

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PÓS GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

FERNANDA NESI

**A RELAÇÃO ENTRE O USO DE ÁLCOOL E DROGAS PARA OS
AFASTAMENTOS DO TRABALHO**

**CRICIÚMA
JULHO DE 2013**

FERNANDA NESI

**A RELAÇÃO ENTRE O USO DE ÁLCOOL E DROGAS PARA OS
AFASTAMENTOS DO TRABALHO**

Monografia apresentada ao setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, para obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientador^(a): MSc. Schirley dos Santos Garcia

**CRICIÚMA
JULHO DE 2013**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais que nunca mediram esforços para me ajudar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, companhia constante e fiel!

Aos meus pais e familiares que sempre me apoiaram e incentivaram, principalmente quando a ideia era desistir.

Agradecimento especial para a professora Schirley que quando solicitada prontamente me ajudou.

Agradeço aos amigos e colegas de trabalho pela compreensão e incentivo.

E todos os demais que fizeram parte deste processo de aprendizagem!

RESUMO

Os prejuízos causados nas empresas relacionados a acidentes de trabalho e queda da produtividade estão, na maioria das vezes, vinculados a problemas com a dependência química. O Brasil já é o segundo maior consumidor de drogas do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Estudos epidemiológicos indicam que o alcoolismo afetará 10% da população em algum momento das suas vidas. Só nos EUA os prejuízos diretos e indiretos relacionados ao uso de drogas em 1992, foram estimados em U\$ 246 bilhões de dólares. Este custo está relacionado à perda de produtividade por doenças relacionadas ao consumo de drogas ou mortes prematuras, além de custos de tratamento da própria dependência e comorbidades, perda de bens (imóveis), custos administrativos por acidentes automobilísticos e a crimes relacionados ao consumo de drogas. No Brasil, os custos econômicos identificáveis do abuso de drogas chegam a 4,2% do PIB, fora o imensurável, porém evidente ônus pessoal, familiar e social relacionado ao uso/abuso de drogas. Segundo o GREA, da USP, a intoxicação pela ingestão de álcool provoca 25% dos acidentes de trabalho e responde por 45% das faltas e licenças dos trabalhadores. Outros dados afirmam que os funcionários com problemas de alcoolismo e outras dependências químicas apresentam um índice 8 vezes maior em atrasos que os demais trabalhadores; produtividade em torno de 30% abaixo da média e, ainda diminuem a qualidade do trabalho e criam problemas de relacionamento com os colegas

Palavras-chave: Álcool; Drogas; Dependência Química; Afastamento do Trabalho; Trabalho.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Drogas mais usadas: % de uso na vida.....	26
Tabela 2 - Dependência: % de dependentes (Região Sul).....	27
Tabela 3 - Dependência: % de dependentes (BRASIL).....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Droga
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
EUA	Estados Unidos da América
GABA	Ácido Gama-amino-butírico
GREA	Grupo interdisciplinar de Estudos de Álco
INSS	Instituto de Seguridade Social
LER	Lesão por Esforços Repetitivos
LSD	Ácido Lisérgico
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OMS	Organização Mundial da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESMT	Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
THC	Tetrahydrocannabinol
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. DROGAS: CONCEITO, HISTÓRICO E ATUALIDADE.....	12
2.1. CONCEITO	12
2.1.1. Drogas depressoras da atividade mental.....	14
2.1.2. Drogas estimulantes da atividade mental	18
2.1.3. Drogas perturbadoras da atividade mental	20
2.2. O CONSUMO DE DROGAS NAS SOCIEDADES ANTIGAS – BREVE HISTÓRICO	25
2.3. DROGAS E ATUALIDADE	27
3. TRABALHO: ABSENTEÍSMO, LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE E A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO TRABALHO	32
3.1. TRABALHO: CONCEITO HISTÓRICO.....	32
3.2. ABSENTEÍSMO: O QUE É?	33
3.3. LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE – AUXÍLIO DOENÇA.....	36
3.4. SAÚDE MENTAL E TRABALHO.....	39
4. A RELAÇÃO ENTRE OS AFASTAMENTOS DO TRABALHO E O USO DE ÁLCOOL E DROGAS	42
4.1. DADOS ATUAIS.....	42
4.2. POSSÍVEIS AÇÕES DE PREVENÇÃO NO AMBIENTE LABORAL	44
5. CONCLUSÃO	47
6. REFERÊNCIAS.....	48

1. INTRODUÇÃO

O álcool carrega consigo o papel de ser a droga socialmente mais aceita, de grande tradição cultural e ainda de ter seu consumo amplamente estimulado, principalmente pela mídia que relaciona suas propagandas a apelos sedutores criando a falsa relação entre bebida, virilidade e coragem. As bebidas alcoólicas são de fácil acesso para a população, geralmente com custos baixos e com um mínimo de restrições legais (BRANCO, MASCARENHAS E PENA, 2009).

O alcoolismo foi reconhecido como doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1948, e representa um dos problemas sócio-econômico mais grave para a saúde mundial (BARROS et. al. 2009).

A partir do século XVIII com a Revolução Industrial, fica mais evidente o consumo de drogas no ambiente de trabalho. Na época, como não existiam legislações regulamentando as jornadas de trabalho e as condições das indústrias, muitos operários utilizavam-se da bebida alcoólica como forma de aliviar as tensões diárias ou então, apenas como lazer. São datadas também desta época os primeiros programas para controle do consumo de substâncias psicoativas, em sua maioria organizada pelas associações de trabalhadores.

Dá década de 40 em diante, têm-se início os programas para desintoxicação oferecidos pelas empresas a funcionários dependentes de álcool. Todavia, o abuso no consumo de drogas ilícitas no ambiente de trabalho, agravou-se consideravelmente no fim da década de 70.

Atualmente é notório o aumento dos afastamentos do trabalho para tratamento de dependência química, em especial o álcool. Pesquisas no banco de dados da Previdência Social apontam que entre os anos de 2007 a 2010, houve um

aumento de 24,47% no número de licenças médicas para tratamento da dependência, espalhados entre profissionais de várias áreas. O álcool aparece ainda como a causa mais freqüente de aposentadoria precoce e acidentes de trabalho e a oitava causa para concessão de auxílio doença pela Previdência Social (VAISSMAN, 2004 apud BARROS et al, 2009).

Estudos da Universidade Federal de São Paulo, comprovaram que cerca de 15% dos profissionais brasileiros em atividade, são dependentes de alguma substância psicoativa ou, consomem com freqüência. O Ministério do Trabalho atenta ao fato de que estes funcionários usuários, faltam em média 26 dias por ano sem justificativas, o que representa o triplo de faltas de um funcionário comum. Não bastasse isso, existe ainda a diminuição da produtividade em até 30%, fora os riscos do aumento de acidentes de trabalho.

Para os especialistas no assunto, existem algumas profissões com maior incidência de abuso de drogas. Para eles, as profissões que tem maior exigência de carga horária (publicitários e plantonistas de hospitais), alto nível de estresse e muito volume de trabalho (operadores de bolsa de valores e jornalistas), ou aqueles com fácil acesso a substâncias como opiáceos e calmantes (profissionais da saúde) estão mais volúveis ao consumo.

Pesquisadores estão cada vez mais interessados em estudos capazes de relacionar o uso de drogas ilícitas e sua incidência no ambiente de trabalho.

Com intuito de embasar o desenvolvimento deste estudo, tivemos como objetivo geral conhecer a relação dos afastamentos do trabalho em função do uso de álcool e drogas. Quanto aos objetivos específicos, apontamos:

- Averiguar as causas e conseqüências do uso de álcool e drogas;
- Verificar quais as causas e conseqüências no afastamento do trabalho;

- Identificar se o uso de álcool e drogas interfere nos afastamentos do trabalho;

Cabe destacar ainda, que o referencial teórico está dividido em três capítulos, onde no primeiro falaremos sobre o conceito das drogas consideradas mais populares entre os usuários, seguido pelo levantamento histórico do uso de substâncias psicoativas na sociedade e para finalizar o capítulo apresentaremos alguns dados atuais sobre o tema.

No segundo capítulo será exposto um breve conceito sobre o significado do trabalho e falaremos ainda sobre o absenteísmo e a licença para tratamento de saúde. Encerrando o capítulo abordaremos a questão da saúde mental no trabalho.

O último capítulo tem como tema o título deste trabalho. Nele serão apresentadas informações atuais sobre os afastamentos do trabalho por uso de álcool e drogas e ainda, a importância do trabalho de prevenção desenvolvido dentro das empresas.

2. DROGAS: CONCEITO, HISTÓRICO E ATUALIDADE

2.1. CONCEITO

A OMS define como droga qualquer substância que não é produzida pelo organismo e que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. A origem da palavra droga deriva do holandês antigo, *droog*, que significa folha seca. A justificativa para a relação é de que naquela época quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais.

Recentemente, a medicina definiu como droga “qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (CARLINI, 2011, pg.9). As substâncias que agem alterando o funcionamento cerebral e causando modificações no estado mental e no psiquismo, são conhecidas como drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas. (NICASTRI, 2010; CARLINI, 2011). A palavra psicotrópica é formada por duas raízes: psico e trópico. Psico está relacionado ao psiquismo, que envolve as funções do sistema nervoso central e trópico significa “em direção a”. Seguindo esta mesma linha de pensamento, a OMS (1995) acrescenta que estas substâncias agem no sistema nervoso central e causam modificações nas emoções, humor, pensamento e comportamento. Cabe acrescentar que as drogas psicoativas são substâncias naturais ou sintéticas que ao adentrarem no organismo humano, independente da forma (ingerida, injetada, inalada ou absorvida pela pele), atingem direto a corrente sanguínea e o cérebro, alterando todo seu equilíbrio, podendo levar o usuário a reações diversas, inclusive, agressividade¹.

¹ Fonte: < <http://www.brasilecola.com/drogas/> >

Não são todas as substâncias psicoativas que são capazes de causar a dependência, entretanto, algumas delas aparentemente inofensivas e presentes em muitos produtos de uso doméstico escondem essa virtude.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10^o Revisão – CID 10, em seu Capítulo V – Transtornos Mentais e de Comportamento, são consideradas drogas de possível dependência:

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

As drogas também podem ser divididas de acordo com sua legalidade, ou seja, são consideradas drogas ilícitas as proibidas por Lei, enquanto as lícitas são comercializadas de forma legal, podendo ou não ter alguma restrição (álcool venda proibida para menores de 18 anos e alguns medicamentos adquiridos apenas com receituário médico).

Alguns autores (NICASTRI, 2010; BARBOSA et al, 2011) apresentam uma classificação, onde as drogas aparecem diferenciadas com base nas ações aparentes sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) e modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento do usuário. São elas:

1. drogas DEPRESSORAS da atividade mental;
2. drogas ESTIMULANTES da atividade mental;
3. drogas PERTURBADORAS da atividade mental.

2.1.1. Drogas depressoras da atividade mental

Nicastri (2010) e Barbosa et al (2011) destacam que estão inclusas nesta categoria diversas substâncias, que diferem acentuadamente em suas propriedades físicas e químicas, mas com a característica comum de causar uma diminuição de atividade global ou específica em certos sistemas do SNC. Como consequência, há uma tendência em ocorrer à diminuição da atividade motora, da reação à dor e a ansiedade. É comum a euforia no início da ingestão, gerando um falso “bem-estar” e posterior aumento da sonolência. São elas:

- **Álcool:** produzido a partir da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes na cana-de-açúcar, uva e cevada. Seu uso é conhecido desde tempos pré-históricos. Praticamente todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com sua utilização. (BARBOSA et al, 2011). Considerado como a droga psicotrópica de maior uso e abuso, amplamente disseminada culturalmente em diversos países, o álcool tem como características a indução à tolerância, ou seja, existe cada vez mais a necessidade de aumentar a quantidade da ingestão da bebida para produzir o efeito desejado ou intoxicação e a síndrome de abstinência que são os sintomas considerados desagradáveis ocorridos com a redução parcial ou total da bebida. (NICASTRI, 2010). Por ser uma molécula muito pequena e facilmente diluída em água, o etanol atravessa todas as barreiras orgânicas e chega rapidamente a todos os órgãos, inclusive no cérebro. Por este motivo, o álcool afeta diretamente o funcionamento de todo o organismo. (FORMIGONI, s.d.).

- **Barbitúricos:** são drogas sintetizadas artificialmente desde o início do século XX. Os barbitúricos tem a capacidade de deprimir várias áreas do cérebro, e conseqüentemente deixar os seus usuários mais sonolentos – não é a toa que seu uso inicial estava relacionado ao tratamento da insônia - menos tensos e com sensação de calma e relaxamento. A capacidade de raciocínio, concentração e reflexo diante das situações, também ficam afetadas. Em doses maiores do que as recomendadas pelo médico, a reação ocasionada lembra a embriaguez – fala enrolada e dificuldades na marcha.

A ingestão de doses que ultrapassam as quantias recomendadas ou doses consideradas tóxicas podem provocar sinais de falta de coordenação motora; alto nível de sonolência, chegando até ao coma e em situações extremas podem levar a óbito por parada respiratória. Barbitúricos são drogas que causam tolerância, principalmente quando utilizadas doses altas desde o início do tratamento e síndrome de abstinência quando o uso é interrompido, provocando insônia, agressividade, ansiedade e alguns casos, até convulsões.(NICASTRI,2010; CARLINI, 2011; BARBOSA et al, 2011).

- **Benzodiazepínicos:** “São medicamentos que tem a propriedade de atuar quase que exclusivamente sobre a ansiedade e tensão, sendo, por este motivo, denominados ansiolíticos” (CARLINI et al, 2001). Os benzodiazepínicos – todos – são capazes de estimular os mecanismos do cérebro que normalmente atuam combatendo estados de tensão e ansiedade. (CARLINI, 2011).

Seu uso medicinal teve início nos anos 60 e possui algumas similaridades com os barbitúricos em termos de ações farmacológicas, porém, tem a vantagem de oferecer uma margem maior de segurança, ou seja, a dose tóxica considerada prejudicial a saúde, é consideravelmente maior do que a dose terapêutica, utilizada

durante o tratamento médico. Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais utilizados no mundo, inclusive no Brasil onde no ano de 2001 já existiam mais de 100 medicamentos à base desta substância. (CARLINI et al, 2001; BARBOSA et al, 2011).

Os efeitos da substância no organismo (relaxamento muscular, diminuição da ansiedade, indução do sono e do estado de alerta, dificuldade de aprendizagem e memória e prejuízo nas funções motoras) acontecem devido a sua atuação no sistema GABA (ácido gama-amino-butírico), o principal neurotransmissor inibitório do SNC. Como citado anteriormente, as doses tóxicas dessas drogas são bastante altas em relação ao indicado durante o tratamento, todavia, a situação pode agravar-se se concomitante ao tratamento houver a ingestão de bebida alcoólica ou barbitúricos. Os benzodiazepínicos têm sua venda controlada pelo Ministério da Saúde, ou seja, a farmácia só pode efetuar a venda mediante a apresentação do receituário médico, que fica retido após a compra, muito embora isso nem sempre ocorre. (CARLINI et al, 2001).

- **Opióides:** Neste grupo estão todas as drogas “naturais” derivadas da papoula do oriente (*Papaver somniferum*). Quando cortada, a cápsula da papoula ainda verde obtém-se um suco leitoso, conhecido como ópio (originada do grego e quer dizer “suco”). Após estar seco, esse suco passa a se chamar pó de ópio. (CARLINI, 2011).

As drogas que mais se destacam neste grupo são a morfina, a heroína e a codeína, além de outras sintetizadas em laboratório, como a metadona e meperidina. No organismo os opióides atuam imitando o funcionamento de diversas substâncias naturalmente produzidas, como as endorfinas e as encefalinas (ambas atuam como neurotransmissoras).

Quando no organismo, os opióides produzem ações de insensibilidade à dor, sendo seu uso relacionado principalmente em casos de dor crônica e de dor aguda de alta intensidade. Como efeitos colaterais, podemos citar: torpor, sonolência, efeito sedativo que prejudica a capacidade de concentração, motilidade² do trato gastrointestinal e contração pupilar (NICASTRI, 2010; BARBOSA et al, 2011). Em doses elevadas, deprimem o centro respiratório podendo causar lentidão na respiração e superficialidade e até mesmo, parada respiratória, perda de consciência e morte. A abstinência desencadeia sintomas como náuseas, lacrimejamento, câimbra, vômitos, diarreia, corrimento nasal e arrepios com duração de até 12 dias.

- **Solventes e inalantes:** O termo solvente significa substância capaz de dissolver coisas, enquanto inalante é toda substância que pode ser inalada, ou seja, aspirada por vias nasais ou pela boca. (CARLINI, 2011).

Carlini et al (2001) indica que “um número enorme de produtos comerciais contém solventes, como esmaltes, cola, tinta, thinners, propelentes, gasolina, removedores, vernizes, etc”. Desta forma, podemos observar que este grupo de substâncias não possui nenhuma utilização clínica, com exceção do éter etílico e do clorofórmio, que já foram amplamente empregados como anestésicos gerais. Os solventes podem ser considerados como droga de abuso quando inalados intencionalmente, como no caso da cola de sapateiro, e da mistura de éter e clorofórmio que formam o popularmente conhecido “lança-perfume”, “cheirinho” ou “loló”. Após inalar a substância, o efeito é bastante rápido - de segundos a minutos - e têm curta duração (entre 15 e 40 minutos, aproximadamente), assim o usuários faz diversas aspirações com intuito de prolongar o efeito.(NICASTRI, 2010).

² Em Fisiologia, a motilidade é a capacidade de um órgão de executar movimentos autônomos. Um exemplo é a motilidade intestinal - a capacidade dos intestinos de realizarem movimentos peristálticos para expelir do organismo o bolo fecal. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Motilidade>, acessado em 17/04/2013.

Quanto ao uso constante de solventes, Carlini et. al. (2001) nos chama atenção, pois tal prática ocasiona a destruição dos neurônios, causando lesões irreversíveis no SNC. Além disso, seu uso crônico causa apatia, dificuldade de concentração e déficit de memória.

2.1.2. Drogas estimulantes da atividade mental

Neste grupo destacam-se as drogas com capacidade de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. (NICASTRI, 2010; CARLINI, 2011).

- **Anfetaminas:** São substâncias sintéticas, ou seja, produzidas em laboratório. Elas agem como estimulantes na atividade do SNC, fazendo o cérebro trabalhar de forma mais acelerada. Dentre os efeitos provocados pelo uso, estão a alteração na fala (taquilalia), taquicardia, redução do sono e do apetite, elevação da pressão arterial e excesso de disposição para realização de atividades. (NICASTRI, 2010; CARLINI, 2011; BARBOSA et al, 2011).

Na ingestão da substância em doses tóxicas, os efeitos descritos anteriormente ficam acentuados e ainda, o usuário fica mais propenso a irritabilidade e agressividade. Outro efeito do alto consumo são os delírios persecutórios, onde o usuário considera-se vítima de uma perseguição inexistente. Existe ainda a chance do aparecimento de alucinações e convulsões.

As anfetaminas são drogas que induzem a tolerância. Quanto a síndrome de abstinência, Nicastri (2010) refere que “não se sabe com certeza se ocorre uma verdadeira síndrome de abstinência”, no entanto são recorrentes os relatos de

sintomas depressivos (falta de energia, desânimo, perda de motivação) em geral, bastante intensos quando há interrupção do uso dessas substâncias.

- **Cocaína:** Inicialmente, foi usada na fabricação de bebidas, tônicos e até receitada como medicamento. No entanto, sabe-se que atualmente seu uso pode induzir estados psicóticos, delírios persecutórios e alucinações auditivas e visuais. (CORRÊA, *s.d.*).

A cocaína é uma substância extraída de uma planta originária da América do Sul, popularmente conhecida como coca (*Erythroxylon coca*). Pode ser consumida na forma de pó (cloridrato de cocaína), aspirado ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea, ou sob a forma de uma pedra, que é fumada, o crack. Outra forma de apresentação da substância é em formato de pasta. A pasta de coca conhecida como merla, é um produto menos purificado, que também pode ser fumado. (BARBOSA et al, 2011). Seu mecanismo de ação no SNC é muito semelhante ao das anfetaminas, todavia a cocaína atua, ainda, sobre um terceiro neurotransmissor, a serotonina, além da noradrenalina e da dopamina. Os efeitos do uso são descritos por sensação intensa de euforia e poder, estado de excitação, hiperatividade, insônia, falta de apetite e aumento da disposição. No entanto, estes efeitos são mais intensos quando a via de utilização é a intravenosa ou quando indivíduo utiliza o crack ou merla. (NICASTRI, 2010). Em doses maiores, o consumo de cocaína e seus derivados causam efeitos como irritabilidade, agressividade e até delírios e alucinações, que caracterizam um verdadeiro estado psicótico, a psicose cocaínica. Também pode ser observada a elevação da temperatura corporal e em alguns casos convulsões de difícil tratamento, que podem levar à morte se esses sintomas forem prolongados. Ocorrem, ainda, dilatação pupilar, elevação da pressão

arterial e taquicardia (os efeitos podem levar até a parada cardíaca, uma das possíveis causas de morte por superdosagem).

Carlini (BRASIL, 2010) argumenta que:

essas sensações podem ser tão poderosas e prazerosas que muitos usuários querem repetir o uso tão logo o efeito passe. Para outros, a cocaína não provoca esse prazer. As sensações mais relatadas, nesse caso, são necessidade de isolamento, ansiedade ou mesmo pânico.

Questionada se a cocaína pode gerar dependência, Carlini (BRASIL, 2010) responde:

Sim. Muitos usuários que fazem uso abusivo de cocaína desenvolvem compulsão pela droga e sofrem de intensa depressão quando ficam sem ela. A sensação só é amenizada quando conseguem usar cocaína novamente.

Já o autor Nicastri (2010), justifica que “apesar de não serem descritas tolerância nem síndrome de abstinência inequívoca, observa-se, frequentemente, o aumento progressivo das doses consumidas”.

Ambos os autores são enfáticos em afirmar que quando se trata do uso do crack, os usuários desenvolvem dependência severa rapidamente, muitas vezes, com poucos meses ou apenas algumas semanas de uso.

Um fator preocupante relacionado ao uso de cocaína é o risco da ocorrência de infarto do miocárdio e Acidente Vascular Cerebral (AVC) em seus usuários, chamando atenção principalmente para a ocorrência em indivíduos relativamente jovens. Segundo Nicastri (2010) foi observado um processo de degeneração irreversível da musculatura (rabdomiólise) em usuários considerados crônicos.

2.1.3. Drogas perturbadoras da atividade mental

Pertencem a este grupo, as substâncias cujo principal efeito é provocar alterações no funcionamento cerebral, resultando em vários fenômenos psíquicos anormais, dos quais se destacam os delírios e as alucinações. Tal fato fez com que

estas drogas fossem popularmente conhecidas por alucinógenos. (NICASTRI, 2010)

Para melhor compreensão dos sintomas, cabe destacar a diferença entre alucinação e delírio:

Em linhas gerais, podemos definir alucinação como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. Delírio, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta. (NICASTRI, 2010, pg.26)

- **Maconha:** É o nome dado no Brasil à *Cannabis sativa*. Suas folhas e inflorescências secas podem ser fumadas ou ingeridas. O estudioso Nicastri (2010) destaca que há uma variação desta substância, conhecida como haxixe - pasta semi-sólida obtida por meio de grande pressão nas inflorescências, preparação com maiores concentrações de THC (tetrahydrocannabinol), uma das diversas substâncias produzidas pela planta, principal responsável pelos seus efeitos psíquicos. A maconha vem sendo utilizada há séculos por diferentes culturas e com objetivos distintos. Sua ascensão foi partir de 1960, quando ficou mais conhecida e seu uso considerado “recreativo”, tendo o propósito de alterar a consciência (BRASIL, 2010).

Embora não seja estudada por seu valor clínico, o “barato” ocasionado com o uso da droga está associado à melhora do humor, diminuição da ansiedade e relaxamento, qualidades estas desejadas no tratamento de diversas doenças. (LOPES-MALCHER e RIBEIRO; s.d.). No entanto, é importante salientar que os efeitos do uso da substância são bem variáveis, inclusive, estudiosos sobre o tema mencionam que a mesma pessoa pode de um uso para outro experimentar efeitos diferentes. (LOPES-MALCHER e RIBEIRO; s.d.; BRASIL, 2010). Algumas pessoas ao usarem sentem-se relaxadas, falam bastante, riem à toa. Outras sentem-se

ansiosas, amedrontadas e confusas. Em casos onde há consumo em doses maiores ou de acordo com a sensibilidade do indivíduo “podem ocorrer perturbações mais evidentes do psiquismo, com predominância de delírios e alucinações.” (NICASTRI, 2010, pg.27).

Em longo prazo, o uso frequente da maconha interfere na capacidade de aprendizado e memorização. São observados nos usuários alguns efeitos físicos, como olhos avermelhados (hiperemia conjuntival), diminuição da produção de saliva e taquicardia. Dentre os efeitos físicos conhecidos pelo uso crônico, podemos destacar os problemas respiratórios, tendo em vista que a fumaça produzida pela maconha é extremamente irritante por conter alto teor de alcatrão e nele existir uma substância chamada benzopireno, um conhecido agente cancerígeno. Para o sexo masculino, existe um agravante quanto ao excesso de consumo da droga. Neste caso “ocorre ainda, uma diminuição de 50% a 60% na produção de testosterona dos homens, podendo haver infertilidade.” (NICASTRI, 2010, pg.27).

- **Alucinógenos:** denominação utilizada para diversas drogas capazes de provocar uma série de distorções no funcionamento normal do cérebro, ocasionando diversas variações psíquicas, não havendo para tanto nenhuma estimulação ou depressão psíquica (NICASTRI, 2010). Em geral, as reações psíquicas são bem variadas. Às vezes, são agradáveis ou “boa viagem”, onde a pessoa se sente recompensada pelos sons incomuns, cores brilhantes e pelas alucinações. Em outras ocasiões, os fenômenos mentais vivenciados, são desagradáveis - sensações de deformação do próprio corpo, certeza de morte, etc. São as “más viagens”.³

Com o avanço da ciência, várias substâncias foram sintetizadas em laboratório e, dessa maneira, além dos alucinógenos naturais (extraídos de plantas),

³ Fonte:< www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php#definicao>

hoje em dia são conhecidos os alucinógenos sintéticos, dos quais o LSD-25 é o mais representativo, além do ecstasy. (CARLINI, 2011).

Os alucinógenos podem ser subdivididos em :

- alucinógenos propriamente ditos ou alucinógenos primários: capazes de produzir efeitos psíquicos em doses que causam pouca alteração no funcionamento do organismo;

- alucinógenos secundários: substâncias capazes de induzir efeitos alucinógenos, em doses que afetam de maneira significativa o organismo;

- plantas com propriedades alucinógenas: plantas que possuem como característica alguma propriedade alucinógena, como por exemplo, algumas espécies de cogumelos (*Psilocibe mexicana*) e outros. Geralmente seu consumo é feito na forma de chás.

- **Dietilamida do Ácido Lisérgico:** popularmente chamado de LSD, é uma substância alucinógena, sintetizada artificialmente. Sua ação é de alta potência, as doses de 20 a 50 milionésimos de grama, produzem efeitos com duração de 4 a 12 horas. Os efeitos do uso do LSD são: alucinações visuais e auditivas (que podem tanto provocar sensações boas, como também, deixar o usuário amedrontado); distorções de cores e formas; perda da noção do tempo e espaço; exaltação e fusão de sentidos (impressão de que os sons adquirem forma ou cor); pulsação acelerada, pupila dilata e em alguns casos, episódios convulsivos. (NICASTRI, 2010).

Sobre os efeitos do uso de LSD, Lopes (1996) e Brown (s.d.) são contundentes ao explicar que não apenas o LSD, mas os demais alucinógenos têm seu efeito fortemente influenciado pelo ambiente e pelas expectativas do usuário. A personalidade, expectativa, sensibilidade e as preocupações também são fatores considerados.

- **Ecstasy (3,4-metileno-dioxi-metanfetamina ou MDMA):** Conhecido entre seus usuários como “droga do amor”, o ecstasy é uma substância alucinógena que guarda relação química com as anfetaminas e apresenta, propriedades estimulantes e alucinógenas (BARBOSA et al, 2011). Inicialmente, seu uso era indicado como inibidor de apetite, no tratamento de mau de Parkinson (década de 40), antidepressivo (década de 60) e até mesmo como desinibidor durante as sessões de psicoterapia. A ingestão da substância aumenta a produção de serotonina – hormônio que regula a atividade sexual – provocando um estado de excitação, enrijecimento dos músculos e aumento dos batimentos cardíacos. O consumo contínuo pode acarretar em paralisia cerebral e morte (LOPES, 1996).

- **Anticolinérgicos:** Podem ser substâncias extraídas de plantas ou sinteticamente produzidas. Os efeitos no organismo são muito intensos, podendo durar de 2 a 3 dias. O uso de anticolinérgicos (com acompanhamento médico) é usualmente aplicado no tratamento de algumas doenças (Parkinson, diarreia, etc) (CARLINI, 2011).

Sua característica é inibir a produção de acetilcolina, um neurotransmissor encontrado no SNC e no Sistema Nervoso Periférico (SNP). Quando utilizados, os anticolinérgicos causam alucinações e delírios. Os efeitos somáticos são dilatação da pupila, aumento da frequência cardíaca, boca seca, diminuição da motilidade intestinal (até paralisia) e dificuldades para urinar. Em doses tóxicas, tem-se o agravante do aumento da temperatura corporal (até 40-41°), com possibilidade de convulsões. (NICASTRI, 2010; CARLINI, 2011; BARBOSA et al, 2011).

Existem outras drogas cujos efeitos psicoativos não possuem enquadramento em nenhuma das categorias mencionadas anteriormente. Coincidentemente, essas drogas são comercializadas licitamente. São elas:

- Tabaco;
- Cafeína;
- Esteróides anabolizantes;

A maioria das drogas mencionadas aqui tem seu consumo datado desde as sociedades mais antigas. A seguir, faremos um resgate histórico do surgimento das substâncias psicoativas e do consumo.

2.2. O CONSUMO DE DROGAS NAS SOCIEDADES ANTIGAS – BREVE HISTÓRICO

São inúmeros os registros que evidenciam o consumo de drogas pela humanidade ao passar dos anos, contudo, “pairam dúvidas sobre qual teria sido a primeira droga psicoativa utilizada pelo homem, o que se pode saber com certeza foi que isto ocorreu a milhares de anos.” (MATOS, 2008, pg.01).

Sabe-se que inicialmente, as substâncias psicoativas eram utilizadas para uso medicinal, como no caso da papoula – de onde se extrai o ópio – muito difundida no Oriente Médio, era usada como sedativo para dor e como afrodisíaco. No Egito, os faraós a utilizavam como ingrediente para a fabricação de remédios, enquanto os imperadores romanos faziam uso para dormir (MATOS, 2008). Com o passar dos tempos e avanço da ciência, a droga foi adquirindo formas mais refinadas, como por exemplo, a morfina que desde 1804 vem sendo usada como eficiente anestésico. Em 1874, foi descoberta uma droga ainda mais potente que a morfina: a heroína, porém, em contra partida esta tem alto poder de dependência. (VERGARA, 2003 apud MATOS, 2008).

Outras substâncias, como o álcool, tinham seu uso restrito a cerimônias e rituais místicos. Eram utilizadas pelos indígenas em rituais sagrados e/ou

festividades sociais, assim como nas civilizações gregas e romanas. Para os egípcios o consumo de cerveja e vinho estava relacionado ao tratamento de uma série de doenças, como forma de amenizar dores e também como abortivo. Ainda hoje, algumas religiões utilizam o vinho em cerimônias, como no caso de católicos, protestantes, judeus e candomblecistas. (BUCHER, 1986 apud BÜCHELE e CRUZ, 2010)

No contexto que eram utilizadas, as drogas não representavam uma ameaça à sociedade,

uma das razões pelas quais durante a maior parte da história o uso de drogas não apresentasse maiores ameaças à sociedade constituída é que ele geralmente se dava no bojo de rituais coletivos ou orientado por objetivos que a sociedade reconhecia como expressão de seus próprios valores (MACRAE, 2007, pg.1)

Apenas ao final do século XIX e início do século XX devido ao grande processo de urbanização e industrialização e a implantação de uma ordem médica, que o uso e abuso de vários tipos de drogas passaram a ser reconhecidos como problema. Antes disto, o usuário era visto com muito mais preconceito, alguns diziam que eles estavam “possuídos por força do mal”, relacionavam também a falha de caráter ou total desprovemento de “força de vontade” por não resistirem ao vício (ESCOLA..., s.d). Desta forma, o quê anteriormente era apenas tratado na esfera religiosa passa a ser tratado pela biomedicina. (MACRAE, 2007).

Com o passar do tempo e a facilidade de acesso, os motivos para o consumo das substâncias psicoativas passam por novas configurações. O que antigamente era utilizado quase que exclusivamente para fins religiosos passa a ter seu uso relacionado a fins recreativos.

2.3. DROGAS E ATUALIDADE

Atualmente diversas substâncias psicoativas estão sendo comercializadas com as mais diversas finalidades – uso recreativo ou lúdico, apenas para fins prazerosos; místico e curativo. (BÜCHELE e CRUZ, 2010).

O consumo e a facilidade de acesso crescem consideravelmente em todo o País. Büchele e Cruz (2010) mencionam alguns dados relevantes sobre o tema

dados do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) apontam que, no mundo todo, cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população entre 15 e 64 anos – usam drogas ilícitas, pelo menos, uma vez por ano. Dentre estas, a mais consumida no mundo é a maconha (pg. 115).

Nos anos de 2001 e 2005 foram realizados levantamentos domiciliares em todo o Brasil, através de uma parceria entre Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), mostrando a evolução do consumo das drogas mais usadas. Destacamos aqui um comparativo com os dados apresentados pelos entrevistados nas cidades com mais de 200 mil habitantes⁴, da região Sul

Tabela 1 - Drogas mais usadas: % de uso na vida

DROGAS	2001	2005
ÁLCOOL	69,4	73,9
TABACO	44,1	49,3
MACONHA	8,4	9,7
BENZODIAZEPÍNICOS	4,2	3,3
SOLVENTES	4,0	5,2
COCAÍNA	3,6	3,1

⁴ Cidades pesquisadas da região Sul: Cascavel (PR); Curitiba (PR); Foz do Iguaçu (PR); Londrina (PR); Maringá (PR); Ponta Grossa (PR); São José dos Pinhais (PR); Canoas (RS); Caxias do Sul (RS); Gravataí (RS); Novo Hamburgo (RS); Pelotas (RS); Porto Alegre (RS); Santa Maria; Viamão (RS); Blumenau (SC); Florianópolis (SC); Joinville (SC).

XAROPES (codeína)	2,4	2,4
ESTIMULANTES	2,0	2,6
OPIÁCEOS	1,2	2,7
OREXÍGENOS	1,0	1,1
ALUCINÓGENOS	0,6	1,1
CRACK	0,5	1,1
BARBITÚRICOS	0,5	0,3
ANTICOLINÉRGICOS	0,5	0,3
ESTERÓIDES	0,2	0,8
MERLA	0,1	0,2
HEROÍNA	0,1	0,3

Fonte: II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil :estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005

Pelo exposto, observamos que houve entre 2001 e 2005 um aumento no consumo de maconha, solventes, estimulantes, opiáceos, crack, esteroides, merla e heroína. Em contrapartida, ocorreu a diminuição de uso na vida de substâncias como cocaína, barbitúricos, benzodiazepínicos e anticolinérgicos.

Quanto à dependência da substância, o estudo mostra que:

Tabela 2 - Dependência: % de dependentes (Região Sul)

DROGAS	2001	2005
ÁLCOOL	9,5	9,0
TABACO	12,8	10,7
MACONHA	-	1,1
BENZODIAZEPÍNICOS	-	0,2
SOLVENTES	-	0,1
ESTIMULANTES	-	0,3

Fonte: II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil :estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005

O álcool e o tabaco continuaram sendo as drogas mais consumidas pela população entrevistada, porém, o tabaco apresentou redução de consumo enquanto o álcool permaneceu praticamente com o mesmo índice.

Ao todo, no Brasil foram realizadas 878 entrevistas, em 108 cidades com mais de 200 mil habitantes. Comparado ao índice apresentado pela região Sul quanto a dependência, a tabela em nível de País mostra o seguinte

Tabela 3 - Dependência: % de dependentes (BRASIL)

DROGAS	2001	2005
ÁLCOOL	11,2	12,3
TABACO	9,0	10,1
BENZODIAZEPÍNICOS	1,1	0,5
MACONHA	1,0	1,2
SOLVENTES	0,8	0,2
ESTIMULANTES	0,4	0,2

Fonte: II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil :estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005

O comparativo nos mostra que houve um aumento significativo no consumo de álcool e tabaco no País no período apresentado, enquanto para as outras drogas pesquisadas, o índice diminuiu ou teve pouca alteração. Entre as drogas ilícitas, a maconha destaca-se, porém, com aumento considerado baixo de uma pesquisa para outra.

Analisando os dados apresentados, podemos concluir que em nossa sociedade, a maioria da população faz uso de alguma substância lícita (álcool, tabaco e medicamentos), com intuítos diferentes (redução da ansiedade, aliviar a dor, recreação, prazer, etc). Quanto às drogas ilícitas, a maconha, cocaína e os solventes são as mais utilizadas (BÜCHELE e CRUZ, 2010, pg. 116).

No dia 25 de junho de 2012 foi lançado o Relatório Mundial sobre Drogas 2012, a data representa também o Dia Internacional contra o Abuso de Drogas e o Tráfico de Ilícitos. Sobre este relatório, Silva (2012) informa que

O relatório demonstrou que, em todo o mundo, o consumo e a produção de drogas ilícitas tradicionais (a cocaína, a heroína e a cannabis) têm-se mantido estável, não obstante haja mudanças nos fluxos e mercados de consumo dessas substâncias, com tendência a aumentar nos países em desenvolvimento. (pg.23).

Outro fato importante e alarmante destacado pela autora é sobre o aumento da produção e consumo de drogas sintéticas, como anfetaminas e demais substâncias manipuladas.

Em relação ao Brasil, o relatório apresentará dados importantes referentes às duas drogas ilícitas mais representativas do cenário nacional: a cocaína e a maconha.

Tendo em vista as informações apresentadas, ressaltamos que o uso de substâncias psicoativas se configuram na contemporaneidade como um grave problema de saúde pública, sendo o álcool a substância de maior consumo. (PILLON e LUIS, 2008; BARROS, et. al., 2009). Os autores complementam o pensamento, informando que este fenômeno está presente em todas as esferas da vida humana, inclusive no âmbito do trabalho onde o uso abusivo de drogas transforma o candidato a uma vaga de emprego em um fator de risco à toda a comunidade laboral⁵.

Com foco na organização de trabalho, a seguir apresentaremos algumas informações sobre as modalidades de afastamento mais utilizadas quando os

⁵ Fonte: Jornal Cidade. 09/12/2012. Disponível em http://www.protecao.com.br/noticias/estatisticas/consumo_de_drogas_eleva_os_riscos_de_acidentes_de_trabalho/A5y4AAjj

empregados apresentam problemas relacionados ao uso de substâncias e a importância da compreensão do problema como questão de saúde.

3. TRABALHO: ABSENTEÍSMO, LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAUDE E A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

3.1. TRABALHO: CONCEITO HISTÓRICO

Ao falarmos sobre trabalho, percebemos que este tema é tão antigo quanto a história da própria humanidade. Reis (s.d) em um levantamento histórico descreve que inicialmente o trabalho foi instituído como dor ou castigo. Enquanto isso, o filósofo Karl Marx (MARX, 1844 apud OLIVEIRA, 2010; ANTUNES, 2009; MORAES et. al., 2010) sugere que é o trabalho que distingue o homem do animal. A mesma concepção marxista é compartilhada por Antunes (1999), onde se lê:

O trabalho é, portanto, resultado de um *pôr teológico* que (previamente) o ser social tem ideado em sua consciência, fenômeno este que não está essencialmente presente no ser biológico dos animais (pg. 136)

Ainda sobre a definição de trabalho, Borges (1999, pg. 82) considera que “não existe uma concepção única aceita pela sociedade, porque cada uma, surgida historicamente, não elimina as anteriores, mas se põem em luta, coexistindo e competindo entre si”, ou seja, quanto mais recente a concepção, mais ampla e diversificada ela se torna, pois passa a englobar novas influências do conhecimento humano.

Compreendemos então que o trabalho pode ser considerado como um conjunto de atividades realizadas com intuito de atingir uma meta e que ultrapassa o dever de suprir as necessidades básicas e econômicas do ser humano, sendo reconhecido como um importante instrumento para o desenvolvimento das relações sociais que motivam os trabalhadores. (HERZBERG, 1966, 1980, 1996; HACKMAN e SUTTLE, 1977 apud MORIN, 2001; MARX e ENGELS, 2007; BRAVERMAN, 1980; LEONTIEV, 2004 apud BOSCHCO, 2011).

É no trabalho que passamos a maior parte do tempo de nossa vida. São dedicados a ele, o ápice de nossa juventude até a entrada na terceira idade. Em alguns casos – ou na maioria deles, esses são os anos mais saudáveis do trabalhador, e que podem ser prejudicados de acordo com a complexidade da atividade executada ou a pressão psicológica sofrida. Visando evitar a ocorrência do absenteísmo como fuga temporária da “situação-problema”, o trabalhador que apresenta alguma doença/transtorno é orientado a afastar-se de suas atividades temporariamente, para tratamento médico.

3.2. ABSENTEÍSMO: O QUE É?

Originário do termo francês *absentéisme*, significa pessoa que falta ao trabalho, por diversos motivos, abrangendo além das faltas - sem motivo aparente - e atrasos, as ausências legais (férias, licença maternidade, etc). (BULHÕES, 1986 e FERREIRA, 1986 apud SILVA e MARZIALE, 2000; SOUZA, 2007 apud AGUIAR e OLIVEIRA, 2009). A Organização Internacional do Trabalho – OIT, difere o absenteísmo do absenteísmo por licença médica. O primeiro é definido apenas como a falta do empregado ao trabalho, onde não são explicitados os critérios de “falta” e o segundo é caracterizado pelo afastamento do trabalho por licença médica, considerando todo o período de afastamento. (PRIMO, MAGALHÃES e SAKURAY, 2007).

O conceito de absenteísmo gera discussão entre os autores. Costa (1971 apud AGUIAR e OLIVEIRA, 2009) considera como absenteísmo apenas a ausência do trabalhador de forma intencional, excluindo do contexto férias, punições, luto, nascimento e demais ausências previstas em Lei. Já Mallada (2007 apud AGUIAR e OLIVEIRA, 2009) contextualiza o absenteísmo como voluntário ou involuntário. Onde

voluntário seria aquele onde o empregado é afastado do trabalho para cumprimento de ações legais (férias, punições, licenças, doação de sangue, luto, nascimento) e o involuntário seriam as ausências que não foram programadas (como problemas de saúde e pessoais).

Por outro lado, Nogueira (1980 apud NETO, 2006) aponta que o absenteísmo vai muito além das faltas. Ele pode demonstrar uma rejeição ao trabalho, insatisfação com o salário, com as políticas da empresa ou com as condições de trabalho. Chiavenato (1999 apud NETO, 2006) acrescenta mais um motivo: a relação hostil entre chefia e subordinado. Neste contexto, a ausência serve como pretexto para desvencilhar-se de uma situação conflituosa. Essas situações podem ser observadas principalmente, nas faltas de pequena duração, e quase sempre próximas de feriados ou finais de semana.

Todavia, Chiavenatto (2004 apud AGUIAR e OLIVEIRA, 2009) destaca uma nova percepção sobre o assunto, não considerada pelos autores anteriores. Ele considera a ausência mental do trabalhador durante a realização de suas tarefas, como uma forma de absenteísmo. Neste modelo, o trabalhador apesar de estar presente na empresa tem sua atenção/mente voltada a outros assuntos, até mesmo como uma fuga da atividade repetitiva e exaustiva que executa. Se o trabalhador não está consciente das atividades que desempenha, a empresa corre o risco de ter uma produção deficitária e o trabalhador coloca-se em situação de risco afinal, a desatenção pode gerar algum acidente de trabalho.

Na opinião de Bulhões (1998 apud SILVA e MARZIALE, 2000), o absenteísmo pode refletir tanto as condições voltadas para a saúde do trabalhador, quanto as condições de vida e trabalho, que devem - e precisam - ser analisadas e prevenidas. Alguns estudos epidemiológicos bem assessorados possibilitam o

reconhecimento destas variáveis que permeiam o absenteísmo, como por exemplo, idade, sexo, estado civil, turno de trabalho, fatores psicológicos, dias da semana e causas médicas de faltas ao trabalho. Desta forma, conhecendo os riscos fica mais fácil apresentar algum método capaz de auxiliar na prevenção.

Fica claro que o absenteísmo é um problema considerado oneroso para as organizações, que se deparam frequentemente com o problema. Em sua fala, Neto (2006) destaca

O absenteísmo vem sendo alvo de atenções e preocupações de empresários, executivos e médicos do trabalho. Se do ponto de vista empresarial influi negativamente no balanço econômico, também sob ponto de vista médico, seu estudo deve representar importante tarefa de um serviço de medicina ocupacional, considerando-se que seu conhecimento pode definir e conduzir a uma política essencialmente prevencionista e de alto significado social (pg.8).

Ou seja, se por um lado o absenteísmo induz a baixa do rendimento da organização, olhando pela questão da saúde identificamos que a falta do trabalhador, acarreta a sobrecarga para aqueles que permanecem trabalhando e que precisam desenvolver além das suas atividades a dos colegas faltantes. O risco adotado pela sobrecarga de trabalho aos que permanecem, pode levar ao aparecimento de novos problemas de saúde e possíveis afastamentos para tratamento de saúde. (PRIMO, MAGALHÃES e SAKURAY, 2007).

No Brasil, a taxa de absenteísmo tende a variar significativamente de acordo com o tipo de organização (pública ou privada), atividade desenvolvida e a forma como a organização é administrada. Além disso, com o frequente avanço tecnológico, onde a mão de obra cada vez mais está sendo substituída por processos automatizados e o alto índice de desemprego, deixam os trabalhadores temerosos a perder seu emprego. (BOURGUIGNON, 1999 apud NETO, 2006).

Diante o exposto pelos autores sobre o trabalho e os problemas de saúde ocorridos ou influenciados pelo contexto laboral, entendemos que seja interessante

abordarmos sobre a licença para o tratamento de saúde - auxílio doença, cujo afastamento consideramos ideal para que o trabalhador tenha garantido seu período de afastamento para tratamento médico adequado sem perdas financeiras.

3. 3. LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE – AUXÍLIO DOENÇA

A atenção à saúde é vista como um avanço dentre os direitos dos trabalhadores brasileiros. Tudo teve início a partir da inclusão das questões de saúde e segurança no trabalho na Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, através do Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 e, posteriormente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, onde efetivamente a saúde fica entendida como um direito, de acesso universal, integral e sem distinções à população.

A OMS define a saúde como sendo um perfeito estado de bem-estar físico, psíquico e social, enquanto Pereira (1995, pg.30 apud SALVADOR e TONHÁ, 2006) declara que “a saúde pode ser definida com ausência de doença e a doença, inversamente, conceituada como falta ou perturbação da saúde”.

De acordo com Mendes e Cruz (2004 apud CAVALHEIRO e TOLFO, 2011), o ser humano dedica a maior parte de sua existência ao trabalho, pois o considera como um dos aspectos mais relevantes da vida. Essa afirmação não considera somente o tempo dedicado a ele, mas sim a importância de sua representação psicossocial. Em contra partida, precisamos considerar também, aqueles cuja saúde está comprometida de tal maneira que precisam ficar afastados do trabalho. Neste momento, ocorre o afastamento para tratamento de saúde, onde as causas podem estar relacionadas a acidente de trabalho ou doença de caráter física ou psíquica.

No Brasil, conforme levantamento da Previdência Social entre os anos de 2005 a 2012, os transtornos mentais foram responsáveis pela terceira causa de afastamento do trabalho, perdendo apenas para as doenças do sistema muscular (Lesão por Esforço Repetitivo – LER) e as lesões traumáticas.

Dentre os transtornos mentais, a depressão é considerada o afastamento de maior índice, seguido pela ansiedade e as perturbações causadas pelo uso de substâncias psicoativas, como o álcool, a maconha e a cocaína.⁶

Infelizmente, existe uma dificuldade para identificação dos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, tendo em vista que estes não são facilmente diagnosticados durante a avaliação clínica. Cavalheiro e Tolfo (2011) ponderam que o fato ocorre por que os sintomas apresentados nestes transtornos, muitas vezes podem ser confundidos com quadros de alteração fisiológica presente em sintomas físicos, como distúrbios alimentares ou gástricos e insônia.

Para identificação da relação entre a doença e o trabalho, é utilizado um instrumento chamado de Nexo Técnico Epidemiológico e Previdenciário – NTEP, que faz o cruzamento das informações contidas no CID-10 e no código da Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE. O NTEP é capaz de apontar a existência da relação entre a lesão ou o agravo da mesma e a atividade desenvolvida pelo empregado. (BOSCHCO, 2011).

A perícia médica realizada pelos profissionais do Instituto de Seguridade Social – INSS, para averiguar o adoecimento dos empregados, é baseada no proposto no Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde, do Ministério da

⁶ Fonte:

<http://www.protecao.com.br/noticias/doencas_ocupacionais/transtorno_mental_e_3%C2%AA_causa_de_afastamento_do_trabalho/J9jgJaji>

Saúde do Brasil (BRASIL, 2001), distingue os grupos de doença, da seguinte maneira:

- Grupo I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, *stricto sensu*, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional. Ex. intoxicação por chumbo, silicose e doenças profissionais legalmente conhecidas.
- Grupo II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificado pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para os quais onexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. Ex: hipertensão arterial e cânceres em determinados grupos ocupacionais.
- Grupo III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente. Ex: doenças alérgicas de pele e respiratórias e distúrbios mentais em determinados grupos ocupacionais.

O afastamento do trabalhador para auxílio-doença previdenciário ocorre em casos de afastamentos superiores a 15 dias corridos. Para concessão do auxílio-doença é necessária a comprovação da incapacidade, em exame realizado pela perícia médica da Previdência Social. Por sua vez, o INSS poderá reconhecer a doença como ocasionada pelo trabalho (espécie 91), de acordo com os grupos citados anteriormente, ou sem relação com o mesmo (espécie 31). Caso o trabalhador não tenha condições de retornar para as atividades exercidas anteriormente ao afastamento, deverá passar pelo programa de reabilitação profissional custeado pelo INSS, que consiste no treinamento para executar outras funções compatíveis com sua patologia. O INSS cessa o pagamento do benefício

quando o trabalhador recupera sua capacidade e volta ao trabalho, ou quando o benefício se transforma em aposentadoria por invalidez.

Com o considerável aumento dos afastamentos do trabalho para tratamento de dependência química, cabe conhecermos um pouco sobre a importância da valorização da saúde do trabalhador e sua influência na execução das atividades.

3.4. SAÚDE MENTAL E TRABALHO

A saúde do trabalhador, cada vez mais vem se configurando como prioridade de estudo no País. Toda essa preocupação parte da ideia de que apenas após a compreensão da temática é que poderemos pensar em ações para evitar e diminuir os problemas agravados ou provocados pelo trabalho seja de forma coletiva ou individual.

Durante muito tempo as empresas valorizaram apenas a força física de seus empregados e somente agora, mais precisamente ao final do século XIX, começaram a perceber que existem outros fatores tão importantes quanto. Quando o desgaste mental acomete o trabalhador, as perdas são incalculáveis, tanto do ponto de vista financeiro, como da saúde. Mediante isto, as empresas passaram a dar uma maior atenção para a saúde, e para a redução de problemas oriundos dela, principalmente, os relacionados ao alcoolismo, drogas e AIDS. (SILVA, 1992; GUIMARÃES e GRUBITS, 2004).

Pesquisadores sobre o tema (SILVA, 1992; SALVADOR e TONHÁ, 2006; MUNDIM, 2012) destacam alguns fatores que contribuem para a perturbação da saúde mental do trabalhador, como o abuso de poder, situações de tensão, sobrecarga de trabalho, riscos de acidentes e práticas desumanas. Com medo de perder o emprego, o trabalhador quando se sente ameaçado, começa a produzir

acima de sua capacidade, ficando mais exposto ao risco de um acidente de trabalho e às doenças profissionais, enquanto isso, motivado pela pressão psicológica, tende a ficar mais estressado, apresentando maior risco de hipertensão arterial, úlceras e doenças nervosas.

Todavia, Dejours (1992 apud GUIMARÃES e GRUBITS, 2004) afirma que

(...) o sofrimento no trabalho vai além do espaço do trabalho: o sofrimento não implica só em processos que ocorrem no interior da empresa, mas acrescenta-se os processos que ocorrem fora da empresa, no espaço doméstico e na economia familiar do trabalhador (pg.115)

Ou seja, nesta visão surgem outros fatores que podem levar o trabalhador ao adoecimento, um conflito familiar pode refletir no desempenho do trabalho. As consequências para a saúde do trabalhador, geralmente, aparecem como hipertensão arterial, ganho de peso, estresse, depressão, aumento no consumo de drogas e problemas dermatológicos.

Os dados do INSS apontam um crescente e preocupante aumento no número de trabalhadores com agravos psíquicos relacionados ao trabalho. No ano de 2006 foram 612 benefícios concedidos por transtornos mentais e comportamentais, em 2007, 7690 beneficiários, em 2008 o número subiu para 12818 beneficiários e em 2009, 12882.

Um fenômeno que vem chamando atenção, porém, ao mesmo tempo sendo negligenciado pelas empresas é o alcoolismo induzido pelo trabalho. Fillmore (1984 apud CASTRO, 2002) justifica que a aceitação do uso de drogas no local de trabalho teve início na Revolução Industrial, onde apesar da desaprovação do trabalhador alcoolizado, especialmente por parte dos que não consumiam a bebida, beber no local de trabalho era considerado de certa forma um comportamento aceitável.

Paparelli, Sato e Oliveira (2011) abordam o tema, informando que a necessidade dos estudos que relacionam o alcoolismo e o trabalho, tem interesse apenas na erradicação de comportamentos improdutivos dentro das empresas, ocasionados pelo consumo em excesso da substância. No contexto observado pelas autoras, as empresas raramente cogitam que tal fato tenha relação com as condições de trabalho, pelo contrario, são atribuídas a personalidade do trabalhador e possíveis problemas psicológicos inerentes.

Corroborando com as informações apresentadas neste capítulo, a seguir apresentaremos informações atuais sobre os afastamentos do trabalho para tratamento da dependência química.

4. A RELAÇÃO ENTRE OS AFASTAMENTOS DO TRABALHO E O USO DE ÁLCOOL E DROGAS

4.1. DADOS ATUAIS

Há muito tempo o consumo de drogas no Brasil vem demonstrado um descontrole, inclusive, tomando proporções tão grandes que chega a interferir no mercado de trabalho, causando prejuízos na mão de obra. Neste contexto, Carlini (2002 apud NETO 2010), assegura que:

O uso indevido de drogas tem sido tratado, na atualidade, como questão de ordem internacional, objeto de mobilização organizada das nações em todo mundo. Seus efeitos negativos afetam a estabilidade das estruturas, ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos estados e sociedades, infligindo considerável prejuízo ao país, contribuindo para os gastos com tratamento médico e internação hospitalar, para o aumento dos índices de acidentes de trabalho, de acidentes de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras e, ainda, para a queda de produtividade dos trabalhadores.

A OIT (2003 apud FERREIRA, CLETO E SILVA, 2011) além dos problemas relacionados anteriormente, informa que chega a 40% o número de acidentes de trabalho que envolve ou estão relacionados com o consumo de álcool; os trabalhadores usuários de substâncias psicoativas tendem a faltar mais no primeiro dia útil da semana e chegar atrasado ou sair mais cedo do que os demais, além de apresentarem um comportamento considerado de maior risco à sua segurança e envolvimento mais frequentemente em conflitos com colegas. É inquestionável que o trabalhador que é usuário de drogas, além do prejuízo para sua vida, traz algumas consequências para a empresa como danos ao patrimônio pelo dano em equipamentos e desperdício de materiais, custos com demissões, rotatividade de mão de obra e licença médica. Todos os itens mencionados revelam um comprometimento da produtividade e até mesmo da imagem da empresa perante os próprios trabalhadores, os clientes e a comunidade em geral. (NICASTRI, 2010).

Corroborando com esta questão, é pertinente destacar que no que concerne ao trabalho, no País entre os anos de 2009 a 2011 foram 111 mil afastamentos para tratamento de dependência química. De fato, o álcool foi considerado a substância com maior destaque. Só no ano de 2010, foi responsável por 33,2% dos 36.434 afastamentos concedidos, seguido pela cocaína, com 16,1%⁷. O alcoolismo é o segundo transtorno psiquiátrico mais prevalente na atualidade, sendo superado apenas pela depressão. A faixa etária identificada como maior consumidora é dos 20 aos 40 anos, ou seja, a idade onde a população está mais economicamente ativa (GUIMARÃES e GRUBITS, 2004). Por se tratar da droga socialmente mais aceita e ter seu consumo incentivado, muitas vezes o problema do álcool toma grandes proporções porque não é percebido como um problema pela sociedade.

No primeiro semestre de 2011, 21.273 trabalhadores foram afastados de seus postos para tratar transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas. O número representa crescimento de 22% em relação ao mesmo período de 2010.

No entanto, contrariando todas as informações, em 2012, a quantidade de auxílio doença concedido a dependentes de drogas psicoativas, como cocaína e crack, cresceu 10,9% em relação a 2011, superando uma realidade que já ficou para trás, a de que a bebida alcoólica era o que mais prejudicava trabalhadores. No ano de 2007 foi a primeira vez que a soma dos auxílios-doença a usuários de drogas psicoativas ultrapassou a de viciados em álcool. De lá para cá, a diferença entre os dois só vem aumentando⁸.

Os números apresentados apontam uma questão cada vez mais presente dentro das empresas e que não pode ser negligenciado:

⁷ Fonte: <http://www.regiaonoroeste.com/portal/materias.php?id=39060>

⁸ Fonte: <http://www.perito.med.br/2013/02/numeros-afastamento-por-uso-de-drogas.html>

(...) o trabalhador que faz uso abusivo de drogas ou é dependente tem 3,6 vezes mais chance de causar acidentes no trabalho, 2,5 vezes mais chance de faltar sem justificativa oito ou mais dias de trabalho, utiliza-se três vezes mais dos benefícios médicos, tem sua capacidade produtiva reduzida a 67%, é punido disciplinarmente sete vezes mais e é cinco vezes mais “queixoso” que trabalhadores não usuários. Consequentemente, as relações interpessoais são afetadas sobremaneira, comprometendo o clima organizacional e a qualidade de vida. (INSTITUTE FOR SUBSTANCE ABUSE RESEARCH, 1991 apud NICASTRI, 2010, pg. 98).

Uma barreira que ainda dificulta o auxílio ao trabalhador usuário é a sua própria negação a respeito do consumo. Para ele, este comportamento tem como intuito a proteção e a tentativa de evitar que outras pessoas percebam o problema, e que isto lhe cause um maior desconforto.

Todavia, se até pouco tempo o uso de álcool ou qualquer outra substância psicoativa pelos empregados era visto exclusivamente como motivo para demissão, atualmente, o problema vêm sendo encarado como ele realmente é: uma questão de saúde, que exige acompanhamento médico ao invés da punição, onde as ações de prevenção no local de trabalho passam a ter seu valor cada vez mais reconhecido como parte importante do processo de prevenção.

4.2. POSSÍVEIS AÇÕES DE PREVENÇÃO NO AMBIENTE LABORAL

Dentro das empresas, os programas de prevenção ao uso de álcool e drogas têm como base disseminar o conhecimento de que este é um problema de saúde e que poderá ser evitado. Seu foco principal são estratégias que contribuam com a qualidade de vida, preservação das relações interpessoais e ainda à segurança e a produtividade dos trabalhadores (NICASTRI, 2010).

As ações de prevenção podem ser definidas de acordo com o interesse da empresa e a necessidade:

Prevenção universal: dirige-se à população em geral. No contexto empresarial, esse modelo de prevenção abrange todos os trabalhadores, usuários ou não de drogas. Tem por objetivo prevenir ou retardar o uso indevido de álcool e outras drogas. Por exemplo: distribuição de panfletos

com informações sobre drogas para todos os trabalhadores da empresa e suas famílias.

Prevenção seletiva: é dirigida a grupos específicos da empresa. Visa a identificar os fatores de risco associados ao uso indevido de álcool e outras drogas e atuar de forma a atrasar ou impedir seu abuso. Por exemplo: ações de orientação dirigidas a motoristas de ônibus de uma empresa de transporte coletivo.

Prevenção indicada: planejada para indivíduos que já apresentam os primeiros sinais de uso abusivo de álcool e outras drogas. Tem por objetivo prevenir a evolução para um possível quadro de dependência e suas complicações. O enfoque da intervenção deve ser específico para cada indivíduo ou grupo e considerar os problemas funcionais, de saúde, familiares e sociais relacionados ao padrão de consumo. Por exemplo: encaminhamento para tratamento externo e acompanhamento do trabalhador por parte dos profissionais de saúde e recursos humanos da empresa. (DUARTE, CRUZ e TROIAN, 2010, pg.82)

Dados recentes apontam que no Brasil, menos de 5% das empresas têm algum tipo de programa de prevenção. Em países como Estados Unidos, Canadá, França e Inglaterra, esse número chega a 90%. (CREMESP apud DUARTE, CRUZ e TROIAN, 2010).

Para atingir o maior número de trabalhadores e tentar evitar o comportamento de risco, algumas empresas passaram a contar com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, estabelecido no artigo 162 da CLT e regulamentado pela Norma Regulamentadora - NR 04 Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

O SESMT é composto por uma equipe multidisciplinar – que varia de acordo com quantidade de empregados e a natureza da atividade laboral - o serviço pode incluir os seguintes profissionais: médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico de enfermagem do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho e técnico de segurança do trabalho. Os profissionais atuam dentro da empresa, conhecendo as rotinas de trabalho e desenvolvendo ações voltadas a proteção da integridade física dos trabalhadores⁹.

⁹ Fonte: <http://www.significados.com.br/sesmt/>

A Comissão Interna de Prevenção de Acidente– CIPA, instituída através da NR 5 de mesmo nome, também colabora com a questão da prevenção dentro das empresas, principalmente através da Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT, onde as empresas aproveitam a oportunidade para instruir os funcionários sobre os riscos do consumo de álcool e drogas não apenas no ambiente de trabalho, mas estendendo ao âmbito familiar. A SIPAT também é vista como alternativa para apresentar aos trabalhadores os programas que a empresa disponibiliza para o tratamento.

Além da CIPA e do SESMT outro aliado muito importante para que a empresa identifique o trabalhador usuário, é a chefia. Geralmente, é com o chefe que o servidor tem mais contato e a ele que apresenta as justificativas para as faltas ao trabalho. Desta forma, percebemos a importância do engajamento da chefia para auxiliar os serviços de saúde da empresa para a detecção do problema e a intervenção de forma mais rápida.

É relevante frisar que quando a empresa opta por ações preventivas ao uso de drogas em campanhas internas, concomitantemente desempenha um papel de cunho social, fazendo com o que o trabalhador repasse seu aprendizado para seus familiares e comunidade em geral.

5. CONCLUSÃO

Durante o desenvolvimento deste estudo pudemos observar que os afastamentos do trabalho devido ao uso de álcool e drogas cresce numa proporção considerada preocupante. Tais afastamentos sejam eles por licença médica ou absenteísmo, geram além de custos para a empresa a sobrecarga de trabalho aos colegas que permanecem em serviço, abrindo precedentes para que estes também se afastem para tratamento de saúde, porém com outro enfoque (estress, depressão, etc).

Um grande avanço observado é o reconhecimento por parte da empresa de que o usuário de substâncias psicoativas precisa ser visto com atenção especial abstraindo o pré-conceito que relaciona o uso exclusivamente ao caráter do empregado.

No ambiente laboral campanhas e projetos direcionados à prevenção ao uso de álcool e drogas são fundamentais para que além do conhecimento sobre os riscos à saúde que o consumo exagerado possa causar, o empregado também tenha a informação sobre as penalidades que está sujeito, no caso do uso ser feito em horário de serviço ou, com prejuízos ao mesmo. Interessante ainda que onde a empresa tenha disponível profissionais capacitados, ofereça auxílio e orientação a família do empregado, pois geralmente é uma situação onde todos ficam fragilizados e não sabem ao certo o que fazer. Desta forma, a empresa passa a ser parceira do empregado e família na busca pelo tratamento e conseqüentemente, melhor condição de vida.

6. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Gisele de; OLIVEIRA, Jannine Rodrigues de. ABSENTEÍSMO: Suas principais causas e conseqüências em uma empresa do ramo da saúde. **Revista Ciências Gerencias**, Vol. XIII, nº18, p. 95-113. 2009.

ANTUNES, Ricardo. O Trabalho, sua nova morfologia e a era da precarização estrutural. **Revista Theomai**, nº 19. 2009.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. Ed. Bom Tempo Editorial. 5ª Edição. Edição original 1999.

BARROS, Daniela Ribeiro; CARVALHO, Euclismária Alves Barreiro; ALMEIDA, Mônica Rafaela; RODRIGUES, Carolina de Andrade. **Alcoolismo no contexto organizacional**: uma revisão bibliográfica. *Psicologia em foco*, nº 1, jan/jun. 2009.

BASTOS, Francisco I; CUNHA, Cynthia B; BERTONI, Neilane e GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. Uso de substâncias psicoativas e métodos contraceptivos pela população urbana brasileira, 2005. **Rev. Saúde Pública** [online], vol.42, p.118-126. 2008.

BRANCO, Anadergh Barbosa; MASCARENHAS, Flávia Alves Neves e PENA, Luiz Gustavo Queiroga. Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007. **Com. Ciências Saúde**, p. 123-134. 2009.

BOSCHO, Carla Regina. **Implicações do afastamento do trabalho por adoecimento na subjetividade do auxiliar de enfermagem**. Curitiba, 2011.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Drogas : Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. Brasília : Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso.(Org). Brasília: SENAD. 2009.

CARLINI, Elisaldo Araujo et al. Drogas Psicotrópicas - O que são e como agem. **Revista IMESC nº3**. p. 9-35. 2001

CARLINI et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil** :estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 / São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo,2006.

CAVALHEIRO, Gabriela and TOLFO, Suzana da Rosa. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **Psico-USF** (*Impr.*) [online]. vol.16, n.2, p. 241-249. 2011.

CASTRO, Karen. **ÁLCOOL E TRABALHO: Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ/CESTHE. 2002.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas Universidade Federal de São Paulo (Depto. de Psicobiologia). 5ª edição - 1ª reimpressão. 2011. Disponível em: www.obid.senad.gov.br e www.cebrid.epm.br.

FERREIRA, Mário; CLETO, Carlos Ramos e SILVA, Natacha Torres da. **Segurança e saúde no trabalho e a prevenção do consumo de substâncias psicoativas: linhas orientadoras para intervenção em meio**. Lisboa : IDT, ACT, 2011.

FORMIGONI, Maria Lucia O.S. Como as drogas agem no cérebro. **Revista Mente E Cérebro Especial**. Ed. 31, s.d.

GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia. **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. **Rev. Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, 35 p. 260-268, 2010.

LOPES-MALCHER, Renato; RIBEIRO, Sidarta. **Como as drogas agem no cérebro**. **Revista Mente E Cérebro Especial**. Ed. 31, s.d.

VARGAS, Divane ; LUIS, Margarita Antônia Villar. Álcool, Alcoolimos e Alcoolista: Concepções e atitudes de enfermeiros de Unidades Básicas Distritais de Saúde. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, maio/junho. 2008.

MacRae, Edward. **Aspectos Socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. Disponível em www.neip.info

MATOS, Anderson. **Um pouco sobre a história das drogas e de sua proibição, ou como o crime sem vítima se tornou uma questão de estado**. Disponível em www.redepsi.com.br

Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Elizabeth Costa Dias (Org) ; Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

MORIN, Estelle M. ERA. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul./set. 2001.

MORAES, Betânia et. al. A categoria trabalho em Marx e Engels: Uma análise introdutória de sua legalidade onto-histórica. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**. n. 2. mar. 2010.

MUNDIM, Maria Célia. Saúde Mental e Trabalho: Levantamento das publicações na SCIELO e PEPSIC. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v.36, ed. esp, p.110-119, jan./jun. 2012.

OLIVEIRA, Renato A. A concepção de trabalho na filosofia do jovem Marx e suas implicações antropológicas.. **Kínesis**, Vol. II, nº 03, p. 72 – 88. Abril – 2010.

PAPARELLI, Renata; LENY, Sato e OLIVEIRA, Fábio. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, 36, p.118-127. 2011.

PREVENÇÃO ao uso indevido de drogas : Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 3. ed. – Brasília :Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

PREVENÇÃO ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho :conhecer para ajudar. – Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas :Serviço Social da Indústria, 2008.

PRIMO, Geraldo Majela Garcia; MAGALHÃES, Tarcísio Márcio e SAKURAY, Emília Pinheiro. **Revista Médica de Minas Gerais**. Absenteísmo no Trabalho em Saúde: Fatores Relacionados. p. 294-302. 2007.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos e GALERY, Augusto Dutra. Controle sobre o trabalho e saúde mental: resgatando conceitos, pesquisas e possíveis relações. **Cad. psicol. soc. trab. [online]**, vol.14, n.1, p. 31-41. 2011

SILVA, Edith Seligmann et al. **Crise, trabalho e saúde mental no Brasil**. São Paulo: Traço, 1986.

São José. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Saúde Mental. Maria Taís de Melo (ORG). São Paulo, Laborciência. 2011.

SILVA, Caroline Cordeiro Viana. Relatório Mundial sobre Drogas, 2012. **Conjuntura Global**, Curitiba, Vol. 1, n.1, p. 22-25, jul./set., 2012.

SILVA, D.M.P.P.da; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário.**Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out./ 2000.

SILVA, Edith Selgmann. **Revista de Administração de Empresas São Paulo**, p. 70-90, set./out. 1992.