Obter Ajuda e Orientação** – Luiz Alberto Chaves de Oliveira & José Florentino dos Santos Filho; São Paulo: COMUDA – Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas e Álcool-2007.
3. **Abuso de Álcool e drogas** – Marc A Schuckit - Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
4. **ALCOOLISMO HOJE** - Ramos & Bertolote - Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
5. **OS DOZE PASSOS E AS DOZE TRADIÇÕES** – edição JUNAAB - Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil.
6. **VIVER SÓBRIO** - edição JUNAAB - Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil.
7. **ALCOÓLICOS ANÔNIMOS** - edição JUNAAB - Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil.
8. **Alcoolismo no trabalho** – Vaissman, M. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
9. **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001** – E. A. Carlini et al – São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.
10. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005** – E. A. Carlini et al – São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006.
11. **Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos.** Marlatt, G.A.; Gordon, J.R. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.
12. **O Tratamento do Alcoolismo** - Griffith Edwards, E. Jane Marshall, Christopher C. H. Cook – Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.
13. **Doces Venenos – Conversas e Desconversas sobre Drogas** – Lidia Rosenberg Aratangy – São Paulo: Editora Olho d'Água, 2001.

14. **O Eu Espiritual** – Abraham J Twerski, São Paulo: Editora Maayanot, 2001.
15. **Aconselhamento em Dependência Química** – Ronaldo Laranjeira, Neliana Buzi Figlie, Selma Bordin; São Paulo: Editora Roca,2004.

## SITES SELECIONADOS

1. OBID – Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas  
<http://www.obid.senad.gov.br>
2. ABEAD – Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas  
<http://www.abead.com.br>
3. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas  
<http://www.cebrid.epm.br>
4. GREA - Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas  
<http://www.grea.org.br>
5. U.S. Department of Health and Samhsa's National Clearinghouse for Alcohol & Drug Information  
<http://www.ncadi.samhsa.gov>
6. World Health Organization  
<http://www.who.int>
7. UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas  
<http://www.uniad.org.br>
8. Alcoólicos Anônimos  
<http://www.alcoolicosanonimos.org.br>
9. Al-Anon - Grupos Familiares  
<http://www.al-anon.org.br>
10. Narcóticos Anônimos  
<http://www.na.org.br>
11. Nar-Anon – Grupos Familiares  
<http://www.naranon.org.br>
12. Amor Exigente – Orientação, Prevenção e Tratamento  
<http://www.amorexigente.org.br>
13. Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime  
<http://www.undoc.org.br>
14. COMUDA – Conselho Municipal de Políticas Públicas de Álcool e Drogas de São Paulo  
[http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/participacao\\_parceria/comuda](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/participacao_parceria/comuda)