

---

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – SESU/MEC  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA A  
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Uso de Drogas e Impacto no Ambiente de Trabalho:**  
Desenvolvimento de Protocolo de Atendimento para Servidores Públicos

Rita de Cássia Struckel

Orientadora: Dra. Veralice Maria Gonçalves

Coorientadora: Dra. Tanara Rosângela Vieira Sousa

Porto Alegre, dezembro de 2017.

RITA DE CÁSSIA STRUCKEL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Uso de Drogas e Impacto no Ambiente de Trabalho:**

Desenvolvimento de Protocolo de Atendimento para Servidores Públicos

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Prevenção e Assistência a Usuários de Drogas.

Orientadora: Dra. Veralice Maria Gonçalves  
Coorientadora: Dra. Tanara Rosângela Vieira Sousa

Porto Alegre, dezembro de 2017.

## CIP - Catalogação na Publicação

STRUCKEL, RITA DE CÁSSIA

**Uso de Drogas e Impacto no Ambiente de Trabalho:**

Desenvolvimento de Protocolo de Atendimento para Servidores Públicos / RITA DE CÁSSIA STRUCKEL. -- 2017.

107 f.

Orientadora: VERALICE MARIA GONÇALVES.

Coorientadora: TANARA ROSÂNGELA VIEIRA SOUSA.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Álcool e Outras Drogas, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Uso de drogas e trabalho. 2. Programa de Prevenção para servidores públicos. 3. Protocolo de Atendimento. I. GONÇALVES, VERALICE MARIA, orientadora. II. SOUSA, TANARA ROSÂNGELA VIEIRA, coorientadora.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação da Dra. Veralice Maria Gonçalves e coorientação da Dra. Tanara Rosângela Vieira Sousa.

Aprovada por:

---

Dra. Veralice Maria Gonçalves – MPAD/HCPA  
Presidente

---

Juliana Hilgert – MPAD/HCPA  
Membro

---

Marilene Nozari – MPAD/HCPA  
Membro

---

Alessandra Calixto  
Membro Externo

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amados pais Reynaldo e Adelia que sempre estiveram comigo me incentivando a realizar meus sonhos, mesmo que por vezes parecessem ousados demais. Acreditaram em mim mais do que eu mesma, acolhendo minhas angústias e aplaudindo minhas conquistas. Levantaram-me quando estava cansada e me deram fôlego para continuar a caminhada, fazendo-me acreditar que não era tão difícil quanto parecia. Por eles e com eles realizo mais este sonho e tenho a sensação de que mais um desafio foi superado.

## AGRADECIMENTOS

Não há nenhum sentimento mais nobre que a gratidão, por isso aproveito este momento para agradecer a Deus por ter me dado força, sabedoria e discernimento para concluir este objetivo de vida tão desejado.

Agradeço à minha família pelas palavras de incentivo nos momentos mais difíceis, aos meus irmãos Ricardo, Roberto e Rosana que se fizeram presentes de maneira especial por toda minha caminhada, demonstrando através de palavras e atitudes que estavam comigo em todos os momentos.

Com amor agradeço ao meu namorado Nilton que sempre me incentivou nos momentos mais difíceis desse processo e, soube compreender minha ausência e ansiedade demonstrando mesmo em silêncio seu amor por mim.

Meus agradecimentos à Divisão de Recursos Humanos (DRH) da Prefeitura Municipal de Umuarama pelo apoio ao desenvolvimento do Programa de Prevenção ao Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e, à servidora da DRH Maria Osana pelo carinho e prontidão com os quais me atendeu prontamente no momento do fornecimento e encaminhamento dos dados dos servidores públicos.

Com muito carinho agradeço à equipe de trabalho do SESMT por todo apoio, incentivo e colaboração no desenvolvimento deste trabalho. Na minha ausência os profissionais assumiram situações que eram de minha competência para que eu pudesse me ausentar e me dedicar às aulas sem preocupação. Mais do que colegas de trabalho nos tornamos amigos ao longo desses anos e minha gratidão será eterna a vocês.

Agradeço à coordenação do curso de mestrado Carla e Silvia que se fizeram presentes de maneira tão humana em todos os momentos, especialmente quando fraturei o pé e se dispuseram a disponibilizar as aulas via Skype para que eu pudesse acompanhá-las. Estendo o agradecimento à Melissa que esteve conosco disposta a nos ajudar prontamente.

Aos professores que compartilharam conhecimento e horas dedicadas ao meu aprendizado, saibam que fizeram de mim uma pessoa e profissional muito melhor a partir dos desafios impostos, me fazendo acreditar que eu era capaz de superá-los.

À orientadora Veralice Maria Gonçalves e coorientadora Tanara Rosângela Vieira Sousa que, fizeram parte deste momento tão especial, me incentivando, compartilhando ideias e pensamentos, doando parte de seu tempo e disponibilidade para que eu chegasse até aqui, só tenho a agradecer-lhes por me acompanharem nessa caminhada tão desafiadora e gratificante.

Não poderia deixar de agradecer aos meus colegas de mestrado que fizeram com que esse momento de aprendizagem se tornasse mais prazeroso, pois construímos laços de amizade e companheirismo que fizeram toda a diferença em nosso dia a dia. Em especial às amigas Isabela e Juliana, juntas formamos um elo de companheirismo e cumplicidade que foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Levarei vocês no meu coração por toda a vida sendo eternamente grata pela amizade que construímos.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Uso de Álcool e Outras Drogas na População em Geral.....	17
1.2 Uso de Álcool e Outras Drogas e Impacto no Ambiente de Trabalho .....	20
1.3 As Leis de Trabalho.....	25
1.4 Programas de Prevenção.....	27
1.5 Diretrizes Clínicas e Protocolo de Atendimento .....	29
1.6 Abordagem e Avaliação do Trabalhador.....	30
2. OBJETIVOS .....	36
2.1 Objetivos Gerais .....	36
2.2 Objetivos Específicos .....	36
3. MÉTODO .....	37
3.1 Revisão Integrativa da Literatura .....	37
3.2 Caracterização da População-Alvo.....	41
3.3 Protocolo de Atendimento .....	42
3.4 Considerações Éticas .....	43
4. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	44
5. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO .....	51
6. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO .....	58
6.1 Capacitação dos Profissionais do SESMT .....	59
6.2 Informação e Formação à Chefia Imediata.....	60
6.3 Informação e Formação aos Servidores .....	61
6.4 Recepção e Identificação .....	62
6.5 Atendimento, Avaliação e Encaminhamento do Servidor .....	62
6.6 Reintegração ao Trabalho .....	63
6.7 Avaliação do Programa de Prevenção .....	63
6.7.1 Busca pelo tratamento .....	63
6.7.2 Número de atendimentos .....	63
6.7.3 Número de encaminhamentos .....	63



6.7.4	Resolutividade dos casos .....	63
6.7.5	Adesão ao tratamento .....	63
6.7.6	Reintegração ao trabalho .....	63
6.7.7	Aceitação e participação dos servidores em geral .....	63
6.7.8	Participação dos familiares .....	63
6.7.9	Participação da chefia imediata e diretor de divisão .....	63
6.7.10	Integração e comunicação entre equipe .....	63
6.7.11	Alcance da divulgação do Programa de Prevenção .....	63
6.7.12	Avaliação dos participantes .....	63
7.	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	67
7.1	Revisão Integrativa da Literatura .....	67
7.2	Caracterização da População-Alvo.....	69
7.3.	Protocolo de Atendimento .....	69
8.	CONCLUSÃO.....	71
	REFERÊNCIAS .....	74
	ANEXO A .....	79
	ANEXO B .....	81
	APÊNDICE A .....	83
	APÊNDICE B .....	98
	APÊNDICE C .....	100
	APÊNDICE D .....	101
	APÊNDICE E .....	102
	APÊNDICE F .....	104
	APÊNDICE G .....	105

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Doenças e prejuízos total e parcial decorrentes do uso do álcool (%) .....	18
Figura 2 - Taxa de mortalidade a cada 100.000 habitantes relacionada ao uso de álcool e outras drogas (1996-2013) .....	21
Figura 3 - Percentual de benefícios auxílios-doença previdenciária concedidos segundo as categorias relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (2006-2014).....	22
Figura 4 - Etapas da Revisão Integrativa .....	38
Figura 5 - Fluxograma do Protocolo de Atendimento .....	66

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Benefícios Ativos em junho de 2013 concedidos em decorrência do consumo de álcool (CID - 10 e Espécie) .....	24
Tabela 2 – Servidores distribuídos por local de trabalho .....	52
Tabela 3 – Servidores distribuídos por categoria de gênero .....	53
Tabela 4 – Servidores distribuídos por grau de escolaridade .....	53
Tabela 5 – Servidores distribuídos por idade .....	54
Tabela 6 – Servidores distribuídos por nível salarial .....	54
Tabela 7 – Dados referentes a Óbitos, Afastamentos e Aposentadoria de Servidores .....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A.A.	Alcoólicos Anônimos
A.R.A.	Associação de Recuperação de Alcoólatras
ACESF	Administração de Cemitérios e Serviços Funerários
AHC	Alcohol Help Center
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ALCOA	Aluminium Company of America
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BID	Banco Internacional de Desenvolvimento
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras Drogas
CCJC	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CISA	Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNH	Carteira Nacional de Habilitação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CYD	Check Your Drink
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRH	Divisão de Recursos Humanos
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAP	Employee Assistance Program
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
GRADE	Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IB	Intervenção Breve
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LENAD	Levantamento Nacional sobre Álcool e Drogas
LILACS	Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MPAD	Mestrado Profissional Álcool e outras Drogas
N.A	Narcóticos Anônimos
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticos
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PETROBRÁS	Petróleo Brasileiro
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RH	Recursos Humanos
SBIRT	Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SEMASA	Serviço Municipal de Água, Saneamento Básico e Infraestrutura
SEMPAT	Semana de Prevenção aos Acidentes de Trabalho
SESI	Serviço Social da Indústria
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SESU	Secretaria de Educação Superior
SUIBE	Sistema Único de Informações de Benefícios
SUS	Sistema Único de Saúde
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
USP	Universidade de São Paulo

## RESUMO

Os prejuízos causados pelo uso de álcool e outras drogas coloca o Brasil entre os cinco primeiros países do mundo em número de acidentes de trabalho. Outras consequências estão relacionadas ao absenteísmo, perda de capacidade laborativa, prejuízos à saúde, conflitos com colegas de trabalho e chefia, além de questões sociais, como prejuízo das relações familiares e dificuldades financeiras. Considerando que esses aspectos também são observados entre os servidores públicos, a Prefeitura Municipal de Umuarama através do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) oferece atendimento aos servidores com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho. No entanto, para implementação de ações já desenvolvidas, garantia da saúde do trabalhador e recuperação de sua capacidade laborativa, a gestão municipal demonstrou interesse e incentivo para a criação de um Programa de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas a partir do desenvolvimento de Protocolo de Atendimento, que foi o objetivo principal deste trabalho. Para tanto a presente pesquisa compreendeu três etapas distintas que incluiu: 1) a revisão integrativa referente a artigos já produzidos a respeito de intervenções de prevenção ao uso de álcool e outras drogas baseados em evidências; 2) caracterização do perfil da população alvo (servidores públicos municipais); 3) o desenvolvimento de Protocolo de Atendimento. Para a revisão integrativa foram selecionados cinquenta artigos (50) desses, vinte e nove (29) relacionados ao uso de álcool e outras drogas na população em geral e vinte e um (21) em ambiente de trabalho, sendo a Intervenção Breve a intervenção mais pesquisada. Embora não tenha sido comprovado a cessação do uso de álcool e outras drogas em nenhum dos cinquenta estudos (50), a Intervenção Breve foi considerada efetiva na prevenção e redução ao consumo do uso de álcool. Há pouca literatura relacionada à área de prevenção ao uso de drogas além do álcool e, não foi encontrado nenhum artigo com a apresentação de Protocolo de Atendimento. A população-alvo desta pesquisa compreendeu 2.442 servidores públicos municipais distribuídos em quatorze (14) secretarias, duas (2) autarquias e demais locais de trabalho. Cerca de cinquenta (50) servidores receberam atendimento no SESMT para tratamento do uso de álcool e outras drogas e foram encaminhados para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município e região. Desses cerca de 40% reduziram o consumo, 20% mantiveram-se abstinente e 40% mantêm, aumentaram ou não aceitaram tratamento, sendo o álcool a droga mais utilizada (80%) seguido pelo uso de outras drogas (20%). Não foi possível identificar o número de servidores públicos afastados ou aposentados em decorrência

do uso de álcool e outras drogas pois, há poucos dados registrados na DRH relacionados ao código de CID F10 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool), CID F17 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do fumo) e CID F19 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas). O Protocolo de Atendimento foi desenvolvido em sete etapas, e será implantado pela equipe de profissionais do SESMT no primeiro semestre do ano de 2018, após validação do Secretário de Administração Pública e Diretor de Divisão de Recursos Humanos e será avaliado ao longo de doze meses.

## ABSTRACT

The damages caused by the use of alcohol and other drugs places Brazil among the top five countries in the world in number of work-related accidents. Other consequences are related to absenteeism, loss of work capacity, health damage, conflicts with co-workers and management, in addition to social issues, such as the loss of family relationships and financial difficulties. Considering that these aspects are also observed among public servants, the Municipality of Umuarama through the Specialized Service in Safety Engineering and Occupational Medicine (SESMT) already offers service to the servers with problems related to the abusive use of alcohol and other drugs in the workplace. However, in order to implement already developed actions, to guarantee the health of the worker and recovery of their work capacity, the municipal administration expressed interest and incentive for the creation of a Program for the Prevention of Alcohol and Other Drugs stemming from the development of a Protocol of Assistance, which is the main objective of this study. Therefore, the present research comprises three distinct stages that include: 1) the integrative review regarding evidence-based articles concerning preventive interventions to the use of alcohol and other drugs; 2) characterization of the profile of the target population (municipal public servants); 3) the development of a Protocol of Assistance. The study presents fifty selected articles that were evaluated considering their scientific evidence and became reference for the development of a customized Protocol of Assistance. Fifty articles (50) of these, twenty-nine (29) related to the use of alcohol and other drugs in the general population and twenty-one (21) in the work environment were selected for the integrative review, with Intervention Brief being the most researched. Although no cessation of alcohol and other drug use has been demonstrated in any of the fifty studies (50), Brief Intervention was considered to be effective in reducing and prevention of alcohol use. There is little literature related to the area of prevention of the use of drugs other than alcohol, and no article was found with the presentation of Protocol of Assistance. The target population of this research comprised 2,442 municipal public servants distributed in fourteen (14) secretariats, two (2) municipalities and other places of work. Approximately fifty (50) employees received care at SESMT to treat alcohol and other drug use and were referred to the psychosocial network of the municipality and region. Of these, about 40% reduced consumption, 20% they remained abstinent and 40% maintained, increased or did not accepted treatment, with alcohol being the most used drug (80%) followed by use of other drugs (20%). It was not possible to



identify the number of retired or retired public servants due to the use of alcohol and other drugs, since there are few data recorded in the HRD related to the CID F10 (mental and behavioral disorders due to alcohol use), CID F17 (mental and behavioral disorders due to the use of smoking) and CID F19 (mental and behavioral disorders due to the use of multiple drugs and other psychoactive substances). The Assistance Protocol was developed in seven stages and will be implemented by the SESMT team of professionals in the first half of 2018, after validation by the Secretary of Public Administration and Director of Human Resources Division and will be evaluated over twelve months.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Uso de Álcool e Outras Drogas na População em Geral

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, o uso de álcool é responsável mundialmente por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos de vida útil perdidos. Essa pesquisa alerta sobre os riscos oferecidos pelo álcool, já que houve 3,2 milhões de mortes no mundo em 2012 causadas pelo consumo excessivo de álcool, 5,9% do total, acima de AIDS e tuberculose (UNODC, 2016)(1).

Segundo o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes UNODC (2016)(1), em seu Relatório Mundial sobre Drogas de 2016, o número de pessoas descritas como *dependente de drogas*<sup>1</sup> em todo o mundo aumentou de 27 milhões (2013) para 29 milhões (2014). Cerca de 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos usaram pelo menos um tipo de droga em 2014.

Segundo a OMS (2014)(2) apesar de cerca de metade da população mundial ser abstinência (48% nunca fez uso de álcool ou não bebeu nos últimos 12 meses), o álcool é consumido praticamente em todo o mundo. Globalmente, estima-se que indivíduos com idade de 15 anos ou mais consumiram em torno de 6,2 litros de álcool puro em 2010 (equivalente a cerca de 13,5g por dia).

O Brasil ocupa a 53<sup>a</sup> posição entre os países avaliados em relação ao consumo per capita de álcool, à frente de outros 140 países, com uma média de 8,7 litros de álcool puro consumidos por pessoa em 2010. O volume caiu em relação a 2003, quando a taxa era de 9,8 litros. Os homens brasileiros bebem mais do que as mulheres: 13,6 litros por ano contra 4,3 litros por ano. Quando são considerados apenas os indivíduos que consomem álcool, essa média sobe para 15,1 litros de álcool puro por pessoa (sendo mulheres: 8,9 litros e homens: 19,6 litros). Embora o Brasil apresente um consumo elevado de álcool, verifica-se diminuição no consumo per capita de álcool puro no Brasil (legal e ilegal) entre 2005 (9,8 litros) e 2010 (8,7 litros), considerando ilegal o consumo feito por pessoas abaixo de 18 anos. Cerca de 42% da população brasileira não ingeriu bebidas alcoólicas em 2010: entre os brasileiros que nunca

---

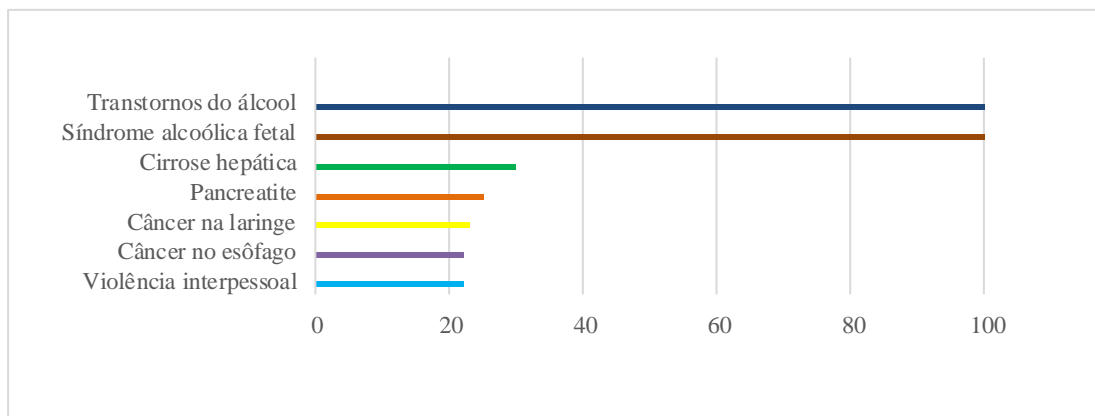
<sup>1</sup> Na Classificação Americana para os Transtornos Mentais - DSM IV consta Abuso e Dependência de Substâncias e consequentemente os termos utilizados eram *abusadores*, *abuso*, *dependente* ou *dependência* de drogas. Com a atualização no DSM V passou a ser classificado como Transtornos por Uso de Substâncias, nomenclatura esta que será utilizada neste trabalho. Contudo trabalhos citados, que usaram a antiga classificação serão transcritos como aparecem no texto original e as palavras aparecerão em itálico no texto.

beberam, as mulheres são maioria (mulheres: 30,8%; homens: 12,4%), e ainda, relataram não terem feito uso de álcool nos últimos 12 meses com maior frequência (mulheres: 22% e homens: 18%). Contudo, há uma previsão de aumento do consumo de álcool no Brasil até 2025 (OMS, 2014)(2).

Segundo Andrade e Oliveira (2009)(3) na população brasileira, 12% relataram já ter sofrido problema associado ao uso de álcool, entre os quais 3% fizeram uso nocivo e 9% eram *dependentes* de álcool, especialmente os homens – diferença que chega a ser quatro vezes maior que a prevalência detectada entre as mulheres. A prevalência de bebedores com problemas parece diminuir com a idade, passando de 53%, entre os 18 e 24 anos, para 35%, no grupo com idade superior a 60 anos. Entre os problemas mencionados, os de caráter físico são os mais comuns, seguidos por conflitos familiares e sociais (com algum episódio de violência), problemas de trabalho, problemas de cunho legal, entre outros.

De acordo com a OMS (2014)(2) no mundo as principais doenças e prejuízos associados ao álcool em diferentes níveis são: violência interpessoal e câncer no esôfago 22%, câncer na laringe 23%, pancreatite 25%, cirrose hepática 30%, síndrome alcoólica fetal e transtornos relacionados ao álcool 100% (Figura 1).

Figura 1 - Doenças e prejuízos total e parcial decorrentes do uso do álcool (%)



Fonte: Adaptada pela autora - OMS - CISA, 2014<sup>2</sup>

No Brasil, o álcool esteve associado a 63% e 60% dos índices de cirrose hepática e a 18% e 5% dos acidentes de trânsito, entre homens e mulheres respectivamente em 2012. As consequências do uso de álcool também oneram a sociedade, potencializando os custos em hospitais e outros dispositivos do sistema de saúde, sistema judiciário, previdenciário, perda

<sup>2</sup> Disponível em <http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>

de produtividade do trabalho, absenteísmo e desemprego. Em todo o mundo, as faixas etárias mais jovens (20-49 anos) são as principais afetadas em relação a mortes associadas ao uso do álcool, traduzindo como uma maior perda de pessoas economicamente ativas (OMS, 2014)(2).

Com relação às drogas ilícitas segundo Laranjeira et al. (2012)(4) no II LENAD – Levantamento Nacional Álcool e Drogas, realizado em 2012, a substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira é a maconha, do total da população adulta, 5,8% declarou já ter usado maconha alguma vez na vida, o que corresponde a 7,8 milhões de brasileiros adultos. Entre os adolescentes esse número é de 597 mil indivíduos (4,3%) dentre quase 14 milhões da população de adolescentes brasileiros. Analisando o uso nos últimos 12 meses, 2,5% dos brasileiros adultos declararam ter usado e 3,4% dos adolescentes, o que representa mais de 3 milhões de adultos e 478 mil adolescentes em todo país. A prevalência de uso da cocaína uma vez na vida pela população adulta é de 3,8%, ou seja, cerca de 5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais, sendo que a prevalência do uso de cocaína nos últimos 12 meses na população adulta é de 1,7%, representando mais de 2 milhões de brasileiros. No caso dos adolescentes, 2,3% dos adolescentes declararam ter utilizado pelo menos uma vez na vida cocaína e, 1,6% declararam ter utilizado nos últimos 12 meses, somando cerca de 225 mil adolescentes em todo país.

Outros estimulantes aparecem como a substância com a quarta maior prevalência entre adolescentes, apenas atrás de maconha, cocaína e solventes (cola de sapateiro, por exemplo). A prevalência do uso de estimulantes é de 1,3% alguma vez na vida e 0,9% nos últimos 12 meses. Entre adultos a prevalência dessa mesma substância é de 2,7% alguma vez na vida e de 1,1% nos últimos 12 meses – representando quase 1,5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais (Laranjeira et al., 2012)(4).

De acordo com Laranjeira et al. (2012)(4) com relação ao uso de crack, pesquisa revela que a prevalência do uso durante os últimos 12 meses na população adulta brasileira é de 0,7% - representando mais de 800 mil brasileiros. Vale destacar que por ser um estudo probabilístico domiciliar, a população de rua não está contemplada na amostra; nesse sentido, a prevalência reflete a população de brasileiros que não vive em situação de rua. Já a prevalência do uso de crack alguma vez na vida observado foi de 1,3% - representando mais de 1,7 milhões de brasileiros. Entre adolescentes (jovens de 14 a 17 anos) a prevalência do uso de crack na vida e nos últimos 12 meses observada foi de respectivamente 0,8% e 0,1%.

Com relação ao uso de tranquilizantes<sup>3</sup>, pesquisas demonstram que 9,6% da população com 18 anos ou mais já utilizou pelo menos uma vez na vida. Dentre as diversas substâncias estudadas, o tranquilizante é o mais consumido entre a população adulta nos últimos 12 meses, o que representa cerca de 8 milhões de usuários no último ano em todo país. As prevalências do uso de tranquilizantes entre adolescentes são consideravelmente menores que as observadas entre adultos, mas ainda assim expressiva, 2,5% dos adolescentes declararam já ter utilizado tranquilizantes na vida e 1,4% utilizou nos últimos 12 meses (cerca de 198 mil adolescentes) (Laranjeira et al., 2012)(4).

## 1.2 Uso de Álcool e Outras Drogas e Impacto no Ambiente de Trabalho

Dentre os diversos prejuízos ocasionados pelo uso de álcool e outras drogas de acordo com o Serviço Social da Indústria - SESI (2013)(5) estatísticas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) apontam o Brasil entre os cinco primeiros países do mundo em número de acidentes no trabalho, o que significa cerca de 500 mil por ano, sendo que quatro mil deles resultam em morte. Os setores mais afetados são: construção civil, indústrias metalúrgicas, mecânica, eletroeletrônica, moveleiras e madeireiras. O uso de álcool e outras drogas afeta 15% dos trabalhadores, aumenta 5 vezes as chances de acidentes de trabalho, é responsável por 50% do absenteísmo e licenças médicas. Financeiramente, de acordo com cálculos do Banco Interamericano do Desenvolvimento (BID), o Brasil perde por ano US\$ 19 bilhões por absenteísmo, acidentes e enfermidades causadas pelo uso do álcool e outras drogas (SESI, 2013)(5).

O uso abusivo pode trazer outras consequências negativas à atividade ocupacional, além das citadas anteriormente, entre elas, estão: atrasos, pressão sobre os colegas de trabalho visto que acabam se sobrecarregando em virtude da ausência do trabalhador, conflitos interpessoais, clima de insegurança (violência, possíveis furtos e roubos) baixa produção, custos com demissões e indenizações. Dados levantados pela OIT indicam também que de 20% a 25% dos acidentes de trabalho no mundo envolvem pessoas sob efeitos de algum tipo de droga, e que entre 3% a 5% da população de trabalhadores apresenta *dependência* de álcool e 25% são usuários de risco (OIT, 2008)(6).

---

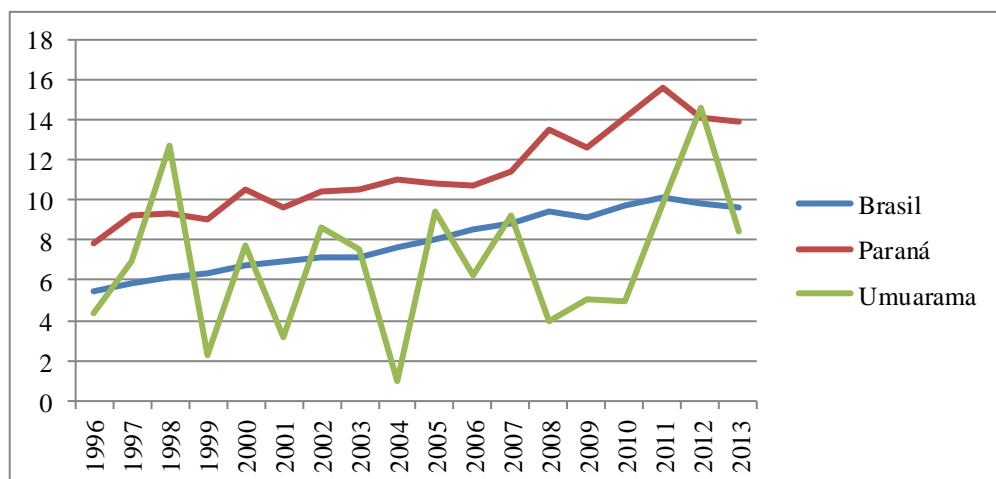
<sup>3</sup> De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD), atualmente, prefere-se designar os tipos de medicamentos tranquilizantes pelo nome de ansiolíticos. Tais medicamentos têm como ação diminuir ou abolir a ansiedade das pessoas, sem afetar em demasia as funções psíquicas e motoras.

Segundo Mongado e Gúrpide (2013)(7) na Espanha se calcula que entre 15 a 25% dos acidentes de trabalho são decorrentes de problemas relacionados ao álcool. Os trabalhadores que fazem uso de álcool têm 3 vezes mais acidentes no trabalho se comparados aos trabalhadores que não bebem. Pesquisas no país demonstram que entre 23% e 31% dos trabalhadores que fazem uso de drogas apresentam alguma consequência negativa no trabalho, sendo que a maior parte das empresas não têm protocolos para a identificação precoce dos trabalhadores que apresentam problemas com álcool e outras drogas.

No México estudos realizados pela Fundación de Investigaciones Sociales A.C., indicam que 18% dos acidentes de trabalho que ocorrem no país estão relacionados ao uso de álcool, o que significa um a cada cinco acidentes. O uso abusivo de álcool tem sido responsável também por 12% do absenteísmo dos trabalhadores. De acordo com o Instituto Mexicano de Seguro Social 15% da força produtiva sofre impacto do consumo do uso de álcool (Dávalos e Cruz, 2008)(8).

De acordo com dados obtidos pelo Ministério da Saúde e pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (Figura 2), no Brasil a taxa de mortalidade relacionada ao uso de álcool e outras drogas em 2013 foi de 9,6 óbitos a cada 100 mil habitantes. No Estado do Paraná, a taxa foi de 13,9 óbitos a cada 100 mil habitantes, tendo a cidade de Umuarama índice de 8,4 óbitos a cada 100 mil habitantes. Considerando o ano de 2012, pode-se observar que na cidade de Umuarama a taxa de óbitos foi maior se comparada a do país e a do Estado do Paraná, tendo atingido cerca de 14,6 óbitos a cada 100 mil habitantes (SESI, 2015)(9).

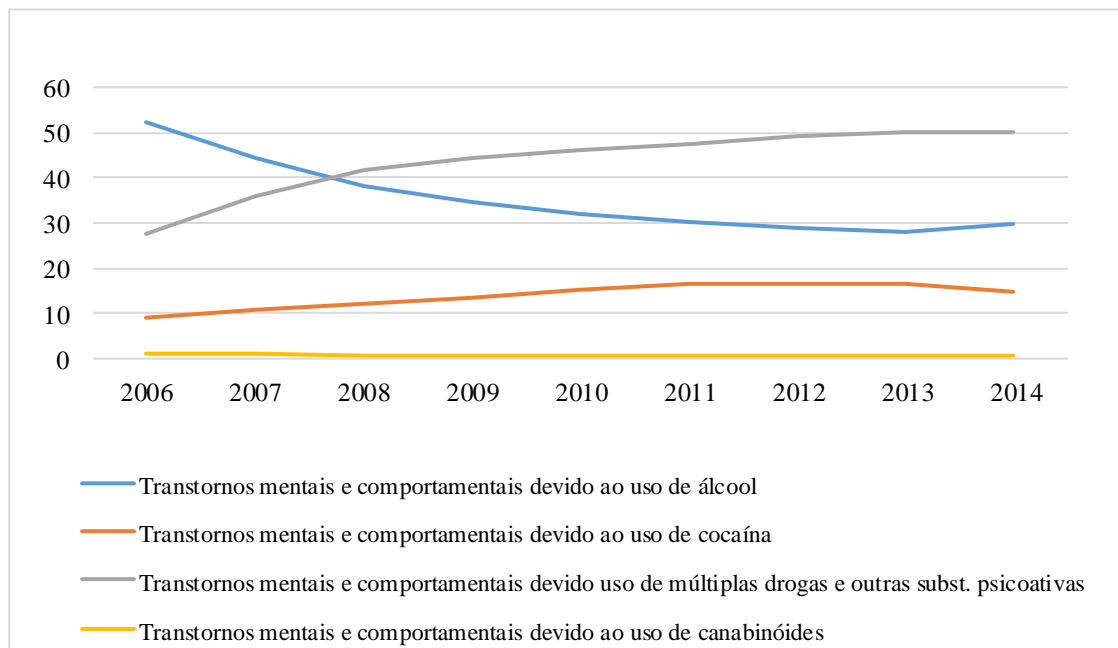
Figura 2 - Taxa de mortalidade a cada 100.000 habitantes relacionada ao uso de álcool e outras drogas (1996-2013)



Fonte: Adaptada pela autora – Sesi<sup>4</sup>

Segundo o Ministério da Previdência Social (Figura 3), no período entre os anos de 2006 e 2014 cerca de 347.611 brasileiros estiveram afastados do trabalho devido ao uso de álcool e outras drogas. Em 2014, os afastamentos decorrentes do uso de álcool e outras drogas representaram 2,02% do total que se referem ao número de 46.991 afastamentos. Analisando as categorias de benefício previdenciário relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, entre 2006 e 2014, pode-se perceber que o percentual de auxílios-doença, categorizado como transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, aumentou de 27,7% para 50,1%, o que pode explicar a diminuição do percentual para transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool de 52,3% para 29,8% e de canabinóides de 1,% para 0,7%. Com relação ao auxílio-doença, na categoria de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína, houve um aumento, passando de 9,2% em 2006, para 14,9% em 2014 (SESI, 2015)(9).

Figura 3 - Percentual de benefícios auxílios-doença previdenciários concedidos, segundo as categorias relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (2006-2014)



Fonte: Adaptada pela autora - SESI <sup>4</sup>Fonte

<sup>4</sup> [http://www.relatoriosdinamicos.com.br/cuidesemais/alcool\\_e\\_outras\\_drogas/BRA004041095/curitiba---pr/11/ambiente-do-trabalho](http://www.relatoriosdinamicos.com.br/cuidesemais/alcool_e_outras_drogas/BRA004041095/curitiba---pr/11/ambiente-do-trabalho)

De acordo com Zioli (2013)(10), no período entre janeiro de 2008 a junho de 2013, mais de 100 mil pessoas receberam benefícios da Previdência Social cuja origem está relacionada ao consumo de álcool, sendo que a maioria (81,9%) se refere à categoria de auxílio-doença. A estimativa de despesa, em 2013, referente a pagamento de benefícios decorrentes do consumo de álcool, foi de R\$ 420,7 milhões. A concessão de benefícios de auxílio-doença decorrente do consumo de álcool está mais concentrada na faixa etária entre 40 e 49 anos de idade, com 38% do total, idade em que as pessoas estão ativas no mercado de trabalho.

De acordo com dados obtidos pelo Sistema Único de Informações de Benefícios - SUIBE, no mês de junho de 2013, em auxílio doença previdenciário (Tabela 1) dentre 6.704 concedidos entre os principais códigos da Classificação Internacional de Doença (CID- 10ª revisão) identificados, destacam-se 4.675 que fazem referência ao grupo F10, que é justamente o código de CID referente aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool. De 13.476 benefícios referentes à aposentadoria por invalidez 8.627 referem-se ao código de CID F10. A despesa estimada na época para concessão aproximou-se do valor de R\$ 340,8 milhões entre os benefícios previdenciários e R\$ 79,9 milhões entre os benefícios assistenciais, totalizando R\$ 420,7 milhões de gastos para a Previdência Social. Além da despesa com esse conjunto de benefícios estimada em R\$ 340,8 milhões em 2013, o Regime Geral de Previdência Social deixa de recolher as contribuições desses trabalhadores que se encontram em gozo de benefício por Auxílio-Doença ou por Aposentadoria por Invalidez, o que é uma perda significativa para os cofres públicos (Zioli, 2013)(10).



Tabela 1 – Benefícios Ativos em junho de 2013 concedidos em decorrência do consumo de álcool (CID-10 e Espécie)

<b>CID - Classificação Internacional de Doenças (10ª revisão)</b>	<b>Auxílio-Doença Previdenciário</b>	<b>Aposentadoria por Invalidez Previdenciária</b>
F 10 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa)	2.509	4.723
F 10.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome de dependência)	1.733	1.982
K 70.3 (Cirrose hepática alcoólica)	789	1.343
G 62.1 (Polineuropatia alcoólica)	263	1.105
F 10.5 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – transtorno psicótico)	234	978
K 70 (Doença alcoólica do fígado)	219	517
F 10.7 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – transtorno psicótico residual ou de instalação tardia)	118	509
F 10.9 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – transtorno mental ou comportamental não especificado)	81	435
Outras Classificações	758	1.884
<b>TOTAL</b>	<b>6.704</b>	<b>13.476</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base em Zioli<sup>5</sup>

O consumo excessivo do álcool é mais encontrado em ocupações, em que o trabalho apresenta situações que são um risco à saúde mental, onde estão associadas às atividades socialmente desprestigiadas com possibilidade de qualificação e crescimento profissional restrito, onde há atribuições ou materiais considerados desagradáveis ou repugnantes. Há fatores que contribuem para maior risco de uso de álcool, dentre eles estão: acesso ao álcool durante o trabalho, pressão social para beber, enfrentamento de problemas onde não há apoio familiar, ausência de supervisão no trabalho, alta ou baixa renda (extremos sociais) e atividades que denotam tensão e perigo (Vaissman, 2004)(11).

Dados aqui levantados demonstram como o uso de álcool e outras drogas pode interferir diretamente na saúde e na produtividade do trabalhador, por vezes impossibilitando-o de contribuir ainda em idade produtiva para o desenvolvimento do país. Diante dessa realidade, por vezes os empregadores se mostram preocupados e, ao mesmo tempo, não se sentem capazes de resolverem os problemas que trazem prejuízos diversos às organizações.

<sup>5</sup> Informe da Previdência Social, vol.27, nº 7. 2013.

Alguns consideram que os procedimentos disciplinares, incluindo a demissão ou ações punitivas podem ser necessários, outros consideram que tais ações podem trazer desvantagens. Segundo a OIT(2008)(6) isso ocorre entre outros motivos pelo fato de: legislação, tribunais do trabalho e as organizações de trabalhadores exigirem constantemente respostas construtivas da parte dos empregadores, custo elevado das demissões e perda de trabalhadores qualificados, novos recrutamentos e capacitação exigirem maior investimento financeiro e, ainda o fato de que se o ambiente de trabalho estiver a contribuir para o problema, a demissão não vai resolvê-lo.

### 1.3 As Leis de Trabalho

No Brasil, a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943 prevê em seu art. 482, f, que empregadores podem demitir por justa causa os empregados que praticarem a *embriaguez*<sup>6</sup> em serviço. Esse decreto foi aplicado por muitos anos no país, pois estava, e ainda está previsto na área jurídica. Assim, todo e qualquer trabalhador que estivesse sob efeito de álcool em local de trabalho, poderia ser demitido independente de qualquer fator externo motivador que o levasse a beber no local de trabalho. No entanto, ao longo do tempo os juristas têm refletido sobre a ideia de que o tema sobre o uso de álcool e outras drogas é muito mais abrangente e preocupante do que o tratamento até então baseado em normas constitucionais. Os tribunais têm entendido que o uso de álcool e outras drogas e seu reflexo no trabalho está revestido de vários outros elementos que precisam ser considerados que atingem o aspecto social, emocional, psicológico e, principalmente, está diretamente ligado à saúde do trabalhador (Cruz, 2010)(12).

Há empregadores que fazem uso de testes toxicológicos, o que pode levantar questões de ordem jurídica e ética que devem ser consideradas na decisão de fazer uso desses, visto que a privacidade, confidencialidade, autonomia e integridade física devem ser respeitadas. Os profissionais responsáveis pela elaboração de Programa de Prevenção no trabalho devem ter em conta os reflexos do uso de testes toxicológicos com relação ao assédio ou invasão de privacidade injustificada (OIT, 2008)(13).

---

<sup>6</sup> Termo utilizado pela jurisprudência para designar o estado em que se encontra uma pessoa após a absorção ou ingestão excessiva de bebidas alcoólicas ou de substâncias de efeitos análogos, podendo ser manifesto pela perda do raciocínio ou discernimento.

A *embriaguez* pode ser dividida em *embriaguez* "no trabalho" (ocasional) e *embriaguez* habitual (crônica), sendo que a primeira se dá necessariamente no ambiente de trabalho e a última pode ser considerada até mesmo uma enfermidade em razão das diversas faltas ao trabalho por parte do empregado, podendo ocorrer tanto dentro quanto fora do ambiente da empresa. A *embriaguez* habitual tem sido vista jurisprudencialmente mais como enfermidade, o que, perante a Justiça do Trabalho, merece um tratamento e acompanhamento médico antes de se extinguir o contrato por justa causa. Assim, entre o que está descrito em lei e o que rege a jurisprudência está o empregador, que usando seu poder de decisão pode demitir o trabalhador de imediato e assumir o risco de ter revertida a justa causa, caso se comprove que a *embriaguez* era crônica e não ocasional (Pantaleão, 2016)(14).

A Norma Regulamentadora 7 (NR7) do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) por parte do empregador, visando à promoção e preservação da saúde dos trabalhadores através de exames periódicos obrigatórios (Ministério do Trabalho, 1996)(15). No entanto, na NR7 não há definições claras das obrigações com relação aos procedimentos para usuários de álcool e outras drogas. Os empregadores têm buscado iniciativas para prevenção e tratamento para o trabalhador que faz uso de álcool e outras drogas e apresenta prejuízos no trabalho (Guia Trabalhista)(16).

O Decreto 6.117/07 dispõe sobre várias medidas para redução do uso indevido de álcool e outras drogas, em seu Anexo I no item 4 define que compete ao Governo, com a colaboração da sociedade, a adoção de medidas discutidas democraticamente que atenuem e previnam os danos resultantes do consumo de álcool em situações específicas como transportes, ambientes de trabalho, eventos de massa e em contextos de maior vulnerabilidade do uso de álcool e outras drogas. Dentre as medidas previstas para reduzir e prevenir os danos à saúde esse decreto ressalta: as iniciativas de prevenção ao uso abusivo de bebidas alcoólicas nos ambientes de trabalho, a capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informação, capacitação em prevenção do uso do álcool no ambiente do trabalho, bem como o incentivo às parcerias com sindicatos, associações profissionais e comerciais para a adoção de medidas de redução dos riscos e danos associados ao uso indevido e ao abuso de bebidas alcoólicas (Normas Legais)(17).

Em 13 de novembro de 2015 foi regulamentada pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social a Portaria nº 116 que, tornou obrigatório a partir de 2 de março de 2016 o exame toxicológico em motoristas profissionais do transporte rodoviário coletivo de

passageiros e do transporte rodoviário de cargas. Em seu Art. 3º é assegurado a esses motoristas dependentes de substâncias psicoativas o pleno atendimento pelas unidades de saúde municipal, estadual e federal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, podendo ser realizados convênios com entidades privadas para o cumprimento da obrigação (Ministério do Trabalho, 2015)(18)

A Comissão de Viação e Transportes da Câmara dos Deputados aprovou proposta que inclui o exame toxicológico entre os pré-requisitos exigidos do candidato à primeira habilitação nas categorias A (moto) ou B (carro) e não somente às categorias C, D e E conforme a Portaria nº 116 do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Pelo texto, o exame toxicológico também passará a ser obrigatório nas renovações da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) para condutores das categorias A ou B que exerçam atividade remunerada. O Projeto de Lei é de criação do deputado Hugo Leal e foi aprovado por unanimidade em 12 de julho de 2017. A proposta tramita em caráter conclusivo e será ainda analisada pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) (Souza)(19)

#### 1.4 Programas de Prevenção

O tema sobre uso de álcool e outras drogas relacionado ao ambiente de trabalho deve ser tratado com conhecimento, propriedade e sigilo. Inicialmente é necessário que haja por parte da organização planejamento sobre o que se quer alcançar, tendo conhecimento sobre a realidade da organização, considerando um levantamento sobre o número aproximado de usuários de risco e/ou com transtornos relacionados ao uso, a droga de maior uso e os prejuízos observados. A garantia de que a natureza das ações a serem implementadas pela organização seja de conhecimento de todos (direção, profissionais que executam o programa, chefias e trabalhadores), e de que os trabalhadores não sejam prejudicados além da confidencialidade, são fatores essenciais para o desenvolvimento de um Projeto de Prevenção (BRASIL, 2012)(20).

Uma política de prevenção não pode ser considerada privilégio somente de grandes companhias, nem está necessariamente relacionada ao volume de recursos financeiros disponíveis. Depende sim do reconhecimento por parte da organização e dos trabalhadores da empresa, de que o consumo de álcool e outras drogas existem e, pode influenciar a produtividade, a segurança e as relações interpessoais no ambiente de trabalho. Assim a empresa deve definir de forma objetiva e clara o que é aceitável ou não em relação ao

consumo de drogas por seus trabalhadores, as ações de prevenção e o tipo de suporte e acompanhamento a ser oferecido para aqueles que já apresentam algum comprometimento decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012)(20).

As pequenas empresas, sem estrutura para organizar ações diante de problemas ocasionados pelo uso de álcool e outras drogas, devem adotar medidas que venham a atender seus trabalhadores, através de orientações e encaminhamentos adequados. Para isso é necessário que tenham conhecimento a respeito dos serviços especializados de tratamento e reabilitação para usuário de álcool e outras drogas, além de grupos e organizações de autoajuda, como por exemplo: Alcoólicos Anônimos (A.A), Associação de Recuperação de Alcoólatras (ARA), Narcóticos Anônimos (N.A.), entre outros (OIT, 2008)(6)

Considerando a legislação e as práticas nacionais, o empregador, após consulta e em colaboração com os trabalhadores e os seus representantes, deve elaborar normas disciplinares relativas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, que devem ser comunicadas aos trabalhadores, com o objetivo de informá-los claramente sobre quais as proibições e quais as sanções que poderiam ser aplicadas, em caso de infração (OIT, 2008)(13).

Os programas de informação, instrução e qualificação sobre o uso de álcool e outras drogas devem conter informações relativas ao ambiente de trabalho e de conhecimento dos trabalhadores. Dentre essas informações importante considerar: a) leis e regulamentos relativos ao uso de álcool e outras drogas de aplicação geral ou específicas ao local de trabalho; b) medidas propostas para prevenir os problemas advindos do uso abusivo; c) serviços disponíveis para auxiliar aos trabalhadores tanto dentro quanto fora da empresa; d) reabilitação e a indicação de cobertura eventual de tais serviços através do afastamento médico (OIT, 2008)(6). Com relação às chefias, além de participarem dos programas de informação, instrução e qualificação aos servidores, devem receber formação complementar no que diz respeito a: a) identificar as mudanças de produção e de comportamento dos trabalhadores; b) explicar sobre a política sobre álcool e outras drogas implantadas pela empresa, c) atender as necessidades de reabilitação do servidor em sua reintegração ao trabalho; d) avaliar as condições de trabalho que podem ser fatores de risco e proteção que poderiam ser modificadas ou mantidas para a prevenção do uso (OIT, 2008)(6).

Desde 1995, o Serviço Social da Indústria - SESI/RS e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC vêm trabalhando para reduzir o uso de drogas entre mais de 100 mil trabalhadores de 100 empresas, a partir de um programa de hábitos saudáveis que vem repercutindo em resultados satisfatórios, como: a queda de 16% no número de

fumantes, de 12,5% no consumo de uso de álcool e 28,7% no uso de drogas ilícitas, redução de 10% nas faltas por motivo de doença ou incapacidade e de 30% nos atrasos dos trabalhadores, além de 34% nos acidentes de trabalho relacionados ao consumo de drogas (BRASIL, 2012)(20)

### 1.5 Diretrizes Clínicas e Protocolo de Atendimento

A elaboração de uma política eficaz para o ambiente de trabalho deve necessariamente considerar diretrizes e alguns pressupostos norteadores das ações e estratégias de intervenção, dentre eles deve haver posicionamento de empregadores e trabalhadores desprovido de preconceitos com o reconhecimento de que, juntos, devem compartilhar a responsabilidade na busca de alternativas. A família deve ser elemento essencial de suporte, recuperação e reinserção social do trabalhador, assim como os serviços da rede de atenção psicossocial, considerando que é um tema que deve ser compartilhado por todos os envolvidos (BRASIL, 2012)(20).

De acordo com Qalssem (2012)(21) as diretrizes clínicas, em sentido amplo, são documentos com informações e recomendações com o objetivo de otimizar o cuidado ao paciente. São baseadas em evidências e construídas a partir de revisão sistemática das evidências científicas além da avaliação dos benefícios e prejuízos de diferentes opções na atenção à saúde. Devido ao grande volume de informações e variabilidade na qualidade das informações científicas, as sínteses que facilitam o acesso a essas informações e possibilitam recomendações baseadas nos resultados a partir de inúmeras fontes diferentes, fornecendo subsídio científico para a tomada de decisão, tanto para o profissional de saúde quanto para o gestor.

No Sistema Único de Saúde, a Lei nº 12.401 de 2011 denominou as diretrizes clínicas baseadas em evidências para o Sistema Único de Saúde (SUS) como Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Esses documentos avaliam a eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções em saúde. O campo das diretrizes clínicas inclui documentos com a linha de cuidado completa sobre determinado agravo ou doença, e também documentos com escopos mais restritos, como os Protocolos de Uso e as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (BRASIL, 2016)(22). A elaboração de diretrizes, não é atividade exclusiva do Ministério da Saúde, visto que secretarias municipais ou estaduais de saúde e demais serviços de saúde, na ausência de diretrizes nacionais vigentes, podem e são

incentivadas a elaborar suas próprias diretrizes baseadas em evidências, considerando as particularidades e necessidades de saúde locais. Essas diretrizes locais não são submetidas à avaliação da Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, que atua apenas em diretrizes de âmbito nacional (BRASIL, 2016)(22).

Para que as recomendações de uma diretriz clínica possam ser incorporadas na prática, é necessário desenvolver estratégias para que os profissionais de saúde e pacientes possam ter fácil acesso ao texto, compreender o que foi estabelecido e adotar suas recomendações. O processo de implementação não é simples, pois envolve a compreensão das diferentes necessidades dos envolvidos (profissionais de saúde, pacientes, serviços de saúde, etc.), recursos disponíveis, implicações em mudanças pessoais, organizacionais ou culturais. Implementar significa aplicar a diretriz na prática clínica com estratégias de comunicação efetiva possibilitando identificar e superar as dificuldades ou barreiras específicas do contexto local (BRASIL, 2016)(22).

Após a publicação e a utilização de estratégias de implementação de uma diretriz, é importante monitorar a adesão às novas recomendações, assim como avaliar os desfechos e resultados das mudanças na prática. O monitoramento permite adequações da diretriz, quando da sua atualização, caso algum de seus pontos seja um obstáculo a sua efetiva implementação ou ainda que seu resultado não tenham sido o esperado. O monitoramento das mudanças de práticas após a implementação de uma diretriz pode ser realizado a partir de diversos instrumentos: questionários de conhecimento antes e depois de treinamentos sobre a diretriz, auditorias, questionários de avaliação para o paciente, levantamento de dados em prontuários ou sistemas eletrônicos, entre outros (BRASIL, 2016)(22).

A qualidade de uma diretriz está relacionada à confiança de que os vieses potenciais do desenvolvimento foram adequadamente abordados, que as orientações sejam adequadas, que apresente bons níveis de validade interna e externa, além de levar em consideração os benefícios, riscos e custos das recomendações (Cluzeau, 2003)(23).

## 1.6 Abordagem e Avaliação do Trabalhador

A abordagem do trabalhador é a primeira etapa para a elaboração do diagnóstico da situação. Importante considerar que nem todas as situações de uso ou abuso significam caso de dependência química. Para essa avaliação os profissionais da equipe de trabalho devem ser capacitados e terem conhecimento sobre a área de dependência química, pois só assim terão

condições de abordarem cada caso de forma adequada e, assim, oferecerem ajuda e encaminhamento de acordo com a necessidade de cada trabalhador (BRASIL, 2012)(20).

O processo de abuso ou de desenvolvimento de dependência não ocorre em momentos claramente definidos, sendo natural que a princípio nem a família ou a empresa percebam algo de anormal no comportamento do trabalhador. Com o passar do tempo com a observação do comportamento observa-se então que ocorrem variações de humor, conflitos familiares e no trabalho que passam a ocorrer com maior frequência (BRASIL, 2012)(20).

A evolução do quadro e a visível deterioração do trabalhador desencadeiam preocupação e nível de ansiedade aos que estão à sua volta, o que pode refletir na busca de ajuda para tratamento. É nessas condições de aparente caos que o profissional costuma atender e abordar o trabalhador que, nesse momento, deve ser visto como um ser cuja interação social encontra-se prejudicada em função do abuso de álcool e outras drogas. Diante dessa realidade, a primeira intervenção é o acolhimento, onde junto com o trabalhador o profissional deve ser capaz de fazê-lo compreender que apesar da situação parecer difícil, ela pode ser modificada. O profissional deve desenvolver um vínculo de confiança e, a partir daí, possibilitar o acesso à história de vida do trabalhador, que deve incluir cinco aspectos distintos: a) vida pessoal e familiar; b) vida funcional; c) vida econômico-financeira; d) vida sócio comunitária; e) vida espiritual (BRASIL, 2012)(20).

Além desses aspectos a serem considerados durante avaliação, também deve ser realizada a triagem do uso de álcool e outras drogas para nortear as orientações e encaminhamentos adequados. Recomenda-se que a triagem seja feita de forma sistematizada, usando instrumentos padronizados e, de preferência, validados para uso em nosso país, como o AUDIT e o ASSIST, para a população adulta. (BRASIL, 2017)(24). O Teste AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) é um instrumento para “Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool” e é usado para a identificação de problemas associados ao uso de álcool, sendo de fácil utilização. É abrangente, por detectar diferentes níveis de problemas associados a diferentes padrões de uso de álcool (BRASIL, 2017)(24).

O Teste ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) foi desenvolvido para triagem do uso de substâncias psicoativas, com o apoio da Organização Mundial de Saúde – OMS, contando com a participação de pesquisadores brasileiros nas suas fases de testagem e adaptação para outras línguas sendo direcionado principalmente para profissionais de Atenção Primária à saúde para o uso em suas rotinas de trabalho. Portanto, o ASSIST tem as mesmas características do AUDIT, porém avalia não só o uso de álcool, mas



também o uso de outras drogas. Coleta informações sobre: a) uso de substâncias na vida e nos últimos três meses; b) problemas relacionados ao uso de substâncias; c) risco atual ou de futuros problemas decorrentes do uso; d) indícios de dependência; e) uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2017)(24). O ASSIST permite que se obtenha uma pontuação para cada droga ao final do teste, pois as respostas quantificam a intensidade e a frequência do uso da droga e os problemas relacionados, indicando o grau de comprometimento com cada substância que o usuário mencionou ter feito uso (Formigoni, 2016)(25).

Após a triagem a partir de instrumentos padronizados a devolutiva através do *feedback* é necessária. Vários estudos indicam que o *feedback* (isto é, o retorno das informações ou devolutiva) ao paciente pode motivá-lo a considerar a mudança de seu comportamento de uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017)(24). Miller e Sanches propuseram alguns elementos essenciais para essa devolutiva através da Intervenção Breve. Esses elementos têm sido reunidos usando a abreviação FRAMES, que traduzido significa “moldura”, “enquadramento” (BRASIL, 2017)(24).

- 1) Feedback (devolutiva ou retorno): Após a avaliação o paciente recebe um retorno sobre os riscos do seu padrão de consumo. Isso pode servir como ponto de partida para convidar o paciente a receber uma intervenção.
- 2) Responsibility (responsabilidade): Momento de “negociação” entre o profissional e o paciente, definindo as metas a serem atingidas no tratamento para redução do uso ou abstinência. É valorizada a responsabilidade do paciente para atingir a meta estabelecida.
- 3) Advice (aconselhamento): Orientações claras sobre a diminuição ou interrupção do uso de drogas, bem como o risco de problemas futuros, aumentam a percepção do risco pessoal e fornecem um motivo para que o paciente considere a possibilidade de mudança do comportamento.
- 4) Menu of Option (menu de opções): O profissional junto com o paciente, busca identificar as situações de risco que favorecem seu uso de substâncias. A partir disso há a orientação ao paciente sobre o desenvolvimento de habilidades e estratégias para evitar ou lidar de outra forma com essas situações de risco, buscando manter-se distante delas.
- 5) Empathy (empatia): O profissional deve evitar comportamento confrontador com o paciente e ter um comportamento empático demonstrando que compreende a situação e seus problemas.

- 6) Self-efficacy (autoeficácia): O objetivo é aumentar a motivação do paciente para o processo de mudança e encorajá-lo a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação à sua habilidade para mudar seu comportamento.

Considerando o processo de mudança e motivação, os psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente descreveram seis estágios (BRASIL, 2017)(24).

- 1) Pré-Contemplanção: Neste estágio encontra-se o paciente que não considera que o uso que faz de álcool e/ou outras drogas lhe traga algum problema.
- 2) Contemplanção: O paciente pensa na possibilidade de diminuir ou parar o uso, mas apresenta ambivalência frente à necessidade de mudança. Consegue perceber tanto os aspectos bons quanto os ruins em relação ao seu uso, além de ter “alguma” consciência da relação entre os seus problemas e o uso que faz do álcool e outras drogas.
- 3) Preparação: O paciente reconhece o seu uso de drogas como sendo o causador de seus problemas e se propõe a mudar de comportamento, desenvolvendo um plano ou estratégias que o ajudem a colocar em prática a mudança de comportamento.
- 4) O paciente coloca em prática as estratégias e planos (desenvolvidos no estágio anterior) para conseguir atingir sua meta de mudança.
- 5) Manutenção: Neste estágio, o maior desafio é manter a mudança obtida e evitar a recaída. O paciente tenta manter a mudança de comportamento e, para isso, necessita ser continuamente reforçado e encorajado.

Há ferramentas que podem ser utilizadas com o objetivo de motivar os pacientes à mudança de comportamento e de estágios de motivação. Essas ferramentas fazem parte do que se conhece por Entrevista Motivacional que é uma técnica eficiente na abordagem ao uso de álcool e outras drogas, pois permite ao profissional avaliar o estágio de motivação para mudança de comportamento. De acordo com pesquisadores William Miller e Stephen Rollnick, que desenvolveram a técnica da Entrevista Motivacional, motivação é um estado de prontidão ou disposição para mudança, que pode variar de tempos em tempos ou de uma situação para outra. Apesar de a motivação ser um estado interno, pode ser influenciada (positiva ou negativamente) por fatores externos (sejam pessoas ou circunstâncias) (BRASIL, 2017)(24).

Miller e Rollnick (2001)(26) descreveram a Entrevista Motivacional como um meio particular de auxiliar as pessoas a reconhecerem e agirem sobre seus problemas presentes ou potenciais. É útil com pessoas que relutam em mudar sentimentos e comportamentos

ambivalentes frente às mudanças. Entendem que a partir do momento em que as pessoas não se sintam mais imobilizadas por motivações conflitantes, elas têm habilidades e recursos para possibilitarem uma mudança duradoura. Na Entrevista Motivacional o terapeuta assume postura mais persuasiva que coercitiva que possibilite criar atmosfera positiva que leve à mudança. Com esse perfil o terapeuta atua baseado na evidência do seu objetivo, com estratégias claras e objetivas intervindo ativamente na problemática do paciente. O profissional deve levar em consideração cinco princípios gerais descritos por Miller em 1993 (Miller e Rollnick, 2001)(26).

- 1) Expressar empatia: Através da escuta habilidosa o terapeuta procura compreender os sentimentos e comportamentos do paciente, evitando julgá-lo.
- 2) Desenvolver a discrepância: O terapeuta possibilita ao paciente compreender a discrepância entre onde está e onde se quer estar.
- 3) Evitar argumentação: A resistência do paciente é diretamente influenciada pelo modo como o terapeuta atua frente a ela, podendo com a argumentação direta e insistente fracassar no processo de mudança.
- 4) Acompanhar a resistência: A entrevista não pode se tornar uma batalha, mas o terapeuta também não pode ser passivo à resistência, deve acompanhá-la. O terapeuta deve convidar o paciente a considerar novas informações e possibilidades.
- 5) Promover a autoeficácia: O paciente deve se considerar o responsável por suas mudanças, compreendendo que é capaz de tomar decisões acertadas, entendendo que é o protagonista de sua história.

Considerando a necessidade de avaliação do estágio de mudança de comportamento com o objetivo de levar o trabalhador à reflexão sobre a necessidade de tomar a iniciativa e provocar mudanças em seu meio pessoal e social, a Entrevista Motivacional se mostra uma técnica eficiente e adequada para a população com uso abusivo de álcool e outras drogas e, por este motivo, foi escolhida para auxiliar na abordagem do Programa de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras drogas para servidores públicos municipais a ser implantado no SESMT.

Qualquer avaliação sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas deve levar em consideração as diferenças nacionais, sociais, culturais, étnicas, religiosas e de sexo. Esses aspectos influenciam na modalidade, no significado do uso e nos comportamentos que provoca em quem faz uso abusivo. É importante analisar a natureza e a importância sobre o consumo abusivo de álcool no trabalho. Não é suficiente apenas ter em mãos um instrumento

de avaliação do uso abusivo de álcool e outras drogas somente no trabalho, mas é indispensável considerar outros aspectos da vida do trabalhador que incluem problemas de saúde, segurança e disciplina. Os instrumentos para detectar o uso de álcool e outras drogas por si só não trazem informações acerca da conduta social causada pelo consumo abusivo (OIT, 2008)(13).

Assim é necessário incluir junto ao programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas programas de promoção de saúde e qualidade de vida. A abstinência ou a redução do uso pelo trabalhador por si só não garantem sua saúde física e emocional, é preciso investir em ações contínuas a médio e longo prazo que possam garantir o seu bem-estar geral. O desenvolvimento de práticas saudáveis de vida e de mudança de estilo em seu dia a dia como atividades físicas, alimentação saudável, lazer, relações de proteção e proximidade à família são aspectos que podem fazer com que o trabalhador entenda que estar sóbrio é muito melhor do que sob efeito de qualquer tipo de droga (OIT, 2008)(13).

Baseada nesses pressupostos esta pesquisa teve como seu objetivo principal desenvolver um Protocolo de Atendimento com ações de prevenção ao uso de álcool e outras drogas voltado ao ambiente de trabalho. A partir de pesquisas sobre intervenções implementadas em ambiente ocupacional, baseadas em evidências de efetividade na redução dos prejuízos causados pelo uso de drogas é que foi desenvolvido o Protocolo de Atendimento.

A necessidade desse Protocolo de Atendimento se deu a partir do que fora observado no local de trabalho – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), onde houve aumento de encaminhamentos de casos de uso abusivo de álcool e outras drogas por servidores públicos. Tais casos refletiram em consequências negativas e prejuízos tanto ao servidor quanto à instituição, que incluem: problemas de saúde e com familiares, abandono da escola, prejuízos financeiros, absenteísmo, abandono de trabalho, atrasos, baixa produtividade, afastamentos por motivo de doença, internamentos, redução na qualidade de trabalho, conflitos com os colegas, além de refletir de forma negativa considerando a imagem da instituição.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 *Objetivo Geral*

Implantar Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho baseado em evidências, na Prefeitura Municipal de Umuarama/PR.

### 2.2 *Objetivos Específicos*

2.2.1 Avaliar a efetividade de intervenções de prevenção do uso de drogas implementadas ao ambiente de trabalho a partir de revisão integrativa;

2.2.2 Caracterizar o perfil da população-alvo, bem como necessidades relacionadas à prevenção ao uso de álcool e outras drogas.

2.2.3 Desenvolver protocolo de atendimento aos servidores públicos usuários de álcool e outras drogas.

### 3. MÉTODO

Para o desenvolvimento desta pesquisa, de modo a atingir os objetivos específicos, foram utilizadas diferentes estratégias metodológicas: i) revisão integrativa da literatura - que se refere à análise das pesquisas selecionadas e síntese do material coletado, bem como, o levantamento de lacunas para estudos posteriores; ii) caracterização da população-alvo - que consiste no levantamento de dados sociodemográficos dos servidores da instituição bem como dos casos de uso de álcool e outras drogas encaminhados para acompanhamento, além das causas dos afastamentos do trabalho; iii) desenvolvimento do protocolo de atendimento – com base nos dados levantados nas etapas anteriores.

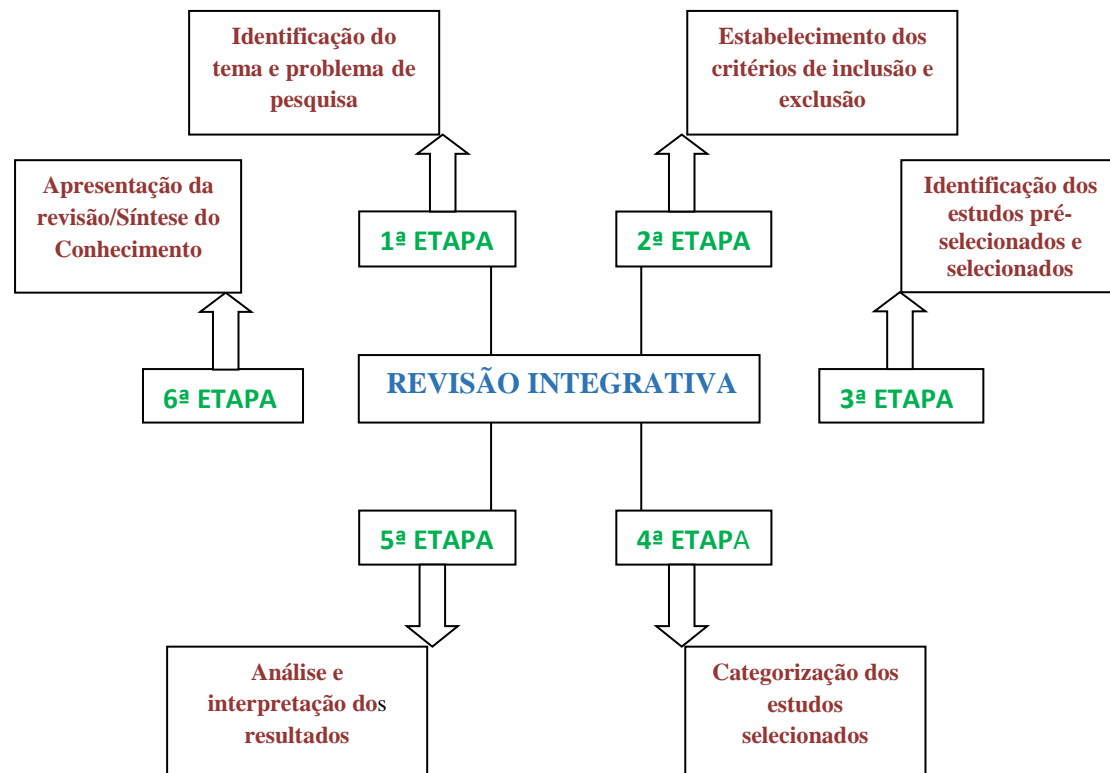
#### *3.1 Revisão Integrativa da Literatura*

Botelho, Cunha e Macedo (2011)(27) ressaltam que a revisão integrativa pode ser utilizada em várias áreas além do saber, como as áreas de educação e saúde. A revisão integrativa permite sistematizar o conhecimento científico de maneira que o pesquisador possa alcançar os objetivos de sua pesquisa podendo ao mesmo tempo delinear sua produção científica e ter conhecimento acerca do tema ao longo do tempo, podendo assim levantar novas possibilidades e temas de pesquisas futuras.

Para Whitemore e Knafl (2005) apud Botelho, Cunha e Macedo, 2011, p.127) o “termo integrativa tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método”, ponto esse que “evidencia o potencial para se construir ciência”.

Segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011)(27) o processo da revisão integrativa deve seguir etapas bem definidas, as quais serão consideradas no presente trabalho. (Figura 4)

Figura 4 – Etapas da Revisão Integrativa



Fonte: Elaborado pela autora com base em Botelho, Cunha e Macedo <sup>7</sup>

### *1ª Etapa - Definição do Problema de Pesquisa*

A partir da definição do problema de pesquisa, os descritores são definidos, assim como as estratégias de busca nas bases de dados para a pesquisa e outras fontes de dados.

### *2ª Etapa – Estabelecimento dos Critérios de Inclusão e Exclusão*

Identificação dos estudos que serão incluídos e excluídos na revisão. Esta etapa depende muito dos resultados encontrados ou delineados na etapa anterior.

<sup>7</sup> Botelho LLR, Cunha CCDA, Macedo M. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. Gestão e Sociedade. 2011

### *3ª Etapa - Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados*

Consiste na leitura do resumo, palavras-chave e título das publicações, possibilitando a organização dos estudos pré-selecionados e posteriormente a identificação dos estudos selecionados para desenvolvimento do projeto.

### *4ª Etapa - Categorização dos estudos selecionados distribuída em 4 passos*

- i) Elaboração de uma matriz de síntese dos dados selecionados.
- ii) Categorização dos dados que pode ser baseada nas características da amostra, tipo de incidência, cronologia, classificação conceitual predeterminada, grau de confiança dos dados, qualidade metodológica, além do nível de evidência do estudo.
- iii) Formação de uma biblioteca individual de forma que os dados sejam preservados e de fácil acesso, através de fichas catalogadas e pastas criadas no computador.
- iv) Análise crítica dos estudos selecionados tendo como base o problema de pesquisa, objetivos a serem alcançados além do nível de evidência dos mesmos.

### *5ª Etapa - Análise e interpretação dos resultados*

Esta etapa consiste na análise e interpretação dos resultados alcançados com a pesquisa, bem como no levantamento de lacunas de conhecimento existentes.

### *6ª Etapa - Apresentação da revisão e síntese do conhecimento*

A última etapa se refere à elaboração criteriosa e detalhada da descrição de todas as fases percorridas para a revisão integrativa, além de sugestões para pesquisas futuras.

Assim, considerando as seis etapas descritas, como problema de pesquisa foi considerada a seguinte questão: Que intervenções implementadas em ambiente ocupacional apresentam evidências de efetividade na redução dos prejuízos causados pelo uso de drogas?



Essas evidências foram analisadas tendo como referência o sistema GRADE - Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation, forma de avaliação da qualidade da evidência e da força da recomendação de estudos, onde a evidência proveniente de ensaios clínicos randomizados inicia com nível de evidência alto, enquanto que a evidência proveniente de estudos observacionais inicia com nível de evidência baixo (Galvão e Pereira, 2015)(28).

Como descritores foram selecionados: *alcohol, drug abuse, substance abuse, worker, work, workplace, intervention, prevention e treatment*. Para a busca de dados foram considerados estudos a partir do ano de 2001 considerando textos em inglês, espanhol e português, sendo utilizada a seguinte base de dados: Medline - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online via PubMed, SciELO - Scientific Electronic Library Online. BVS – Biblioteca Virtual de Saúde via LILACS e Google Acadêmico.

Com relação aos critérios de inclusão, foram selecionados estudos que apresentaram descrição de programas ou projetos de intervenção relacionados aos prejuízos do uso de drogas no ambiente de trabalho, bem como os resultados em termos de desfechos primários (mortalidade, lesões decorrentes de acidentes de trabalho, absenteísmo, presenteísmo) e desfechos secundários (relacionados à mudança de comportamento, como por exemplo: autorrelato de uso, testes toxicológicos etc.). Já os critérios de exclusão descartaram estudos que não apresentaram resultados primários e secundários.

Para categorização dos dados coletados nas pesquisas, foram incluídos os seguintes aspectos: autor (s), ano de publicação, nome do artigo, público, tipo de abordagem, resultados, modalidade de intervenção que foram posteriormente organizados em tabela demonstrativa (Apêndice A) para melhor análise dos dados. Foram selecionados estudos não somente voltados à prevenção no ambiente de trabalho, mas também para a população em geral.

Inicialmente foram encontrados duzentos e cinquenta e três (253) artigos, dos quais foram descartados cento e oitenta e dois (182), pois não atendiam aos critérios de inclusão. Desses foram selecionados setenta e um (71) para leitura do resumo. Após essa leitura restaram então cinquenta artigos (50) que foram categorizados em forma de tabela (Apêndice A), dentre eles quinze (15) estudos randomizados e onze (11) revisões da literatura (duas em português) que foram objetos de estudos desta pesquisa, sendo quarenta e dois (42) artigos em inglês e oito (8) em português.

As pesquisas apresentaram estudos que foram desenvolvidos em atenção primária, ambulatório, emergência, hospital geral, internamento e ambiente de trabalho (vinte e um), o

restante (vinte e nove) foi direcionado à população em geral. Esses artigos foram categorizados por modalidade de intervenção, sendo elas: a) Prevenção; b) Educação; c) Triagem; d) Encaminhamento e) Tratamento f) Prevenção de Recaída, sendo a Prevenção a mais abordada nas pesquisas, totalizando quarenta e um (41) artigos dos cinquenta (50) selecionados.

Na revisão integrativa inicialmente foram descritos os estudos voltados à população em geral realizados em atenção primária, local de maior ênfase nas pesquisas 7 (sete), em seguida os demais.

### *3.2 Caracterização da População Alvo*

Para obtenção das informações sobre o perfil profissiográfico da população-alvo foram solicitados dados individuais e agregados, não identificados, dos servidores públicos ativos à Divisão de Recursos Humanos (DRH) da Prefeitura Municipal de Umuarama, dados individuais tais como: idade, sexo, escolaridade, dependentes, data de admissão, secretaria de lotação do cargo, cargo, salário base.

Com relação aos dados agregados: número de servidores afastados temporariamente ou aposentados por invalidez, além de óbitos com suas causas, alguma referência a suspeita de uso abusivo de álcool e outras drogas como em acidentes de trabalho e/ou trânsito, e dados de acompanhamento e encaminhamentos para tratamento por prejuízos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como dos tratamentos realizados.

Esses dados foram fornecidos pela responsável pela Folha de Pagamento da DRH a servidora Maria Osana, utilizando a planilha do MS Excel. Com a posse desses dados, esses foram tabulados pela pesquisadora e apresentados posteriormente em forma de tabelas que serão apresentadas ao longo deste documento.

### *3.3 Protocolo de Atendimento*

O desenvolvimento do Protocolo de Atendimento foi baseado em experiências encontradas na literatura, considerando ações já implementadas em ambiente organizacional com evidências de efetividade na redução dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho. Foi organizado e descrito em sete etapas considerando as orientações do Ministério da Saúde sobre as diretrizes para elaboração de protocolo.

A estratégia inicial para o desenvolvimento do Protocolo de Atendimento foi inicialmente retomar com o Secretário de Administração Pública da Prefeitura Sr. Vicente Afonso Gasparini e Diretor de Divisão de Recursos Humanos da nova gestão municipal Sr. André Antônio dos Santos, que assumiram os respectivos cargos no mês de janeiro de 2017, a autorização para realização de estágio que foi concedida pelos seus antecessores no mês de novembro do ano de 2016, conforme Anexo A. Em seguida foi criada a equipe de trabalho que se constituiu pelos profissionais que atuam no SESMT, sendo: 1 estagiário do curso Técnico em Segurança do Trabalho, 1 estagiária do curso de Enfermagem, 1 estagiária do último semestre do curso de Serviço Social (visto que a Assistente Social da equipe estava afastada por licença à maternidade), 1 médico do trabalho, 2 psicólogas, 2 técnicos em segurança do trabalho, sendo a pesquisadora, a coordenadora das atividades e encontros que foram desenvolvidos no mês de setembro e outubro deste ano. Esses encontros foram realizados durante a semana nas instalações físicas do SESMT após as 16hs quando havia menor fluxo de atendimentos no setor. A equipe já tinha conhecimento acerca do projeto de prevenção apresentado e aprovado pela banca do curso de mestrado, visto que foi anteriormente encaminhado a cada um uma cópia do mesmo. Também foi compartilhado com a equipe material sobre programas de prevenção que foram encontrados na revisão de literatura, bem como as ações mais efetivas desenvolvidas especificamente para o local de trabalho.

Desde o início a equipe demonstrou interesse e motivação para participar da elaboração do Protocolo de Atendimento, ressaltando a importância do mesmo para a organização das ações. Foram discutidos fatores importantes para o desenvolvimento do Protocolo de Atendimento e sua execução, como recursos financeiros, físicos e humanos a serem utilizados. Considerando que o Protocolo de Atendimento será utilizado pela equipe do SESMT, bem como o espaço físico, considerou-se que não há necessidade de recursos específicos para o desenvolvimento do mesmo. O SESMT possui boa estrutura física para dar

suporte aos atendimentos, como: salas de atendimento individual ou em grupo, computadores, impressora, copiadora, scanner, telefone fixo e telefone celular, papel sulfite, mural de informação e recados, canetas, pen drive, etc.

Assim, baseada em informações registradas no SESMT e nos dados fornecidos pela Divisão de Recursos Humanos (DRH), deu-se início à elaboração do Protocolo de Atendimento. Para isso a equipe considerou as propostas e modelos encontrados na literatura respeitando a especificidade desses casos e a realidade dos servidores públicos municipais.

### *3.4 Considerações Éticas*

Para atendimento à legislação nacional que se refere às normas e condutas de pesquisas com seres humanos definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução nº 466/2012, o projeto desta pesquisa foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) via Plataforma Brasil com o número do parecer 1.903.666, ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA para registro e apreciação.

A autorização para a realização de estágio foi solicitada tanto ao Secretário de Administração Pública quanto à Diretora de Divisão de Recursos Humanos (Anexo A), a autorização e anuência da instituição coparticipante para cessão dos dados foi solicitada, mediante ofício (Apêndice B). Foi utilizado um termo de sigilo e preservação de dados (Apêndice C), que foram fornecidos pela instituição que cedeu os dados.

Como os riscos previstos referiam-se ao fato de que há secretarias e autarquias com uma quantidade menor de servidores, o que poderia possibilitar a identificação do servidor, optou-se então por não classificar os servidores com uso abusivo de álcool e outras drogas pela Secretaria onde estão lotados.

#### 4. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para alcançar o objetivo de avaliar a efetividade das intervenções de prevenção, serão descritos resumidamente os resultados dos cinquenta estudos selecionados, para que, posteriormente, seja possível analisá-los e assim desenvolver o Protocolo de Atendimento do Programa de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas baseado em evidências científicas. As pesquisas foram descritas considerando o local de intervenção, tendo início pelas ações desenvolvidas na atenção primária.

Lock et al. (2006)(29), fez uso da Intervenção Breve (IB) e concluiu que não há diferenças significativas do grupo caso, se comparado ao grupo controle, pois houve redução do consumo excessivo ao longo do tempo nos dois grupos estudados. O'Donnell et al. (2014)(30) também avaliou o uso da IB e verificou eficácia em abordagem de consumo perigoso e prejudicial nos cuidados de saúde primários, particularmente em bebedores de meia-idade e do sexo masculino. Considerou que a frequência e a duração da IB mantêm esse resultado em longo prazo.

Em outro estudo o uso da Triagem e IB demonstrou evidências de que, sendo realizadas pelo médico de cuidados primários como parte das orientações de saúde, pode reduzir significativamente os episódios de compulsão de beber em *binge*. Rubio et al. (2010)(31). Na pesquisa de Helstrom et al. (2014)(32) foi aplicada a IB via telefone a bebedores pesados e, foi concluído que houve redução do uso de álcool tanto no grupo que recebeu a IB quanto no que recebeu cuidado padrão. Pereira et al. (2013)(33) encontrou evidências de que o uso da IB na atenção primária foi eficaz e reduziu significativamente os episódios de bebedeira com apenas uma sessão. No entanto não foi possível definir se traz mais resultado em usuários com padrão nocivo ou dependentes.

Na Tailândia, Noknoy (2010)(34) fez uso da Entrevista Motivacional em bebedores-problemas na atenção primária e observou que é uma intervenção efetiva para bebedores de risco. O aconselhamento baseado na Entrevista Motivacional via telefone, associado a panfletos sobre a vida saudável foi outra estratégia aplicada no serviço de cuidados primários em pacientes com transtornos relacionados ao álcool e, foi considerado por Rapp et al. (2008)(35) mais eficaz na redução de bebida em homens que não procuram tratamento, se comparado ao uso de panfleto.

Com relação ao tratamento ambulatorial, o pesquisador Jordan et al.(2007)(36) avaliou esse serviço e o considerou como tratamento eficiente, já que a proporção de

pacientes que relataram problemas relacionados ao trabalho após o tratamento em ambulatório foi menor, se comparado ao período anterior à intervenção. Em estudos com pacientes com uso nocivo do álcool, também em tratamento ambulatorial, mas com transtorno mental, Nehlin et al. (2012)(37) observou que a IB pode promover redução em pequena escala de pontuação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).

Em alcoolistas foi utilizada IB associada ao uso da medicação Naltrexona e os resultados indicaram que, embora o grupo que foi medicado tenha demonstrado tendência a reduzir a taxa de recaída, não houve nenhuma diferença no hábito de beber se comparado ao grupo placebo (Laranjeira e Castro, 2009)(38).

Outra intervenção a dependentes de álcool com uso de medicamento, mas que não foi mencionado o local da pesquisa foi descrita por Litten et al. (2013)(39) que avaliou a Vareniclina não associada a nenhum outro tipo de intervenção como capaz de reduzir significativamente as medidas de uso de álcool, incluindo os dias de consumo pesado e de quantidade de uso diário.

No setor de emergência foram realizados dois estudos. O uso da triagem associada à IB, Entrevista Motivacional e encaminhamento. Cherpitel et al. (2010)(40) apontou melhora significativa de diversas variáveis durante um ano de acompanhamento dos pacientes. Dent et al. (2008)(41) associou a IB à Entrevista Motivacional em adultos com triagem de alto risco para uso de álcool, observou que tanto a Entrevista Motivacional quanto a IB não tiveram melhores resultados se comparadas ao tratamento padrão.

Em pacientes usuários de álcool internados em hospitais gerais que foram submetidos à IB, Freyer et al. (2008)(42) concluiu que essa ação não foi eficaz na redução do consumo de álcool ou melhora do bem estar em doze meses após a internação. No entanto, obteve resultado positivo tanto na prontidão para a mudança no hábito de beber, quanto na busca de ajuda formal para problemas relacionados ao uso de álcool. Holloway et al. (2007)(43) concluiu que os grupos de autoeficácia tiveram maior redução do consumo semanal, enquanto que a IB ajudou os bebedores pesados a reduzir seu consumo de álcool ao longo do tempo.

Foram desenvolvidas pesquisas voltadas às intervenções baseadas em computador e internet e, Vernon (2010)(44) em seu estudo com programas baseados em computador apontou que, embora o abandono seja muitas vezes mais expressivo, como ação complementar parece mostrar resultados satisfatórios. Miller e Spicer (2016)(45) implantaram em empresa de trabalhadores ferroviários o Programa Prevent que, é o único dentre os artigos

selecionados, que oferece tratamento a outras drogas incluindo o tabaco. Concluíram que os resultados sugerem a redução do consumo de álcool entre trabalhadores com idade entre 18 e 29 anos. Cunnigham, (2012)(46) fez uso de IB e outras duas intervenções disponibilizadas na internet, sendo a Alcohol Help Center (AHC) e a Check Your Drink (CYD), sendo a primeira breve e a última estendida. Os resultados demonstraram que houve redução adicional no consumo de álcool com a intervenção CYD em seis meses de tratamento com bebedores problema.

Em sua pesquisa com Triagem e Intervenção Breve baseada na web com a população de estudantes universitários em uso pesado de álcool, Kypri (2014)(47) observou pequena redução na quantidade de álcool diante de uma ocasião típica, mas não em outras medidas de consumo ou de problemas relacionados ao álcool. Sinadinovic et al.(2014)(48) a partir de programa de autoajuda, IB na forma de triagem e feedback via web, avaliou adolescentes a partir de 15 anos que buscavam informações sobre álcool e outras drogas na internet. Concluiu que a IB na forma de triagem simples com feedback pode possibilitar o acesso a testes de triagem, baseado em provas associadas às mudanças de comportamento relacionadas à saúde.

Voogt (2013)(49) avaliou a IB através da internet com bebedores pesados (entre 18 e 24 anos) nos últimos seis meses motivados para mudarem o consumo de álcool. Observou ao longo do estudo que a intervenção não foi eficaz na redução da quantidade de álcool, no entanto evidências preliminares indicaram que é eficaz na redução em curto prazo dos níveis de consumo para subgrupos de estudantes bebedores pesados. Ekman et al. (2011)(50) fez uso de IB e feedback normativo via web entre estudantes universitários, avaliou que a intervenção genérica e mais curta parece tão eficaz quanto a mais longa, incluindo o feedback normativo.

Três estudos relacionados ao uso de aplicativos de smartphone foram desenvolvidos. Gustafson et al. (2014)(51) relatou benefícios nesse tipo de intervenção para dependentes de álcool na assistência continuada após internamento residencial. Diferentemente desses resultados apresentados, o estudo de Gajecki et al. (2014)(52) indicou que o uso de aplicativos (Promillekol e PartyPlanner) pareceu não afetar o uso de álcool entre os estudantes pesquisados. Meredith, Alessi e Petry (2015)(53) em sua revisão sistemática sobre o uso desses aplicativos, encontraram resultados que sugerem escassez de avaliações sistemáticas que comprovem sua eficiência na redução do consumo de álcool, mas apontam que podem monitorar o uso do álcool no ambiente natural do usuário com a oferta de tratamento personalizado.

Marques e Furtado em revisão de literatura (2004)(54) encontraram evidências que recomendam o uso da IB em diferentes contextos de tratamento, especialmente naqueles voltados para usuários com padrão de consumo de risco ou diagnóstico de uso nocivo. Já o uso da intervenção ultra-breve associada ao uso de panfletos, informações sobre o álcool e feedback personalizado pesquisado por Cunningham et al. (2012)(55) não apresentou evidência razoável de impacto sobre o uso de álcool com bebedores problema. Já Geshi et al. (2007)(56) identificou a educação em saúde com estudantes universitários como intervenção que pode aumentar a consciência dos problemas de saúde relacionados ao álcool, mas por outro lado é menos efetiva para mudança de comportamento de beber.

Lima e Braga (2012)(57) descreveram um estudo de prevenção de recaída com alcoolistas abstinentes a partir de grupo de autoajuda (Alcoólicos Anônimos - A.A.), concluíram que considerando o acolhimento, partilha de experiências e reinserção social, a participação contribuiu para o bem estar físico e emocional. Doumas e Hanna (2007)(58) fez uso e verificou eficácia no feedback baseado na web e Entrevista Motivacional em trabalhadores jovens adultos.

Em estudos Merrick et al. (2007)(59) evidenciou grande interesse dos Estados Unidos no Programa Employee Assistance Program (EAP) como forma de resolver problemas relacionados ao uso de drogas no ambiente de trabalho. Já Qing et al (2015)(60), em sua pesquisa voltada à promoção de saúde na China, evidenciou que há lacunas na literatura atual sobre o consumo excessivo de álcool, sendo essa área pouco investigada.

Ames e Bennet (2011)(61) destacaram a IB, associada à técnica educacional no ambiente de trabalho, como maior potencial para tratar problemas relacionados ao uso de álcool. Ferreira e Sartes (2015)(62) em sua pesquisa de artigos entre os anos de 2002 e 2012 consideraram que a Intervenção Breve associada a um programa de pares pode embasar uma nova abordagem de prevenção na área do trabalho.

Kolar e Treuer (2015)(63) direcionaram seus estudos às abordagens mais usadas na gestão esportiva e evidenciaram que há quatro abordagens principais, entre elas a intervenção breve, intervenção psicossocial, intervenção baseada na web e, intervenção a usuários de álcool e outras drogas em ensaio aleatório. Dentre essas a Intervenção Breve foi a mais frequentemente utilizada. Webb et al. (2009)(64) encontrou na revisão da literatura poucos estudos metodologicamente adequados às intervenções de prevenção ao uso de álcool no local de trabalho. No entanto, encontrou evidências de que a IB associada a exames de saúde, estilo



de vida, treinamento de habilidades psicossociais e encaminhamento de pares, têm potencial para resultados satisfatórios.

Com relação à aplicação de testes para rastreio de uso de álcool e outras drogas, Cashman (2009)(65), em sua pesquisa de revisão, não encontrou evidências suficientes para aconselhar a favor ou contra o uso de testes para motoristas, com o intuito de avaliar o uso de álcool e outras drogas.

Nos demais estudos o uso da triagem e IB com trabalhadores de empresa de transporte, que utilizam serviços de saúde ocupacional, apresentou resultados que demonstram se essas estratégias forem associadas a exames de saúde, estilo, qualidade de vida e rotina no local de trabalho, podem ser eficazes na redução do consumo de álcool (Hermasson et al., 2010)(66). Ferreira et al. (2016)(67) além da IB fez uso de educação para o álcool, feedback e panfletos direcionados a trabalhadores de empresa metalúrgica, tendo sido a IB a estratégia que apresentou diferenças significativas quanto à redução do consumo de álcool.

Ronzani et al. (2007)(68) utilizou a IB com bombeiros de Minas Gerais, e essa se mostrou eficaz nesse contexto referente a problemas relacionados ao uso de álcool. Também foi estudada por Guimarães et al. (2015)(69) e foi considerada a melhor intervenção para redução do abuso de álcool, sendo que o mesmo resultado não foi obtido na cessação do uso em nenhuma das intervenções realizadas.

Com relação ao uso de intervenções através de contato telefônico, Mc Pherson et al. (2010)(70), em um estudo com trabalhadores adultos de empresa de serviços financeiros, ofereceu serviço de call center como suporte para detecção do álcool, além de IB e encaminhamento para tratamento SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) e Employee Assistance Program (EAP). Observou que a integração de SBIRT e rotina em prática de EAP são viáveis em sistemas de fornecimento de telefonia, pois aumenta a identificação e oportunidade para aconselhamento breve motivacional.

Miller, et al. (2005)(71) implantou o Programa PeerCare, que se refere à participação de colegas de trabalho para a prevenção e encaminhamento dos trabalhadores com uso abusivo. Observou que essa intervenção apresentou maior associação com a redução das taxas de lesão no trabalho, se comparado ao teste de drogas aleatório. Em seu outro estudo Miller, et al. (2007)(72) concluiu que esse programa também é eficaz para encaminhamento de trabalhadores ao tratamento. Miller e Spicer (2016) (45) encontraram resultados sugestivos de que o Programa Prevent, que está relacionado à promoção de saúde via computador,

implementado em empresa de trabalhadores rodoviários, reduz o consumo de álcool entre trabalhadores com idades entre 18 e 29 anos.

Broome et al. (2011)(73) obteve resultados satisfatórios na redução do consumo de álcool com jovens trabalhadores participantes da oficina de treinamento de equipe de resiliência. Reynolds et al. (2008) em seu estudo com normas de trabalho, grupo e clima de segurança entre trabalhadores de uma cadeia de restaurantes, concluiu que o programa de assistência aos funcionários é efetivo e apresenta efeito significativo da interação entre clima de segurança, bebedores e treinamento sobre crenças.

Slaymaker e Owen (2006)(74) acompanharam trabalhadores em tratamento para abuso de drogas que foram submetidos a um tratamento residencial ao longo de doze meses. Observaram reduções significativas no consumo de drogas como na qualidade de vida, nos relacionamentos em geral, diminuição do absenteísmo e ações disciplinares além de nível alto de emprego após tratamento, onde 90% dos homens e 85% das mulheres estavam trabalhando em tempo integral durante o período desse estudo. Desses, 65% relataram abstinência contínua aos seis meses e 51% aos doze meses.

E por fim, Weisner et al. (2009)(75) pesquisou sobre o internamento de trabalhadores em programa de dependência química como exigência do trabalho; e concluiu que esses trabalhadores apresentaram mais possibilidades de se manterem abstinentes durante o tratamento, se comparados ao grupo com internamento espontâneo. Na população de mulheres Aklin (2014)(76) identificou que o trabalho social e terapêutico com gestantes e mulheres pós-parto, no local de trabalho, pode manter o emprego e a abstinência de drogas em longo prazo, mas recomendou que a intervenção adicional é importante para sustentar esses resultados.

Esta revisão apresentou várias intervenções preventivas: 1) trabalho terapêutico e social; 2) treinamento de equipe; 3) feedback; 4) entrevista motivacional; 5) educação para o álcool e em saúde; 6) panfletos informativos; 7) triagem e encaminhamento; 8) intervenção breve; 9) tratamento ambulatorial; 10) suporte para detecção do uso de álcool; 11) programa de pares (PeerCare); 12) normas de trabalho e clima de segurança; 13) tratamento residencial; 14) programa de promoção da saúde (Prevent); 15) internamento em programas de dependência química; 16) internamento em hospital geral; 17) uso de medicação; 18) autoeficácia; 19) aconselhamento; 20) estratégia comportamental de proteção (aplicativos de smartphone Promillekol e PartyPlanner); 21) suporte para detecção do álcool; 22) assistência continuada pós internação residencial; 23) intervenção ultra-breve; 24) programa de

assistência Employee Assistance Program (EAP); 25) prevenção de recaída (Grupo A.A.), que foram aplicadas em locais diversos com a população em geral e também especificamente com trabalhadores.

## 5. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE(77), a cidade de Umuarama no ano de 2015 contava com uma população de 108.218 habitantes, em 2016 tem-se a estimativa de 109.132 habitantes. No ano de 2014 contava com 4.850 empresas atuantes, 37.381 pessoas ocupadas no total e 30.638 pessoas ocupadas assalariadas. Segundo dados fornecidos pela Divisão de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Umuarama, dessas pessoas ocupadas 2.442 são servidores ativos municipais, o que compreende 7,9% do pessoal ocupado assalariado. Os servidores cumprem carga horária de 20 e 40 horas, 30 horas (Assistentes Sociais) e 10 horas (no caso de três médicos que atuam em Unidade Básica de Saúde), durante o período diurno e noturno, este último no caso de servidores que prestam serviço no Pronto Atendimento Municipal até as 23hs.

A população-alvo desta pesquisa refere-se aos servidores públicos ativos da Prefeitura Municipal de Umuarama. Conforme informações da Divisão de Recursos Humanos (DRH), considerando até o mês de março de 2017 (período do fornecimento de dados) somam um total de 2.442 servidores que são cadastrados e prestam serviços a 14 Secretarias: 1) Administração; 2) Agricultura e Meio Ambiente; 3) Assistência Social; 4) Defesa Social; 5) Educação; 6) Esporte e Lazer; 7) Fazenda; 8) Habitação e Projetos Técnicos; 9) Indústria e Comércio; 10) Obras; 11) Planejamento Urbano; 12) Saúde; 13) Serviços Públicos; 14) Serviços Rodoviários, além de outros locais como: Comunicação Social, Gabinete e Gestão Integrada, Procuradoria de Assuntos Jurídicos, Proteção e Defesa do Consumidor e 2 Autarquias (Fundação de Cultura e Turismo e ACESF – Administração de Cemitérios e Serviços Funerários).

Os dados fornecidos pela Divisão de Recursos Humanos (DRH) possibilitaram caracterizar o perfil dos servidores públicos em aspectos como: a) Local de trabalho (Tabela 2); b) Gênero (Tabela 3); c) Grau de escolaridade (Tabela 4); d) Idade (Tabela 5); e) Nível Salarial (Tabela 6), que são apresentados a seguir.

Tabela 2 – Servidores distribuídos por local de trabalho

<b>LOCAL</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
ACESF	19	0,7
Comunicação Social	05	0,2
Fundação de Cultura e Turismo	08	0,3
Gabinete e Ação Integrada	13	0,5
Procuradoria de Assuntos Jurídicos	14	0,6
Proteção e Defesa do Consumidor	04	0,1
Secretaria de Administração	105	4,3
Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente	39	1,5
Secretaria de Assistência Social	108	4,4
Secretaria de Defesa Social	114	4,6
Secretaria de Educação	981	40,0
Secretaria de Esporte e Lazer	31	1,2
Secretaria de Fazenda	62	2,5
Secretaria de Habitação e Projeto Técnico	09	0,3
Secretaria de Indústria e Comércio	11	0,4
Secretaria de Obras	64	2,6
Secretaria de Planejamento Urbano	05	0,2
Secretaria de Saúde	556	22,7
Secretaria de Serviços Públicos	255	10,5
Secretaria de Serviços Rodoviários	39	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>2.442</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados fornecidos pela DRH

Tabela 3 – Servidores distribuídos por categoria de gênero

<b>SEXO</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
Feminino	1.694	69,3
Masculino	748	30,7
Total	2.442	100

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados fornecidos pela DRH

Tabela 4 – Servidores distribuídos por grau de escolaridade

<b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
4ª série incompleta	45	1,9
4ª série completa	56	2,3
8ª série incompleta	113	4,7
Ensino Fundamental Completo	190	7,8
Ensino Médio Incompleto	66	2,7
Ensino Médio Completo	763	31,0
Superior Incompleto	53	2,2
Superior Completo	929	38,0
Especialização	219	9,0
Mestrado	6	0,3
Doutorado	2	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>2.442</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados fornecidos pela DRH

Tabela 5 – Distribuição dos servidores por idade

<b>IDADE</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
Entre 19 e 29 anos	344	14,0
Entre 30 e 39 anos	696	28,5
Entre 40 e 49 anos	710	29,0
Entre 50 e 59 anos	513	21,0
Entre 60 e 69 anos	159	6,6
Entre 70 e 79 anos	20	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>2.442</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados fornecidos pela DRH

Tabela 6 – Servidores distribuídos por nível salarial

<b>SALÁRIO</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
Menor que R\$ 1.000,00	16	0,7
Entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.001,00	1.399	57,4
Entre R\$ 2.001,00 e R\$ 3.000,00	531	21,7
Entre R\$ 3.001,00 e R\$ 4.000,00	178	7,3
Entre R\$ 4.001,00 e R\$ 5.000,00	254	10,4
Entre R\$ 5.001,00 e R\$ 6.000,00	23	0,9
Entre R\$ 6.001,00 e R\$ 7.000,00	5	0,2
Entre R\$ 7.001,00 e R\$ 8.000,00	4	0,1
Maior que R\$ 8.000,00	32	1,3
<b>TOTAL</b> F	<b>2.442</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados fornecidos pela DRH

Também foi possível caracterizar a população-alvo com relação a afastamentos e aposentadorias (Tabela 7). Convém salientar que foi considerado o período de julho de 2011 (data de criação do SESMT) a março de 2017 (período de fornecimento dos dados pela DRH) justamente para rastrear por um período mais longo possíveis afastamentos e casos de aposentadoria relacionados ao uso de álcool e outras drogas. No entanto, observou-se que há poucos registros do código de CID (Classificação Internacional de Doenças) no sistema de cadastro o que impossibilitou fazer tal investigação. Com relação a isso o Diretor de Divisão de Recursos Humanos da atual gestão municipal (que assumiu no mês de janeiro de 2017) Sr. André Antônio dos Santos justificou que, provavelmente até a gestão municipal anterior, na maior parte dos casos, não era prática rotineira fazer tal registro e, no restante deles não constavam informações sobre o código de CID nos atestados médicos. Diante disso comprometeu-se a tornar atividade de rotina na DRH o registro do código de CID no histórico funcional dos servidores.

Ainda com relação aos afastamentos e aposentadorias, na avaliação desses dados observou-se que nos casos de registro do código de CID (cerca de 30%) não foi encontrado nenhum que estivesse diretamente relacionado ao uso de álcool e outras drogas o que inclui o código de CID F-10 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool), CID F-17 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo) e CID F-19 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas). Nos casos de código de CID F (transtornos mentais e comportamentais) foram registrados 158 servidores afastados no período de julho de 2011 a março de 2017, em sua maioria código de CID F-32.0 (episódio depressivo leve), F-32.1 (episódio depressivo moderado), F-32.2 (episódio depressivo grave sem sintoma psicótico), F-33.0 (transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve) e F-41.1 (ansiedade generalizada).

Considerando dados atuais do mês de novembro do ano de 2017, quarenta (40) servidores encontram-se afastados por licença para tratamento de saúde, dentre eles quatorze (14) relacionados ao código de CID F (transtornos mentais e comportamentais), não havendo nenhum registro do código de CID relacionado ao uso de álcool e outras drogas.

Com relação aos dados registrados no SESMT no período de julho de 2011 a março de 2017 cinquenta (50) servidores com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas buscaram ajuda espontaneamente ou foram encaminhados para tratamento ao SESMT. Desses trinta e nove (39) foram encaminhados ao CAPS AD, quatro (4) a internamento em



Clínica Psiquiátrica e sete (7) à Comunidade Terapêutica. A maior taxa de adesão ao tratamento refere-se ao atendimento no CAPS AD, dos servidores encaminhados ao internamento dois pediram alta médica e não concluíram o tratamento o mesmo acontecendo com três servidores encaminhados à Comunidade Terapêutica. Desses servidores com uso abusivo de álcool e outras drogas, cerca de 40% reduziram o consumo, 20% mantêm-se abstinente e o restante (40%) mantém ou aumentou o padrão de uso e não aceita tratamento, apesar das diversas tentativas de abordagem. A droga mais utilizada por esses servidores é o álcool (cerca de 80%) seguido por 20% deles com uso de outras drogas (crack, cocaína, maconha, tabaco e um (1) caso de uso abusivo de benzodiazepínicos).

A partir dos encaminhamentos realizados esses servidores foram acompanhados pela Assistente Social do SESMT com o objetivo de obter informações a respeito da adesão e assiduidade ao tratamento, ausência ou qualquer outro tipo de situação que pudesse ser compartilhada para melhor acompanhamento do trabalhador. No caso de ausência ao tratamento havia busca ativa com o acompanhamento preferencialmente de um técnico do sexo masculino para evitar possíveis comportamentos agressivos ou arredios por parte do servidor, o que raramente aconteceu. Convém ressaltar que caso necessário e com a permissão do servidor, sua família também foi acompanhada.

Considerando os servidores afastados para tratamento com transtornos relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, somente três (3) deles apresentaram atestados médicos que indicassem diretamente o uso abusivo de álcool e outras drogas, apesar de esses não terem sido registrados na DRH. Os servidores, em sua maioria, apresentaram atestados médicos com código de CID relacionado à depressão (CID F32.0, F32.1, F32.2, F33.0) e ansiedade generalizada (CID F 41.1) diagnosticados por médicos de Unidade Básica de Saúde. Importante salientar que, não foi registrado nenhum caso de acidente de trabalho ou óbito relacionado ao uso de álcool e outras drogas no período de julho de 2011 a março de 2017. Os dados sobre óbitos, afastamentos e aposentadoria dos servidores constam na Tabela 8.

Dentre os servidores encaminhados ao SESMT com uso abusivo de álcool, cinco (5) respondiam a processo administrativo ou sindicância devido a problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho (uso no ambiente de trabalho, sinais e sintomas de embriaguez, desorientação, humor e comportamento alterado) tendo dois (2) deles sido exonerados após várias tentativas de tratamento sem adesão em um período de acompanhamento com mais de dez anos (antes mesmo da criação do SESMT). Entre os motivos para a exoneração foram registradas várias advertências devido ao uso de álcool no

local de trabalho, risco a si e a outros por estar alcoolizado durante suas atividades laborais, agressividade com os colegas e chefia, além de faltas frequentes sem justificativas que caracterizaram por fim abandono de emprego.

Tabela 7 – Dados Referentes a Óbitos, Afastamentos e Aposentadoria de Servidores

<b>DADOS DOS SERVIDORES</b>	<b>N.</b>
Servidores Afastados (11/2017)	46
Servidores Afastados pelo código de CID F (11/2017)	14
Servidores Afastados – 07/2011 a 03/2017	373
Servidores Afastados por Acidente de Trabalho – 07/2011 a 03/2017	08
Servidores Aposentados Compulsoriamente – 07/2011 a 03/2017	12
Servidores Aposentados por Invalidez – 07/2011 a 03/2017	41
Servidores Aposentados por Idade – 07/2011 a 03/2017	22
Servidores em Óbito – 07/2011 a 03/2017 (Aposentados e Ativos)	97

Fonte: Elaborado da autora com base em dados fornecidos pela DRH

## 6. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Este Protocolo se constituirá em importante instrumento para abordagem e atendimento aos servidores públicos e pessoas de seu convívio, disponibilizando informação, orientações e estratégias previamente estabelecidas para a execução de ações que orientem a melhor conduta e direcionamento das intervenções a serem desenvolvidas.

Para que seja integrado ao Programa de Prevenção é necessário que seja validado e, para isso uma cópia do Protocolo de Atendimento será encaminhada para avaliação do Secretário de Administração Pública e do Diretor da Divisão de Recursos Humanos (DRH), onde o SESMT e os profissionais da equipe estão lotados. Caso haja a sugestão de modificações um encontro será agendado para que as alterações sejam discutidas e, se necessário consideradas. Após aprovação final a versão definitiva do Protocolo de Atendimento será encaminhada novamente para o Secretário de Administração Pública e Diretor de Divisão de Recursos Humanos (DRH) para validação da mesma.

Assim, ao iniciar os atendimentos com previsão até o primeiro semestre do ano de 2018, esses serão realizados com agendamento ou sem agendamento prévio. Em caso de agendamento prévio a pessoa será atendida por um dos profissionais da equipe técnica, o qual se tornará profissional de referência desse caso. Em regime de “porta aberta” (sem agendamento prévio), caso não haja disponibilidade de atendimento pelo profissional no momento, será reagendada nova data para retorno e atendimento.

De acordo com a finalidade da busca pelo atendimento o profissional adotará abordagens diferenciadas e específicas a cada caso:

a) Servidor em busca de atendimento para tratamento: atendimento individual a partir de triagem com uso do ASSIST, Intervenção Breve e Entrevista Motivacional. De acordo com a tabela de pontuação alcançada no ASSIST o profissional irá fazer os encaminhamentos e acompanhamentos necessários. A família também poderá ser acompanhada com a autorização do servidor.

b) Servidor em busca de atendimento para outra pessoa (familiar, amigo, etc.): atendimento individual, orientações e informações a respeito de locais para encaminhamento ao tratamento e acompanhamento ao servidor sobre o caso.

c) Servidor em busca de atendimento para um colega de trabalho (programa de pares): atendimento individual, orientações, avaliação da possibilidade de agendamento para atendimento para o colega de trabalho (aceitação e motivação para tratamento e/ou

atendimento no SESMT) e se possível, agendamento. Não havendo tal possibilidade, serão fornecidas informações e/ou encaminhamento para locais de tratamento, acompanhamento ao servidor através de observação pelo colega de trabalho e chefia imediata.

d) Chefia imediata em busca de atendimento para servidor: atendimento individual, orientações, avaliação da possibilidade de agendamento para atendimento do servidor (aceitação e motivação para tratamento e/ou atendimento no SESMT). Não havendo tal possibilidade, informações e/ou encaminhamento para locais de tratamento, acompanhamento ao servidor através de observação pela chefia imediata e, de acordo com a particularidade de cada caso, contato com a família do servidor.

e) Família de servidor em busca de atendimento para servidor: atendimento individual, orientação e visita domiciliar se necessário. Se houver motivação para o tratamento será agendado com o servidor atendimento individual para avaliação. Caso contrário será acompanhado pela chefia imediata e, a família continuará a ser acompanhada pelo SESMT. No caso de alcoolismo e se houver interesse, encaminhamento da família ao AL-ANON (grupo de autoajuda para familiares).

O Protocolo foi desenvolvido considerando sete etapas distintas, que serão descritas a seguir e apresentadas em Fluxograma (Figura 5).

### *6.1 Capacitação aos Profissionais do SESMT*

Os profissionais da equipe serão treinados pela coordenação do Programa de Prevenção para o atendimento e acolhimento aos servidores públicos. Serão realizados encontros nas dependências do SESMT onde serão discutidos temas como: a) características das drogas mais usadas (álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, entre outras); b) causas e consequências do uso; c) sinais e sintomas do uso; d) uso, abuso e dependência; e) síndrome de abstinência; f) importância da família e chefia imediata no tratamento; g) instrumentos e técnicas de atendimento (Acolhimento, Observação, ASSIST, Intervenção Breve, Entrevista Motivacional); h) avaliação; i) encaminhamento e acompanhamento; j) outros temas julgados importantes pela equipe.

## *6.2 Informação e Formação à Chefia Imediata*

Os servidores públicos municipais são distribuídos em várias Secretarias que se estruturam em divisões para melhor administrar e acompanhar as atividades e o desempenho dos servidores. Essas divisões possuem chefias imediatas que têm contato próximo e diário com os servidores, são por eles responsáveis e conseqüentemente pelo bom andamento do trabalho. Parte dos encaminhamentos realizados ao SESMT até então, foram de iniciativa dessas chefias, que durante as atividades laborais observaram a necessidade, considerando os sinais e sintomas bem como os prejuízos causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho.

As chefias imediatas recebem dos servidores espontaneamente pedidos de ajuda e encaminhamento para tratamento. Assim, são elementos muito importantes, sendo necessário incluí-las ativamente no Programa de Prevenção. Até então se observou que algumas chefias imediatas têm conhecimento, mas muitas delas não têm informações acerca do tema sobre drogas, desconhecem sobre sinais, sintomas, prejuízos, síndrome de abstinência e ainda que pode ser uma dependência tornando-se uma doença sem cura e que necessita de tratamento.

Diante disso, antes de iniciar o Programa de Prevenção, tanto os diretores de divisão quanto as chefias imediatas participarão de grupos que serão coordenados por profissionais do SESMT, onde será apresentado o Programa de Prevenção e seus objetivos, informações a respeito de álcool e outras drogas para que facilite a detecção do uso abusivo e, assim, encaminhamento ao SESMT, além de orientação a respeito de acolhimento e abordagem aos servidores. Serão também orientados a criarem e aproveitarem os momentos onde os servidores estão reunidos para divulgarem o Programa de Prevenção e a importância da participação e colaboração de todos.

Será ressaltada às chefias imediatas a necessidade de apoio não somente diante de casos de uso abusivo de álcool e outras drogas, mas também em situações de prevenção antes que o uso ou abuso torne-se crônico o que implica em maior dificuldade de encaminhamento e tratamento. Também será oportunizado espaço para sugestões ao Programa de Prevenção para que se sintam pertencentes e participantes ativos do mesmo. Para o encaminhamento dos servidores o diretor de divisão ou chefia imediata deverão preencher e enviar a Ficha de Encaminhamento (Apêndice F), que ficará à disposição nos diversos setores de trabalho, e comparecer ao SESMT.

Após atendimento ao servidor, o profissional responsável pelo acompanhamento do caso deve fazer um relatório onde conste, de forma sucinta, os encaminhamentos realizados e a necessidade da continuidade de acompanhamento, preservando o sigilo de outras informações a respeito do atendimento ao servidor e encaminhá-lo à chefia imediata ou diretor de divisão. As chefias imediatas serão orientadas a acompanharem os servidores e contatarem o SESMT ao observarem mudanças de comportamento que possam estar relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A ausência ao tratamento, que poderá ser observada pela falta de Declaração de Comparecimento ao tratamento ao qual foi encaminhado, também deverá ser comunicada ao SESMT para que o profissional responsável entre em contato com o servidor para retornar ao tratamento.

### *6.3 Informação e Formação aos Servidores*

As informações aos servidores a respeito do Programa de Prevenção serão divulgadas não somente por meio dos diretores de divisão e das chefias imediatas, mas também a partir de Palestras durante o Treinamento e a Semana de Prevenção a Acidentes de Trabalho (SEMPAT) que normalmente são programadas anualmente ou ainda em outras situações em que os servidores se encontrem reunidos.

Os objetivos desses encontros serão: a) compartilhar as informações sobre álcool e outras drogas; b) desmistificar os tabus e pré-conceitos a respeito do assunto; c) identificar os prejuízos do uso abusivo tanto no trabalho quanto na vida pessoal e social; d) levar ao conhecimento de que a dependência de álcool e outras drogas é uma doença sem cura, progressiva, fatal e necessita de tratamento; e) apresentar o Programa de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas de forma clara e objetiva; f) certificar que a Prefeitura apoia o Programa e os encaminhamentos serão mantidos em sigilo pelo SESMT; g) compartilhar a possibilidade do apoio do programa entre pares, onde os próprios servidores poderão ajudar seu colega de trabalho com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas ao entrar em contato com o SESMT; h) propiciar momento de reflexão para motivação em busca do tratamento; i) incentivar momentos em família, de lazer e atividade física; j) outros.

A divulgação também será realizada por meio de cartazes que serão fixados tanto nos murais do SESMT quanto nos demais setores próximos aos relógios ponto, onde se concentra maior número de servidores. Outro meio de divulgação será o uso das redes sociais da Prefeitura, como o site e Facebook oficial, não somente com informações a respeito do

Programa de Prevenção, mas também sobre uso de álcool e outras drogas, dados que demonstrem os prejuízos causados pelo uso abusivo do álcool, casos da literatura, da mídia ou de servidores (com sua autorização) que obtiveram sucesso com o tratamento, além de divulgação de eventos e incentivo à participação em atividades que propiciem melhor qualidade de vida.

#### *6.4 Recepção e Identificação*

Será realizada pelos estagiários previamente treinados para o acolhimento. Esta etapa está relacionada ao acolhimento e identificação através do preenchimento da Ficha de Identificação do Servidor (Apêndice D) ou Ficha de Encaminhamento (Apêndice F) que serão anexadas à Entrevista Motivacional (Apêndice E).

#### *6.5 Atendimento, Avaliação e Encaminhamento do Servidor*

Será realizado na sala de atendimento do profissional durante o período de até sessenta minutos, podendo se estender diante da necessidade.

O profissional, com base nas informações coletadas por meio dos instrumentos de avaliação, anteriormente descritos, deverá ter condições de avaliar o caso, considerando os riscos, vulnerabilidades e principalmente o nível de motivação para o tratamento, sendo responsável pelo encaminhamento e acompanhamento posterior.

Convém salientar que o profissional deverá ter conhecimento sobre os serviços disponíveis da rede de atenção psicossocial e, se possível por meio de visitas para conhecimento da coordenação e demais profissionais, estrutura física, objetivos, finalidade, abordagem e tempo de tratamento e resolutividade.

Caso o servidor não demonstre motivação e se negue a ser encaminhado aos serviços da rede de atenção psicossocial, poderá participar espontaneamente de atendimento individual ou em grupo no SESMT. O grupo terá como objetivo compartilhar informações sobre álcool e outras drogas, além de levar à reflexão sobre temas como: mudança de comportamento, importância da família, trabalho, amigos e lazer, objetivos e planos de vida, saúde física e psíquica, além de outros temas propostos pelo profissional ou pelo grupo, que forem considerados pertinentes ao tema para discussão.

Para comprovação da presença aos atendimentos ao SESMT ou outros locais de encaminhamentos para tratamento, o servidor deverá apresentar ao chefe de divisão ou à chefia imediata Declaração de Comparecimento para justificativa de sua ausência e também acompanhamento de sua adesão ao tratamento.

#### *6.6 Reintegração ao Trabalho*

Caso o servidor tenha sido encaminhado para tratamento e necessite ficar afastado do trabalho, como em Comunidade Terapêutica ou internação em clínica ou hospital psiquiátrico, antes de retornar ao trabalho será atendido pelo profissional do SESMT para avaliação e novos encaminhamentos, se necessário. A chefia imediata será informada sobre a data de retorno do servidor ao trabalho para que seja recebido cordialmente e reintegrado às suas atividades laborais.

#### *6.7 Avaliação do Programa de Prevenção*

Será realizada ao longo de doze meses a partir dos seguintes aspectos:

- 6.7.1 Busca pelo tratamento
- 6.7.2 Número de atendimentos
- 6.7.3 Número de encaminhamentos
- 6.7.4 Resolutividade dos casos (abstinência, controle ou redução do uso)
- 6.7.5 Adesão ao tratamento
- 6.7.6 Reintegração ao trabalho
- 6.7.7 Aceitação e participação dos servidores e colegas de trabalho
- 6.7.8 Aceitação e participação dos familiares
- 6.7.9 Aceitação e participação dos diretores de divisão e chefia imediata
- 6.7.10 Integração e comunicação entre equipe
- 6.7.11 Alcance da divulgação do Programa
- 6.7.12 Avaliação das pessoas que participaram do Programa (servidores, colegas de trabalho, familiares, diretores de divisão e chefia imediata) com base no preenchimento da Ficha de Avaliação do Programa de Prevenção (Apêndice G) que será entregue em uma urna mantida na



recepção do SESMT. Essa ficha preferencialmente deve ser identificada, exceto no caso dos colegas de trabalho que queiram manter sua identidade sob sigilo.

A avaliação do Programa de Prevenção é contínua e dinâmica, alterações podem ocorrer durante sua implantação e desenvolvimento para melhor adequação às necessidades dos servidores.

Com relação às Atribuições dos Profissionais:

*1. Psicólogo e Assistente Social*

- 1.1* Atendimento individual ou em grupo
- 1.2* Acompanhamento dos casos
- 1.3* Encaminhamento ao médico do trabalho para avaliação clínica
- 1.4* Encaminhamento e acompanhamento à rede de atenção psicossocial
- 1.5* Participação em reuniões técnicas para discussão dos casos e avaliação do Programa de Prevenção
- 1.6* Elaboração de relatórios de acompanhamento
- 1.7* Contato com diretor de divisão e/ou chefia imediata;
- 1.8* Atendimento aos familiares
- 1.9* Visitas domiciliares
- 1.10* Busca ativa
- 1.11* Divulgação do Programa de Prevenção

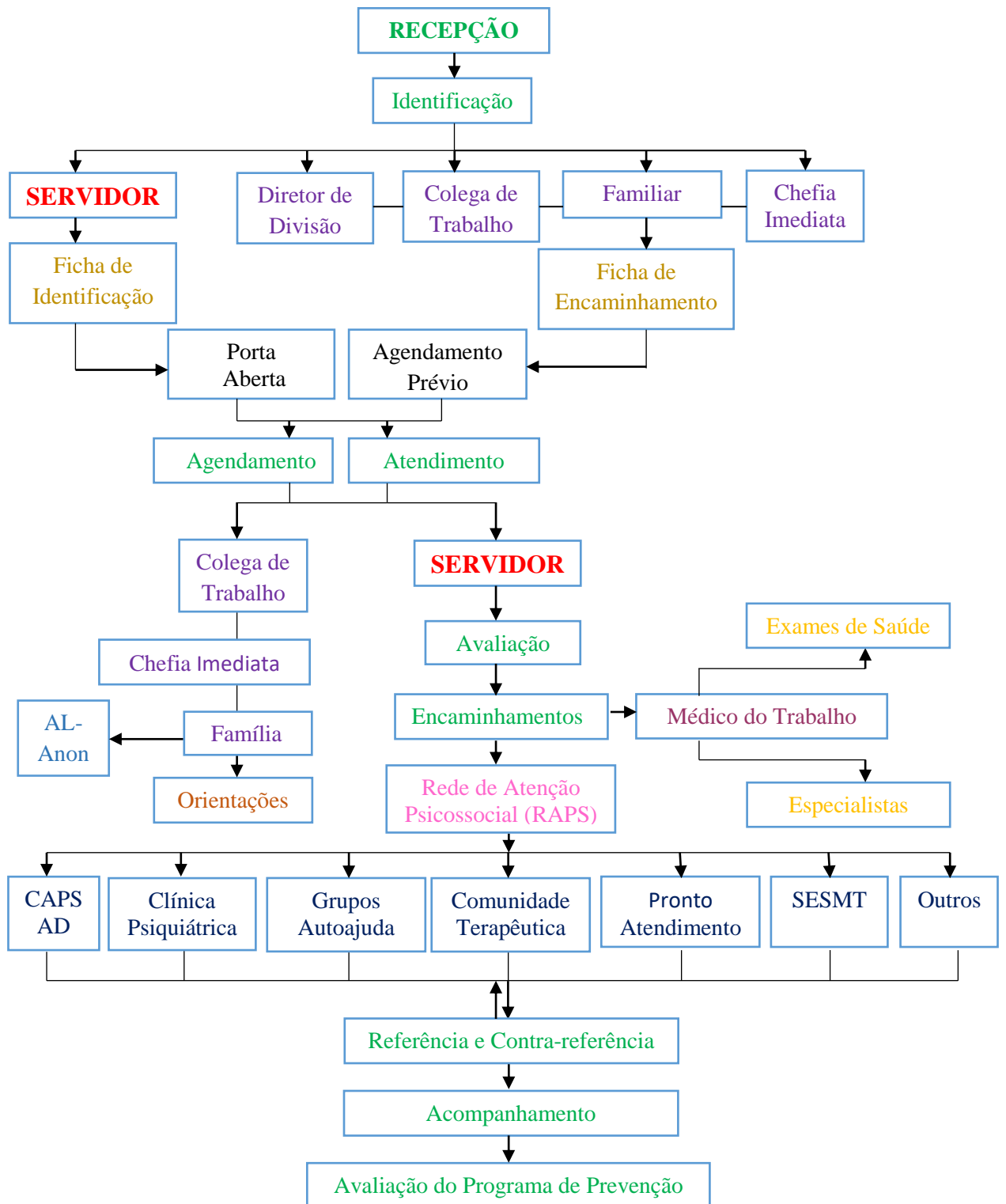
*2. Médico do Trabalho*

- 2.1* Atendimento individual a todos os servidores para avaliação clínica
- 2.2* Encaminhamento a especialistas, caso haja necessidade
- 2.3* Solicitação de exames de saúde
- 2.4* Orientação aos familiares, se necessário
- 2.5* Participação em reuniões técnicas para discussão dos casos e avaliação do Programa de Prevenção
- 2.6* Acompanhamento dos casos
- 2.7* Divulgação do Programa de Prevenção

### *3. Técnico em Segurança do Trabalho*

- 3.1 Encaminhamento de servidores com uso abusivo de álcool e outras drogas
- 3.2 Contato com diretor de divisão e/ou chefia imediata para acompanhamento dos servidores com uso abusivo de álcool e outras drogas
- 3.3 Comunicação à equipe sobre acidente de trabalho com suspeita ou relacionado ao uso de álcool e outras drogas
- 3.4 Acompanhamento aos profissionais do SESMT em visita ou busca ativa, se necessário
- 3.5 Participação em reunião técnica para discussão de casos e avaliação do Programa de Prevenção
- 3.6 Divulgação do Programa de Prevenção

Figura 5 – Fluxograma do Protocolo de Atendimento



Elaborado pela autora

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *7.1 Revisão Integrativa*

Dentre os vinte e um (21) estudos relacionados ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho, sete (7) deles se referem a revisões de literatura. Com relação à modalidade de prevenção a mais adotada nos estudos é a Prevenção (10), seguida pela Prevenção e Encaminhamento para Tratamento (2), Prevenção e Tratamento (2), Triagem e Prevenção (2) Prevenção de Recaída, Triagem, Prevenção e Educação em Saúde, Tratamento, Encaminhamento (1). Considerando o tipo de abordagem, a Intervenção Breve foi a intervenção mais pesquisada somando sete (7) estudos, sendo em quatro (4) utilizada de forma isolada e em três (3) associada a outros tipos de intervenções, como: 1) técnica educacional; 2) programa de pares; 3) exames de saúde, estilo de vida e treinamento de habilidades psicossociais.

Considerando os cinquenta (50) estudos selecionados a Intervenção Breve (IB) foi tema de pesquisa em vinte e cinco (25) deles, tendo sido considerada intervenção com resultados satisfatórios nos estudos, exceto nos caso descritos por Laranjeira (2009)(38) e Dent et al. (2008)(41), onde não foi observado melhores resultados quando comparada a outro tipo de intervenção. Assim pode-se considerar que a evidência da Intervenção Breve como abordagem eficaz na prevenção ao uso de álcool e outras drogas foi relevante nos estudos encontrados, o que coincide com a descrição de Miguel e Silva (2011)(78) ao declararem que a IB é uma das intervenções psicossociais mais utilizadas para o tratamento de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas que demonstra eficácia baseada em evidência. Vão mais além quando afirmam que é considerada como sendo mais eficaz em reduzir os riscos relacionados ao uso de álcool na atenção primária, afirmação esta que pôde ser observada nos artigos já citados onde a IB foi aplicada e obteve resultados satisfatórios na redução do consumo de álcool.

Diferentemente de outras abordagens a IB inicialmente foi criada para diminuir o consumo em indivíduos que apresentam riscos ou problemas relacionados ao álcool, mas que necessariamente não foram diagnosticados como dependentes. Estudos evidenciaram que a maioria dos problemas relacionados ao uso de álcool (crônico e agudo) na população em geral não estão relacionados aos usuários dependentes, mas sim pelo grupo que faz uso nocivo, que provocam riscos aos outros e também a si mesmo (Miguel e Silva, 2011)(78).

Embora o uso da IB seja preferível na atenção primária por ser normalmente o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, a IB pode ser utilizada em outros contextos. (Miguel e Silva, 2011)(78). Esses outros contextos foram descritos em vários estudos desta pesquisa e que incluem: ambulatório, serviço de emergência, ambiente de trabalho, internamento, hospital geral, entre outros.

Considerando a atenção primária, a IB privilegia médicos e enfermeiros, visto que podem realizar prevenção secundária evitando danos e prejuízos maiores aos usuários que fazem uso de álcool. (Miguel e Silva, 2011)(78). Isso pôde ser observado no estudo de O'Donnell et al. (2014)(30) que apontou a IB na atenção primária como intervenção eficaz de abordagem a pacientes com consumo perigoso e prejudicial à saúde. Rubio et al. (2010)(31) encontrou evidências de que a IB e Triagem realizadas por médicos de cuidados primários incluídas como parte dos cuidados à saúde, reduziram significativamente os episódios de compulsão de beber em binge.

Com relação aos custos da IB na atenção primária Miguel e Silva (2011)(78) sugerem que seja custo-efetiva. Outro dado importante descrito pelos autores é que a IB demonstra eficácia também na prevenção de outras drogas além do álcool, como: maconha, anfetaminas e cocaína. Essa eficácia sugere a necessidade de que profissionais do serviço primário possam fazer uso dessa abordagem, bem como de instrumentos de triagem como: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) e CAGE Questionnaire. No entanto, no Brasil o uso desses instrumentos acontece de forma muito lenta, além do que há pouca informação a respeito. Assim, seria importante e necessário informar aos profissionais de saúde sobre sua relevância, assim como treiná-los de maneira adequada para que sejam implementados (Miguel e Silva, 2011)(78).

Não somente na atenção primária há a necessidade desse treinamento, mas também em outros locais onde haja a implantação de intervenções de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, como no local de trabalho. Nas ações desenvolvidas pelo SESMT o uso de instrumentos de triagem como o ASSIST, por exemplo, não era adotado. Com a implantação do Programa de Prevenção e a inclusão desse instrumento no Protocolo de Atendimento se faz necessário o treinamento e a capacitação dos profissionais, no uso desse teste, além do uso da Intervenção Breve e da Entrevista Motivacional.

### *7.2 Caracterização da População-Alvo*

Um dos objetivos do estudo foi o de caracterizar o perfil dos servidores públicos municipais para desenvolver o Protocolo de Atendimento baseado nas necessidades e demanda relacionada ao uso de álcool e outras drogas apresentada por esses trabalhadores. No entanto, os resultados indicam que isso não foi possível, visto que, considerando os dados fornecidos pela DRH, não foram obtidas informações relacionadas aos casos de uso de álcool e outras drogas entre os servidores públicos no período de julho de 2011 a março de 2017. Tanto que os poucos casos onde constam o registro do código de CID no sistema da DRH, não foi encontrado nenhum servidor com atestado médico com referência ao código de CID F10 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool), F17 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo) ou F19 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas), apesar de ter conhecimento que pelo menos cinquenta (50) deles têm problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, já que foram acompanhados pelo SESMT no período de julho de 2011 a março de 2017.

### *7.3 Protocolo de Atendimento*

Considerando a revisão de literatura poucas informações foram obtidas relacionadas ao Protocolo de Atendimento a usuários de álcool e outras drogas na população em geral, muito menos considerando o ambiente de trabalho. Há casos em que empresas brasileiras implantaram ações de prevenção, mas não divulgaram os resultados e, em outros casos houve a divulgação, mas os resultados não foram publicados. Assim a elaboração do Protocolo de Atendimento baseou-se na literatura que descreve a política e pressupostos para prevenção nas empresas, considerando que não há modelo específico, mas que as empresas devem elaborar os programas baseadas nas necessidades e demandas apresentadas pelos trabalhadores.

Como o SESMT já desenvolve ações de prevenção ao uso de álcool e outras drogas com atendimento, orientação e encaminhamento aos servidores, muitas delas também foram consideradas e aprimoradas no desenvolvimento do Protocolo de Atendimento visto que, atendem ao que é priorizado nos modelos de prevenção descritos na literatura que são: abordagem, foco e método (BRASIL, 2012)(20).

Para a validação do Protocolo de Atendimento, uma cópia será encaminhada para avaliação do Secretário de Administração Pública da Prefeitura e do Diretor da Divisão de Recursos Humanos (DRH). Caso haja a sugestão de alterações essas serão discutidas e, se necessário serão consideradas para que assim o Protocolo seja finalmente validado para sua implantação prevista para o primeiro semestre do ano de 2018.

A avaliação será realizada ao longo de doze meses através de análise da equipe de fatores como: busca pelo tratamento, número de atendimentos e encaminhamentos, adesão, resolutividade, reintegração ao trabalho, integração da equipe, divulgação, aceitação e participação a partir do preenchimento da Ficha de Avaliação do Programa de Prevenção (Apêndice G).

## 8. CONCLUSÃO

A revisão integrativa apresentou diversas abordagens de prevenção, assim como local e população atendida. Pôde-se observar que a maior parte dos estudos da literatura se refere à população que faz uso abusivo ou apresenta dependência de álcool, sendo poucos estudos direcionados à prevenção do uso ou abuso de outras drogas, tendo somente o estudo de Miller e Spicer (2016)(45) que inclui o tratamento para cessação do tabaco. Importante ressaltar que nenhuma das pesquisas teve como resultado a cessação do uso de álcool ou outras drogas, mas sim ações preventivas de redução de consumo e de prejuízos relacionados ao uso e abuso.

A identificação de abordagens voltadas ao uso de drogas no ambiente de trabalho demonstra resultados diferentes aos encontrados pelas pesquisadoras Ferreira e Sartes (2015)(62) em sua revisão sistemática no ano de 2011 com o título de: Intervenções realizadas no ambiente de trabalho para o uso de drogas: revisão sistemática. Em sua pesquisa, as autoras constataram que ainda não havia estudos no Brasil que relatassem a eficácia de intervenções no contexto de trabalho brasileiro na área de drogas.

Considerando todo o material pesquisado, foi possível evidenciar que em nenhum deles houve a implementação de um programa amplo de prevenção para uso de álcool e outras drogas que considere orientação, informação e formação dos envolvidos. De acordo com Duarte, Cruz e Troian, (2012)(79) ao planejar uma atividade de prevenção, é preciso conhecer os fatores que colocam o trabalhador em risco e os que o protegem, a fim de atuar minimizando os primeiros e fortalecendo os segundos. As ações preventivas não podem ser desenvolvidas isoladamente, ou seja, devem ser elaboradas a partir de pressupostos sobre a relação do indivíduo com a droga

Conforme o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), no Brasil somente cerca de 5% das empresas possuem algum tipo de programa de prevenção. Em países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra esse índice chega a 90%. Essa realidade descrita pelo CREMESP (BRASIL, 2012)(20) pôde ser confirmada durante esta revisão integrativa, visto que foram encontrados poucos artigos que apresentam evidência em prevenção ao uso de álcool e outras drogas na população em geral, menos ainda se for considerada a área do trabalho.

Estudos internacionais apontam que, para cada dólar investido no trabalhador, o empresário tem retorno de cerca de 4 a 6 dólares. (BRASIL, 2012)(20). De acordo com



Bernardo (2016)(80) pesquisas demonstram que investimentos em programas de prevenção ao abuso e dependência de álcool e outras drogas nas empresas refletem em economia de recursos, já que possibilitam a redução da rotatividade de pessoal, aumentam a produtividade, produzem qualidade do trabalho, elevam índices de qualidade de vida do trabalhador, reduzem índices de acidentes de trabalho, absenteísmos, ociosidades de mão de obra e equipamento, promovendo bem-estar coletivo e melhoria no clima organizacional, além de consolidarem o papel social dos empresários.

Andrade e Oliveira (2009)(81) descrevem que na população brasileira há relatos de que 12% referiram já terem sofrido algum tipo de problema associado ao uso de álcool, entre os quais 3% fizeram uso nocivo e 9% eram *dependentes* de álcool, especialmente os homens. Entre os problemas mencionados, os de caráter físico são os mais comuns, seguidos por conflitos familiares e sociais (com algum episódio de violência), problemas de trabalho, problemas de cunho legal, entre outros.

Esses dados levam a refletir sobre o quanto os programas de prevenção nas empresas são muito bem-vindos e podem minimizar os prejuízos tanto para os empresários quanto aos trabalhadores, visto que ao longo do tempo ambos são afetados pelas consequências psicossociais do uso abusivo.

Há a necessidade de novas pesquisas que funcionem como referência e suporte para o desenvolvimento de novos programas de prevenção. Na literatura foram encontrados relatos de implementação de programas em empresas brasileiras, no entanto poucas divulgaram os resultados. Como exemplos estão os programas desenvolvidos pela Universidade Federal de Itajubá UNIFEI(82), Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Sorocaba (Prefeitura Municipal de Sorocaba)(83), Aluminium Company Of América (ALCOA)(84), 3R Brasil Tecnologia Ambiental(85), Universidade de São Paulo/USP(86). Há empresas que implantaram programas, apresentaram os resultados, mas estes não foram publicados como no caso da SEMASA - Serviço Municipal de Água, Saneamento e Infraestrutura de Lages(87), Goodyear do Brasil(88) e Petróleo Brasileiro S/A (Petrobrás)(89).

Esta pesquisa possibilitou o conhecimento de vários estudos referentes às intervenções voltadas à prevenção do uso de álcool e outras drogas na população em geral e também especificamente no ambiente de trabalho, o que pode auxiliar em estudos futuros. Considera-se que a elaboração deste Protocolo de Atendimento relacionado ao ambiente de trabalho, pode nortear outros pesquisadores, além de gestores de empresas públicas e privadas que desejam investir em Programas de Prevenção.

### *Limitações*

Alguns fatores podem ter influenciado os resultados, como o fato de não ter acesso a todas as bases de dados disponíveis, viés de linguagem devido à opção por artigos da língua portuguesa, inglesa e espanhola tendo sido as demais excluídas, viés de publicação visto que foram encontrados programas de prevenção desenvolvidos em empresas brasileiras que não foram publicados, além da quantidade e heterogeneidade dos estudos desta pesquisa considerando o tipo de abordagem, público-alvo, resultado e modalidade de intervenção. Outro fato importante é a ausência de registro de dados dos servidores na DRH relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, o que pode ter influenciado, nesse aspecto, a caracterização do perfil da população-alvo.

### *Desafios*

Criar mais espaço para a reflexão sobre as práticas e políticas públicas desenvolvidas para a prevenção ao uso de álcool e outras drogas, que verdadeiramente venham ao encontro das especificidades de cada local e público-alvo, visto que alguns modelos tendem a ser copiados e repetidos em vários serviços sem considerar a problemática e demanda dos usuários.

Organizar encontros com representantes do poder público, particular e sociedade civil, incluindo os empresários para juntos desenvolverem ações que possam modificar a difícil realidade vivenciada pelos usuários e suas famílias, incluindo a rede de atenção psicossocial, de modo que possa funcionar de modo mais efetivo. E por fim, abrir novos campos de pesquisa que resultem não somente em ações específicas de prevenção, mas em programas mais amplos com ações articuladas, que incluam informação, educação e formação das pessoas envolvidas no desenvolvimento e participação em Programa de Prevenção.

## REFERÊNCIAS

1. UNODC. Relatório Mundial sobre Drogas 2016 [Internet]. junho. 2016 [cited 2016 Jul 30]. Available from: <http://unaids.org.br/2016/06/unodc-lanca-relatorio-mundial-sobre-drogas-de-2016/>
2. OMS. Relatório Global sobre Álcool e Saúde [Internet]. 27 de maio. 2014 [cited 2016 Jul 25]. Available from: <http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>
3. Andrade LHS, Silveira CM, Martins SS, Storr CL, Wang Y-P, Viana MC. Padrões de consumo do álcool e problemas decorrentes do beber pesado episódico no Brasil. *Álcool E Suas Consequências Uma Abordagem Multiconceitual*. 2009;103–22.
4. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS, Madruga CS, et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012. São Paulo Inst Nac Ciência e Tecnol para Políticas Públicas Álcool e Outras Drog (INPAD), UNIFESP. 2014;85.
5. SESI. Dados sobre o uso de álcool e outras drogas no trabalho [Internet]. 2013. Available from: <http://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/dados-sobre-o-uso-de-alcool-e-outras-drogas-no-trabalho-1-23999-216358.shtml>
6. OIT. Problemas Ligados ao Álcool e as drogas no Local de Trabalho. 2ª. Plmigráfica Artes Gráficas L, editor. Genebra; 2008. 161 p.
7. Mongado, Enriqueta Uchoa; Gúrpide AM. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en Espanha. *Gac Sanit*. 2013;27(3):248–53.
8. Dávalos, José; Cruz FC. Alcoholismo en el Trabajo [Internet]. México: Pulso Político; 2008. Available from: <http://www.pulsopolitico.com.mx/2008/09/alcoholismo-en-el-trabajo/>
9. SESI. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Curitiba; 2015. p. 1–15.
10. Zioli A. Informe da Previdência. *Inf Previd Soc*. 2013;27:44.
11. Vaissman M. Alcoholismo no Trabalho. Editora Ga. Rio de Janeiro; 2004. 119 p.
12. Cruz CF. Alcoholismo no Trabalho em Debate. 2010;(1).
13. OIT. Gestão das questões relacionadas com o álcool e drogas nos locais de trabalho. Palmigráfi. 2008. 70 p.
14. Pantaleão SF. Embriaguez no trabalho - Doença ou Motivo para Justa Causa? [Internet]. fevereiro. 2016 [cited 2016 Aug 1]. Available from: <http://www.guiatrabalhista.com.br/tematicas/embriaguez.htm>
15. Ministério T. NR 07 - PCMSO Despacho da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (1º de Outubro de 1996). 1996;(7):12.
16. Guia Trabalhista. Dependência Química e Ambiente de Trabalho [Internet]. Available from: <http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/embriaguez.htm>
17. Normas Legais. Decreto Nº 6.117 [Internet]. Available from: [http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto6117\\_2007.htm](http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto6117_2007.htm)
18. Ministério T. Ministério Do Trabalho E Emprego Gabinete Do Ministro Portaria N.º 555 De 18 De Abril De 2013 [Internet]. Vol. 2013. 2013. p. 11–3. Available from: <http://acesso.mte.gov.br/legislacao/2015.htm>
19. Souza M. Comissão aprova exame toxicológico como pré-requisito para carteira de motorista A e B [Internet]. [cited 2018 Jan 22]. Available from: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/TRANSPORTE-E-TRANSITO/542288-COMISSAO-APROVA-EXAME-TOXICOLOGICO-COMO-PRE-REQUISITO-PARA-CARTEIRA-DE-MOTORISTA-A-OU-B.html>

20. BRASIL. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: Conhecer para ajudar [Internet]. 3ª ed. SENAD, editor. Brasília: 2012; 2012. 169 p. Available from: [http://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/Curso\\_SEAD\\_UFSC\\_SENAD\\_SESI.pdf](http://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/Curso_SEAD_UFSC_SENAD_SESI.pdf)
21. Al. Q et. Guidelines international network: toward international standards for clinical practice guidelines. *An Intern Med* [Internet]. 2012; Available from: <https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://annals.org/aim/article/1103747/guidelines-international-network-toward-international-standards-clinical-practice-guidelines&prev=search>
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Metodológicas/Elaboração de Diretrizes Clínicas. 2016.
23. Cluzeau F. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Heal Care*. 2003;18–23.
24. BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SUPERA - Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento. 11ª edição. Brasília; 2017.
25. Formigoni M et al. ASSIST Eixo Instrumentos. In: Portal de Formação à Distância: sujeitos, contextos e drogas [Internet]. Brasília; 2016. Available from: <http://www.aberta.senad.gov.br/>
26. Miller W e RS. Entrevista Motivacional: Preparando pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Editora A, editor. Porto Alegre; 2001. 293 p.
27. Botelho LLR, Cunha CCDA, Macedo M. O Método Da Revisão Integrativa Nos Estudos Organizacionais. *Gestão e Soc*. 2011;5(11):1–16.
28. Galvão e Pereira. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015;24(1):775–8.
29. Lock et al. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *g Pract Police Worldwide throug Res Sholarsh*. 2006;
30. Donnell et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare : A Systematic Review of Reviews. *Heal Evid*. 2014;49(1):66–78.
31. Rubio et al. Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *Am J Med*. 2010;
32. Helstrom et al. Treating heavy drinking in primary care practices: evaluation of a telephone-based intervention program. *Addict Disord THEIR Treat*. 2014;
33. Pereira et al. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária : revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(3):420–8.
34. Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Mccambridge J. TREATMENT RCT of E ff ectiveness of Motivational Enhancement Therapy Delivered by Nurses for Hazardous Drinkers in Primary Care Units in Thailand. 2010;45(3):263–70.
35. Rapp et al. Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *DrRUG ALCOHOL Depend*. 2008;
36. Jordan N, Ph D, Grissom G, Ph D, Alonzo G, A MB, et al. Economic benefit of chemical dependency treatment to employers. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34:311–9.
37. Nehlin et al. Brief alcohol intervention in a psychiatric outpatient setting: a randomized controlled study. *Addict Sci Clin Pract Sci Clin Pract*. 2012;
38. Castro L e. Ensaio clínico duplo-cego randomizado e placebo- controlado com naltrexona e intervenção breve no tratamento ambulatorial da dependência de álcool. *J Bras Psiquiatr*. 2009;(11).

39. Litten et al. A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial Assessing the Efficacy of Varenicline Tartrate for Alcohol Dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;
40. Cherpitel et al. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010;
41. Dent et al. Opportunistic screening and clinician. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008;
42. Freuer et al. Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 2008;
43. Holloway. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting. *Addiction.* 2007;
44. Vernon et al. A review of computer-based alcohol. *Addict Sci Clin Pract.* 2013;
45. Spicer RS, Miller TR. The Evaluation of a Workplace Program to Prevent Substance Abuse : Challenges and Findings. *J Prim Prev.* 2016;37(4):329–43.
46. Cunningham J. Comparison of Two Internet-based intervention for problem drinkers randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2012;
47. Kypri et al. Web-based alcohol screening and brief intervention for university students- A randomized trial. *Jama Netw.* 2014;
48. Sinadinovic et al. Targeting individuals with problematic alcohol use via web-based cognitive. *Eur Addict Res.* 2014;
49. Voogt et al. The effectiveness of the “what do you drink” web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among students a two-arm parallel group randomized controlled trial. *Addict Sci Clin Pract.* 2013;
50. Ekman et al. Electronic screening and brief intervention for risky drinking in Swedish university students - A randomized controlled trial. *Addict Behav.* 2011;36(6):654–9.
51. Gustafson et al. A smartphone application to support recovery from alcoholism: a randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;
52. Gajecki et al. Mobile phone brief intervention applications for risky alcohol use among university students: a randomized controlled trial. *Addict Sci Clin Pract.* 2014;
53. Press et al. Smartphone applications to reduce alcohol consumption and help patients with alcohol use disorder : a state-of-the-art review. *Adv Heal Care Technol.* 2015;47–54.
54. Marques e Furtado. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(Supl I):28–32.
55. Cunningham. Ultra Brief Intervention for Problem Drinkers Results from a Randomized Controlled Trial. *Addict Sci Clin Pract.* 2012;
56. Geshi et al. Effects of alcohol-related health education on alcohol and drink behavior awareness among japanese junior college studentes: randomized controlled trial. *Acta Med Okayama.* 2007;
57. Lima e Braga. Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. *REDALYC - Red Rev Científicas Am Lat el Caribe, Espana Y Port.* 2012;21(4):887–95.
58. Doumas e Hanna. Preventing high-risk drinking in youth in the workplace A web-based normative feedback program. *J Subst Abuse Treat.* 2007;
59. Merrick et al. Revisiting employee assistance programs and substance use problems in the workplace. *Psychiatr Serv.* 2007;
60. Qing et al. Health promotion interventions and policies addressing excessive alcohol use. A systematic review of national and global evidence as a guide to health-care reform in China. *Soc Study Addict.* 2015;
61. Ames e Bennet. Prevention interventions of alcohol problems in the workplace a review guiding. *Natl Inst Alcohol Abus Alcohol.* 2011;

62. Ferreira e Sartes. Intervenções realizadas no ambiente de trabalho para o uso de drogas: revisão sistemática. *Psicol Ciência e Profissão* [Internet]. 2015;35(1):96–110. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932015000100096&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100096&lang=pt)
63. Kolar e Treuer. Alcohol misuse interventions in the workplace : a systematic review of workplace and sports management alcohol interventions. *Int J Ment Addict*. 2015;563–83.
64. Webb et al. A systematic review of workplace interventions for alcohol-related problems. *Soc Study Addict*. 2009;
65. Cashman et al. Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury ( Review ). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2).
66. Hermasson et al. Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1 year randomized controlled atudy. *Alcohol Alcohol*. 2010;
67. Ferreira et al. Avaliação da efetividade da intervenção breve para a prevenção do uso de alcool no trabalho. *Psicol em Pesqui*. 2016;10(1):34–43.
68. Ronzani et al. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. *Estud Psicol*. 2007;
69. Guimarães et al. Intervenções para enfrentamento do abuso de álcool : revisão integrativa \* Interventions to cope with alcohol abuse : integrative review. *Rev Eletrônica Enferm*. 2015;17(3).
70. McPherson et al. Telephonic screening and brief intervention for alcohol misuse among workers contacting the employe assistance program: a feasibility study. *Drug Alcohol Rev*. 2010;
71. Miller et al. Impact of a workplace peer-focused substance abuse prevention and early intervention program. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(4):609–11.
72. Miller et al. Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention abuse prevention coupled with random testing. *Accid Anal Prev*. 2007;(June).
73. Broome et al. Reducing heavy alcohol consumption in young restaurant workers. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011;72(1):117–24.
74. Slaymaker;Owen. Employed men and women substance abusers : Job troubles and treatment outcomes. *J Subst Abuse Treat*. 2006;31:347–54.
75. Weisner et al. Substance use, symptom, and employment outcomes of persons with a workplace mandate for chemical dependency treatment. *Psychiatr Serv*. 2009;60(5).
76. Aklin, Wong H. A therapeutic workplace for the long-tem treatmente of drug adidiction and unemployment: eighth-year outcomes of social business intervention. *J Subst Abuse Treat*. 2014;47(5):329–38.
77. IBGE. IBGE Cidades Umuarama [Internet]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=412810&search=parana%7Cumuarama%7Cinfograficos:-informacoes-completas>
78. Miguel e Silva. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. In: Artmed, editor. *Intervenção Breve*. Porto Alegre; 2011. p. 243–51.
79. Duarte C e T. Prevenção. In: *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar*. Florianópolis; 2008. p. 79–91.
80. Bernardo. *Prevenção de dependência química nas empresas*. 1ª. Independa, editor. Capivari; 2016. 1-42 p.
81. Andrade AG OA. Principais conseqüências em longo prazo relacionadas ao consumo moderado de álcool. In: *Minha Editora, editor. Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multifuncional*. Barueri; 2009. p. 37–66.

82. Ministério da Educação UF de I. Programa de promoção à saúde e qualidade de vida do servidor público da UNIFEI [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 21]. Available from: [https://www.unifei.edu.br/files/PROGRAMA\\_DE\\_PROMOÇÃO\\_À\\_SAÚDE\\_E\\_QUALIDADE\\_DE\\_VIDA\\_DO\\_SERVIDOR\\_PÚBLICO\\_DA\\_UNIFEI.pdf](https://www.unifei.edu.br/files/PROGRAMA_DE_PROMOÇÃO_À_SAÚDE_E_QUALIDADE_DE_VIDA_DO_SERVIDOR_PÚBLICO_DA_UNIFEI.pdf)
83. Prefeitura Municipal de Sorocaba. Programa de prevenção e tratamento ao uso de álcool e outras drogas no âmbito do SAAE - Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Sorocaba [Internet]. Divisão de Controle de Documentos e Atos Oficiais. 2015 [cited 2017 Jun 22]. Available from: <http://www.saaesorocaba.com.br/downloads/Decreto-21820-2015-Sorocaba-SP.pdf>
84. Prêmio Proteção Alcoa [Internet]. [cited 2017 Aug 20]. Available from: [http://www.protecao.com.br/materias/premio\\_protecao\\_brasil/melhor\\_case\\_norte\\_2008/AJy5](http://www.protecao.com.br/materias/premio_protecao_brasil/melhor_case_norte_2008/AJy5)
85. Carvalho PRF et al. Programa de prevenção ao uso de drogas e abuso de álcool na segurança do trabalho [Internet]. [cited 2017 Jun 22]. Available from: [http://www.iseget.com.br/siteedit/arquivos/3R\\_Programa\\_alcool\\_e\\_Drogas\\_Dr\\_Paulo\\_Carvalho.pdf](http://www.iseget.com.br/siteedit/arquivos/3R_Programa_alcool_e_Drogas_Dr_Paulo_Carvalho.pdf)
86. Universidade de São Paulo. Programa de enfrentamento do uso de álcool e drogas na Universidade de São Paulo [Internet]. 2010 [cited 2017 Jun 13]. Available from: [http://grea.org.br/userfiles/projeto\\_voceansp.pdf](http://grea.org.br/userfiles/projeto_voceansp.pdf)
87. Oliveira, Edila PV. Programa de prevenção e controle da dependência química [Internet]. ISMA International Stress Management Association. [cited 2017 Aug 20]. Available from: <http://www.ismabrasil.com.br/trabalho/19>
88. Goodyear do Brasil. Programa de Saúde Goodyear [Internet]. [cited 2017 Jun 20]. Available from: <http://www.proreabilitacao.com.br/includes/paginas/projetos/pdf/prosag-programa-de-saude-goodyear.pdf>
89. Antidrogas. Prevenção de dependência química entre trabalhadores [Internet]. Previne. [cited 2017 Jul 10]. Available from: [http://www.antidrogas.com.br/mostranoticia.php?c=5874&msg=Subcomiss%E3o\\_ouve\\_experi%Eancias\\_bem-sucedidas\\_de\\_preven%E7%E3o\\_e\\_tratamento\\_de\\_dependentes\\_qu%Eamicos](http://www.antidrogas.com.br/mostranoticia.php?c=5874&msg=Subcomiss%E3o_ouve_experi%Eancias_bem-sucedidas_de_preven%E7%E3o_e_tratamento_de_dependentes_qu%Eamicos)

## ANEXO A – Cartas de Autorização para Realização de Estágio



**PREFEITURA MUNICIPAL DE UMUARAMA**

**ESTADO DO PARANÁ**

*“A Capital da Amizade”*



### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Armando Cordts Filho, Secretário de Administração da Prefeitura Municipal de Umuarama, tenho ciência e autorizo a realização do Projeto de Pesquisa do Curso de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, com o título de “Uso de Drogas e seu Impacto no Ambiente de Trabalho: Desenvolvimento de Protocolo de Prevenção para Servidores Públicos, sob a responsabilidade da pesquisadora Rita de Cássia Struckel.

Fui informado pela responsável da pesquisa sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na Divisão de Recursos Humanos e no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), os quais represento. A pesquisa deve obedecer às disposições éticas e assegurar a privacidade dos servidores municipais, sendo autorizada a divulgação da identidade da instituição bem como de suas respectivas Secretarias.

Para isto, serão disponibilizadas à pesquisadora as seguintes informações dos servidores municipais: a) Dados Individuais – idade, sexo, escolaridade, dependentes, data de admissão, cargo, secretaria de lotação do cargo e salário base, além de: b) Dados Agregados (preferencialmente por unidade/secretaria, por mês e/ou ano): número de servidores afastados temporariamente ou aposentados por invalidez, além de óbitos com suas causas, alguma referência a suspeita de uso abusivo de álcool e outras drogas como acidentes de trabalho e/ou trânsito, e dados de acompanhamento e encaminhamentos para tratamento por prejuízos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como dos tratamentos realizados.

Umuarama, 11 de novembro de 2016.



-----  
**Armando Cordts Filho**  
Secretário de Administração  
CPF: 014.172.208-80





**PREFEITURA MUNICIPAL DE UMUARAMA**

*ESTADO DO PARANÁ*  
*“A Capital da Amizade”*



**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, Ana Lúcia Lepre, Diretora da Divisão de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Umuarama, tenho ciência e autorizo a realização do Projeto de Pesquisa do Curso de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, com o título de “Uso de Drogas e seu Impacto no Ambiente de Trabalho: Desenvolvimento de Protocolo de Prevenção para Servidores Públicos, sob a responsabilidade da pesquisadora Rita de Cássia Struckel.

Fui informada pela responsável da pesquisa sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na Divisão de Recursos Humanos e no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), os quais represento. A pesquisa deve obedecer às disposições éticas e assegurar a privacidade dos servidores municipais, sendo autorizada a divulgação da identidade da instituição bem como de suas respectivas Secretarias.

Para isto, serão disponibilizadas à pesquisadora as seguintes informações dos servidores municipais: a) Dados Individuais – idade, sexo, escolaridade, dependentes, data de admissão, cargo, secretaria de lotação do cargo e salário base, além de: b) Dados Agregados (preferencialmente por unidade/secretaria, por mês e/ou ano): número de servidores afastados temporariamente ou aposentados por invalidez, além de óbitos com suas causas, alguma referência a suspeita de uso abusivo de álcool e outras drogas como acidentes de trabalho e/ou trânsito, e dados de acompanhamento e encaminhamentos para tratamento por prejuízos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como dos tratamentos realizados.

Umuarama, 11 de novembro de 2016.

*Ana Lúcia Lepre*  
Diretora de Recursos Humanos

## ANEXO B – Teste ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)



Nome: \_\_\_\_\_ Sexo ( ) F ( ) M Idade \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	Não	Sim
b. bebidas alcoólicas	Não	Sim
c. maconha	Não	Sim
d. cocaína, crack	Não	Sim
e. anfetaminas ou êxtase	Não	Sim
f. inalantes	Não	Sim
g. hipnóticos/sedativos	Não	Sim
h. alucinógenos	Não	Sim
i. opioides	Não	Sim
j. outras, especificar	Não	Sim

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões
- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, depois a segunda droga etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opioides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

**NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS**

- a. **produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. **bebidas alcoólicas** (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, vermute, caninha, rum, tequila, gim)
- c. **maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)
- d. **cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)
- e. **estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. **inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)
- g. **hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. **alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. **opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)
- j. **outras** – especificar:

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opioides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga etc.)</i> resultou em problemas de saúde social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opioides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7



**5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?**

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opioides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

**7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) e não conseguiu?**

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

• FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

**6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) ?**

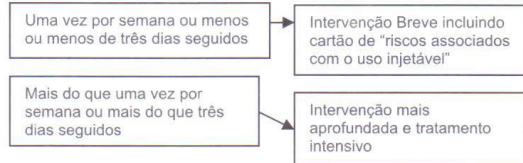
	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

**Nota Importante:** Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

**8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)**

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

**Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável**



**PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA**

	Anote aqui a pontuação para CADA droga. SOME SOMENTE as Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas ou êxtase		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opioides		0-3	4-26	27 ou mais

**Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.**  
 Para cada substância (de "a" a "j") some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).  
 Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.  
 Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.  
 Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

- Adaptação e Validação para o Brasil por Henrique et al; Rev Assoc Med Bras 50:199-206 (2004).
- Versão original desenvolvida por WHO ASSIST WORKING GROUP (2002). Disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html)
- Este instrumento faz parte do KIT FORMATURA do curso FÉ NA PREVENÇÃO, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, do Ministério da Justiça e executado pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

APÊNDICE A – Tabela de Categorização de Artigos

<b>AUTOR</b>	<b>ARTIGO</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>ABORDAGEM</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>MODALIDADE DE INTERVENÇÃO</b>
Aklin et al. 2014	A therapeutic workplace for the long-term treatment of drug addiction and unemployment: eight-year outcomes of social business intervention	Mulheres trabalhadoras grávidas e pós-parto	Trabalho terapêutico e social	O trabalho social, terapêutico no local de trabalho pode manter a abstinência em longo prazo e o emprego, mas a intervenção adicional pode ser necessária para sustentar efeitos.	Prevenção de Recaída
Ames e Bennet 2011	Prevention interventions of alcohol problems in the workplace a review guiding	Base de dados	Revisão da Literatura	A técnica educacional, quando combinada com a Intervenção Breve, tem o maior potencial para tratar problemas relacionados ao álcool.	Prevenção
Anderson 2012	Alcohol and the workplace	Base de dados	Revisão Sistemática	As atividades de prevenção devem ser incorporadas nas iniciativas mais amplas de promoção e bem-estar do trabalho no local de trabalho.	Prevenção
Broome et al. 2011	Reducing heavy alcohol consumption in young restaurant workers	Jovens trabalhadores de uma cadeia de restaurantes	Oficina de treinamento de equipe de resiliência	Resultados demonstraram que a Equipe Resiliência é uma intervenção eficaz para reduzir o consumo e problemas associados ao álcool, entre jovens trabalhadores de restaurantes.	Prevenção

<b>AUTOR</b>	<b>ARTIGO</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>ABORDAGEM</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>MODALIDADE DE INTERVENÇÃO</b>
Cashman 2009	Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury (Review)	Base de dados	Revisão Sistemática	Há evidências deficientes para aconselhar a favor ou contra sobre o uso de testes para motoristas para avaliação de uso de álcool e outras drogas.	Triagem
Cherpitel et al. 2010	Screening, brief intervention and referral to treatment: (SBIRT): 12 month outcomes of a randomized controlled trial in a polish emergency department	Pacientes do setor de emergência	Triagem, Intervenção Breve e Encaminhamento ao tratamento	Os participantes na condição de intervenção apresentaram melhora significativa em todas as variáveis durante um ano de acompanhamento.	Triagem, Prevenção e Encaminhamento
Cunningham et al. 2012	Ultra-Brief intervention for problem drinkers: results from a randomized controlled trial	Bebedores problemas da população em geral	Intervenção ultra-breve, (panfleto feedback personalizado) e Panfleto com informações sobre álcool.	Não houve evidência razoável de impacto sobre o uso da bebida.	Educação em saúde e Prevenção
Cunningham et al. 2012	Comparison of two internet-based intervention for problem drinkers randomized controlled trial	Bebedores problemas	Intervenção Breve e Intervenções baseadas em internet (AHC e CYD)	Redução adicional no consumo entre os participantes que receberam a IB e intervenção baseada na internet estendida (AHC) em seis meses de acompanhamento.	Prevenção
Dent et al. 2008	Opportunistic screening and clinician-delivered brief Intervention for high-risk alcohol use among emergency	Adultos com triagem de alto risco para uso de álcool em	Intervenção Breve, Entrevista Motivacional e Tratamento Padrão	Tanto a Intervenção Breve quanto a Entrevista Motivacional não tiveram resultados	Prevenção

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
	department attendees: a randomized controlled trial	emergência		melhores do que o Tratamento Padrão na redução do consumo de álcool de alto risco.	
Domas e Hanna 2007	Preventing high-risk drinking in youth in the workplace: A web-based normative feedback program	Trabalhadores jovem adultos	Feedback baseado na web e Entrevista Motivacional	O uso do feedback baseado na web é eficaz como um programa de prevenção de álcool para os jovens adultos no local de trabalho.	Prevenção
Ekman et al. 2011	Electronic screening and brief intervention for risky drinking in swedish university students: a randomized controlled trial	Estudantes universitários	Intervenção Breve via web e Feedback normativo	A Intervenção Breve genérica mais curta parece ser tão eficaz quanto a mais longa incluindo um feedback normativo.	Prevenção
Ferreira e Sartes 2011	Intervenções realizadas no ambiente de trabalho para o uso de drogas: revisão sistemática	Base de dados	Revisão Sistemática	A Intervenção Breve e o programa de pares se mostraram programas que podem ser usados para embasar uma nova forma de trabalho pautada na prevenção.	Prevenção
Ferreira et al. 2016	Avaliação da efetividade da intervenção breve para a prevenção do uso de álcool no trabalho	Trabalhadores de empresa metalúrgica (a partir de 18 anos)	Intervenção Breve, Educação para o álcool, Feedback e Panfletos	A Intervenção Breve apresentou diferenças significativas quanto à redução do consumo de álcool.	Prevenção e Educação em saúde

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
Freyer et al. 2008	Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: a randomized controlled trial	Pacientes usuários de álcool internados em hospitais gerais	Intervenção Breve	Intervenção Breve não foi eficaz na redução do consumo de álcool ou no aumento do bem-estar em doze meses após a internação. No entanto obteve-se um efeito positivo sobre prontidão para mudança no beber e prontidão para buscar ajuda formal para problemas relacionados ao alcoolismo.	Prevenção
Gajecki et al. 2014	Mobile phone brief intervention applications for risky alcohol use among university students: a randomized controlled study	Três grupos de estudantes vinculados às Associações de Estudantes da Universidade de Estocolmo e do Instituto Real de Tecnologia em Estocolmo e Suécia	Aplicativos de Smartphone (Promillekol e o PartyPlanner)	A participação na pesquisa não pareceu afetar o beber em qualquer um dos três grupos de estudo.	Prevenção
Geshi et al. 2007	Effects of alcohol related health education on alcohol and drink behavior awareness among japanese junior college students: randomized controlled trial	Estudantes Universitários	Educação em saúde	A educação pode ser uma maneira efetiva para aumentar a consciência dos problemas de saúde relacionados ao álcool, mas menos efetiva para mudança do	Educação em saúde

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
				comportamento de beber entre estudantes japoneses.	
Guimarães et al. 2015	Intervenções para enfrentamento do abuso de álcool: revisão integrativa	Banco de dados	Revisão Integrativa	A Intervenção Breve constitui a melhor intervenção para redução do abuso de álcool. Nenhum estudo apontou a cessação do uso da bebida alcoólica com as Intervenções avaliadas.	Prevenção
Gustafson et al. 2014	A smartphone application to support recovery from alcoholism: a randomized controlled trial	Dependentes de álcool	Aplicativo para smartphone	Os resultados sugerem que o uso do aplicativo pode apresentar benefícios para os usuários com transtornos relacionados ao uso de álcool.	Prevenção
Helstrom et al. 2014	Treating heavy drinking in primary care practices: evaluation of a telephone-based intervention program	Bebedores pesados pacientes da Atenção Primária	Intervenção Breve via telefone e Cuidado Padrão	Houve redução na frequência do uso de álcool tanto no grupo que recebeu a intervenção quanto no grupo que recebeu o cuidado padrão.	Prevenção
Hermansson et al. 2010	Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1 – year	Trabalhadores de uma grande empresa de transportes que	Intervenção Breve, Triagem	Resultados sugerem que a Triagem de álcool e a Intervenção Breve realizada em conexão	Triagem e Prevenção



AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
	randomized controlled study	utilizam serviços de saúde ocupacional		com exames de saúde e estilo de vida de rotina no local de trabalho, podem ser eficazes na redução do consumo de álcool.	
Holloway et al. 2007	The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting	Bebedores pesados internados em hospital geral	Intervenção breve, Autoeficácia, e Material de autoajuda	Os grupos de autoeficácia e de autoajuda tiveram maiores reduções no consumo de álcool semanal. A Intervenção Breve ajuda os bebedores pesados a reduzir o seu consumo de álcool ao longo do tempo.	Prevenção
Jordan et al. 2007	Economic benefit of chemical dependency treatment to employers	Trabalhadores em tratamento ambulatorial	Tratamento ambulatorial	O tratamento ambulatorial é eficaz, a proporção de pacientes que relataram problemas relacionados ao trabalho após o tratamento foi menor do que a proporção de pacientes que relataram problemas relacionados ao trabalho antes do tratamento.	Tratamento
Kolar e Treuer 2015	Alcohol misuse interventions in the workplace: A systematic review of workplace and sports management alcohol interventions	Base de dados	Revisão Sistemática	Foram encontradas quatro abordagens principais na gestão esportiva: Intervenções Breves, intervenções	Prevenção

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
				psicossociais, intervenções baseadas na web e intervenções de álcool e outras drogas em ensaio aleatório. Intervenções Breves foram as intervenções mais frequentes.	
Kypri et al. 2014	Web-based alcohol screening and brief intervention for university students: A randomized trial	Estudantes universitários com uso pesado ou perigoso de álcool	Triagem e Intervenção Breve baseada na web	A triagem de álcool baseada na web e Intervenção Breve resultou em uma pequena redução na quantidade consumida em uma ocasião de beber típico, mas não em outras medidas de consumo de álcool ou de problemas relacionados.	Triagem e Prevenção
Laranjeira e Castro 2009	Ensaio clínico duplo-cego randomizado e placebo controlado com naltrexona e intervenção breve no tratamento ambulatorial da dependência de álcool	Pacientes alcoolistas em tratamento ambulatorial	Medicação (Naltrexona) e Intervenção Breve	Não foi encontrada nenhuma diferença em outras variáveis de consumo de álcool entre os grupos de naltrexona e placebo.	Tratamento
Lima e Braga 2012	Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool	Dependentes de álcool em abstinência	Alcoólicos Anônimos (A.A.)	Resultados denotam que acolhimento, partilha de experiências e reinserção social, favorecem a participação no grupo e que	Prevenção de Recaída

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
				consequentemente, contribuem para o bem-estar físico, mental e social.	
Litten et al. 2013	A double-blind, placebo-controlled trial assessing the efficacy of varenicline tartrate for alcohol dependence	Dependentes de álcool	Medicação (Vareniciclina)	A Vareniclina reduziu significativamente as medidas de uso de álcool, incluindo o percentual de dias de consumo pesado e quantidade de uso diário.	Tratamento
Lock et al. 2006	Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial	Pacientes da Atenção Primária	Intervenção Breve	O estudo não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os doentes de controle e de Intervenção Breve. No entanto, houve uma redução em consumo excessivo entre os dois braços do estudo ao longo do tempo.	Prevenção
Marques e Furtado 2004	Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool	Banco de dados	Revisão da Literatura	Evidências recomendam o uso de Intervenção Breve em diferentes contextos de tratamento, especialmente aqueles voltados para usuários com padrão de consumo de risco ou diagnóstico de	Prevenção e Tratamento

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
				uso nocivo.	
McPherson et al. 2010	Telephonic screening and brief intervention for alcohol misuse among workers contacting the employee assistance program: A feasibility study	Trabalhadores adultos de empresa de serviços financeiros	Suporte para detecção do álcool, Intervenção Breve e encaminhamento para tratamento (SBIRT) e Employee Assistance Program (EAP) em Call Center	Integração de SBIRT e rotina em prática EAP são viáveis em sistemas de fornecimento de telefonia e, aumentam a identificação e oportunidade para aconselhamento breve motivacional.	Triagem, Prevenção e Encaminhamento
Meredith, Alessi e Petry 2015	Smartphone applications to reduce alcohol consumption and help patients with alcohol use disorder: a state of the art review	Banco de dados	Revisão Sistemática	Resultados sugerem que avaliações sistemáticas de aplicativos de smartphones para promover a redução do consumo de álcool são escassas. Aplicativos de smartphones têm o potencial para monitorar o uso de álcool no ambiente natural e oferecer tratamento sob medida para os usuários quando eles mais necessitam.	Prevenção e Encaminhamento
Merrick et al. 2007	Revisiting employee assistance programs and substance use problems in the workplace: Key issues and a research agenda	Base de dados	Revisão da Literatura	Os Estados Unidos têm grande interesse no programa Employee Assistance Program - EAP como forma de resolver os problemas de uso de drogas no	Prevenção

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
				ambiente de trabalho.	
Miller et al. 2007	Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing	Equipe voluntária de trabalhadores sindicalizados	Treinamento em Programa PeerCare (Cuidado com os colegas)	O Programa PeerCare foi considerado um programa eficaz para encaminhamento ao tratamento.	Prevenção e Encaminhamento para tratamento
Miller e Spicer 2016	The evaluation of a workplace program to prevent substance abuse: challenges and findings	Trabalhadores de empresa ferroviária	Programa de promoção da saúde via computador (PREVENT)	Os resultados sugerem que o Programa Prevent reduz o consumo de álcool entre os trabalhadores com idades compreendidas entre 18-29 anos.	Prevenção
Miller et al. 2005	Impact of a workplace peer-focused substance abuse prevention and early intervention program	Equipe voluntária de trabalhadores sindicalizados	Treinamento em Programa PeerCare (Cuidado com os colegas)	O programa PeerCare reduziu as taxas de acidentes em uma média de 14% ao mês. Análise por testes pré e pós-aleatório revelou que, a implementação PeerCare teve a maior associação com o declínio das taxas de lesão antes do teste de drogas aleatório.	Prevenção e Encaminhamento para tratamento

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
Nehlin et al. 2012	Brief alcohol intervention in a psychiatric outpatient setting: a randomized controlled study	Pacientes com uso nocivo e transtorno mental em tratamento ambulatorial	Intervenção Breve	A Intervenção Breve pode promover redução de pontuação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) em pequena escala em pacientes com transtorno mental com uso nocivo de álcool.	Prevenção
Noknoy et al. 2010	RCT Effectiveness of motivation enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care MET units in Thailand	Pacientes bebedores perigosos do sexo masculino da Atenção Primária	Entrevista Motivacional	A Entrevista Motivacional parece ser uma intervenção efetiva para consumidores de risco.	Prevenção
O'Donnell et al. 2014	The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews	Pacientes da Atenção Primária	Intervenção Breve	A Intervenção Breve foi eficaz para abordar consumo perigoso e prejudicial nos cuidados de saúde primários, particularmente em bebedores de meia-idade, do sexo masculino. A frequência e duração da IB mantêm a eficácia em longo prazo.	Triagem e Prevenção
Pereira et al. 2013	Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática	Pacientes usuários de álcool da Atenção Primária	Intervenção Breve	A Intervenção Breve foi eficaz e reduziu significativamente os episódios de bebedeira, obtendo resultados eficazes com apenas	Prevenção

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
				<p>uma sessão. A Intervenção Breve é efetiva também na redução da frequência e quantidade de álcool, mas não foi possível definir se é mais eficaz em usuários com padrão nocivo ou dependentes.</p>	
Qing et al. 2015	Health promotion interventions and policies addressing excessive alcohol use: a systematic review of national and global evidence as a guide to health-care reform in China	Banco de dados	Revisão Sistemática	<p>O consumo excessivo tem sido pouco investigado em intervenções de promoção de saúde na China continental. Há muitas lacunas na literatura atual. Não foi encontrada nenhuma pesquisa sobre rótulos de advertência aplicados a produtos alcoólicos, ou sobre promoções e campanhas de mídia pela indústria e agências do governo.</p>	Prevenção
Rapp et al. 2008	Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing	Pacientes da Atenção Primária com transtornos relacionados ao uso de álcool	Aconselhamento por telefone baseado na Entrevista Motivacional e Panfleto sobre vida saudável	Aconselhamento por telefone baseado na Entrevista Motivacional é mais eficaz do que uso de panfleto na redução de beber para os homens que não	Prevenção

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
				procuram tratamento com o abuso de álcool e dependência.	
Reynolds et al. 2008	Workgroup temperance of alcohol and safety climate moderate the cognitive effects of workplace substance-abuse prevention	Trabalhadores aleatórios de cadeia de restaurantes	Normas de trabalho e clima de segurança	A política e o programa de assistência aos funcionários são efetivos. Houve um efeito significativo da interação entre clima de segurança, bebedores e treinamento sobre crenças.	Prevenção
Ronzani et al. 2007	Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros	Bombeiros da cidade de Juiz de Fora (MG)	Triagem e Intervenção Breve	A Triagem e Intervenção Breve se mostraram eficazes nesse contexto para problemas relacionados ao uso de álcool.	Triagem e Prevenção
Rubio et al. 2010	Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers	Pacientes da Atenção Primária	Triagem e Intervenção Breve	Há evidências de que Triagem e Intervenção Breve realizadas por um médico de cuidados primários como parte dos cuidados de saúde, regular reduziram significativamente os episódios de compulsão de beber em <i>binge</i> .	Triagem e Prevenção



AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
Sinadinovic et al. 2014	Targeting individuals with problematic alcohol use via web-based cognitive behavioral self-help modules, personalized screening feedback or assessment only: a randomized controlled trial	Indivíduos a partir de 15 anos que buscam informações sobre álcool e outras drogas na internet	Programa de autoajuda, e Intervenção Breve na forma de Triagem e Feedback baseados na internet	A IB na forma de triagem simples com feedback também pode possibilitar o acesso a testes de triagem com baseado em provas associadas às mudanças de comportamento relacionadas à saúde.	Triagem e Prevenção
Slaymaker 2006	Employed men and women substance abusers: job troubles and treatment outcomes	Trabalhadores (homens e mulheres) em tratamento para abuso de drogas	Tratamento Residencial	Reduções significativas no consumo de álcool e drogas, melhorias no funcionamento familiar, social e emocional ocorreram durante o curso da pesquisa.	Prevenção e Tratamento
Vernon 2010	A review of computer-based alcohol problem services designed for the general	Público em geral	Programas baseados em computador	Embora o abandono de intervenções baseadas em computador é muitas vezes muito alto e modelos de tratamento variam muito, os complementos de programas parecem mostrar melhoria.	Prevenção
Voogt et al. 2013	The effectiveness of the 'what do you drink' web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among students a two-arm parallel group randomized controlled trial	Indivíduos de 18-24 anos com relatório de beber pesado nos últimos seis meses motivados para	Intervenção Breve baseada na internet	A intervenção não foi eficaz na redução das medidas de álcool entre estudantes de consumo pesado de um e seis meses pós-intervenção. No entanto, há	Prevenção

AUTOR	ARTIGO	PÚBLICO	ABORDAGEM	RESULTADOS	MODALIDADE DE INTERVENÇÃO
		mudar o consumo de álcool e, com acesso à internet.		evidências preliminares de que é eficaz na redução dos níveis de consumo para os subgrupos de estudantes bebedores pesados em curto prazo.	
Webb et al. 2009	A systematic review of workplace interventions for alcohol-related problems	Banco de dados	Revisão Sistemática	A revisão da literatura revelou poucos estudos metodologicamente adequados de intervenções voltadas ao local de trabalho. Há evidência de que Intervenções Breves, intervenções contendo exames de saúde e estilo de vida, treinamento de habilidades psicossocial e encaminhamento de pares têm potencial para resultados benéficos.	Prevenção
Weisner et al. 2009	Substance use, symptom, and employment outcomes of persons with a workplace mandate for chemical dependency treatment	Trabalhadores de empresa privada sem fins lucrativos, com e sem exigência de internamento para tratamento	Internamento em Programa de dependência como exigência do trabalho	Os trabalhadores que tinham exigência do local do trabalho para o tratamento tiveram mais possibilidades de se manterem abstinentes se comparados aos que tiveram internamento espontâneo.	Tratamento

## APÊNDICE B – Carta de Solicitação para Cessão de Dados



### APÊNDICE A – Minuta de Ofício de Solicitação de Cessão de Dados

#### Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

#### *CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA CESSÃO DE DADOS*

Porto Alegre, 06 de dezembro de 2016.

A Sra. Ana Lúcia Lepre  
Diretora da Divisão de Recursos Humanos

Eu, Rita de Cássia Struckel, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre – HCPA em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Saúde – SENAD, venho por meio desta, solicitar a colaboração desta instituição para o desenvolvimento do Projeto de Mestrado intitulado “Uso de Drogas e Impacto no Ambiente de Trabalho: Desenvolvimento de Protocolo de Prevenção para Servidores Públicos”, orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Tanara Rosângela Vieira Sousa. Este projeto de mestrado visa desenvolver um Protocolo de Prevenção do uso de drogas no ambiente ocupacional, a partir do levantamento do perfil da população-alvo e de ampla revisão da literatura, na busca de programas de prevenção com evidências de sucesso.

A colaboração desta instituição consistirá na cessão de dados da população-alvo – os servidores municipais de Umuarama, para a análise de necessidades quanto à prevenção do uso de álcool e outras drogas. Os dados necessários para tal análise deverão ser dados individuais e agregados, não-identificados, conforme descritos abaixo:

- **Dados Individuais:** idade, sexo, escolaridade, dependentes, data de admissão, cargo, secretaria de lotação do cargo e salário base.
- **Dados agregados** (preferencialmente por unidade/secretaria, por mês e/ou ano): número de servidores afastados temporariamente ou aposentados por invalidez, além de óbitos com suas causas, alguma referência a suspeita de uso abusivo de álcool e outras drogas como em acidentes de trabalho e/ou trânsito, e dados de acompanhamento e encaminhamentos para tratamento por prejuízos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como dos tratamentos realizados.

O caráter científico deste estudo não permitirá a análise individual dos casos, mas a análise das necessidades de toda a instituição e por isso não serão



divulgados/publicados dados que identifiquem os servidores desta instituição. Gostaríamos, portanto, de ter a anuência desta instituição, através de Carta de Anuência, do nível de divulgação que poderá ser utilizado: se poderá ser identificada a instituição “Prefeitura Municipal de Umuarama” e suas Secretarias, ou apenas a “Prefeitura Municipal de Umuarama” ou nenhuma identificação.

Agradeço antecipadamente a colaboração e me comprometo a apresentar o Protocolo de Prevenção, após a sua aprovação em Banca de Mestrado, a ser realizada no final do ano de 2017.

Caso sejam necessárias informações adicionais sobre o projeto de pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável Dra. Tanara Rosângela Vieira Sousa, por meio do e-mail [trsousa@hcpa.ufrgs.br](mailto:trsousa@hcpa.ufrgs.br) e telefone (51) 3359-6468.

Atenciosamente,

Rita de Cássia Struckel  
Mestranda

Dra. Tanara Rosângela Vieira Sousa  
Professora Orientadora

## APÊNDICE C – Termo de Compromisso para Utilização dos Dados

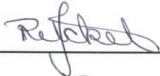

### Termo de Compromisso para Utilização de Dados

#### Título do Projeto

<p><b>Uso de Drogas e Impacto no Ambiente de Trabalho:</b> Desenvolvimento de Protocolo de Prevenção para Servidores Públicos</p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
---	-------------------------

O pesquisador do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos servidores municipais bem como garantir o sigilo dos dados que serão coletados na Divisão de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Umuarama. Concorde, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Umuarama, 6 de dezembro de 2016.

Nome	Assinatura
Rita de Cássia Struckel	
Tanara Rosângela Vieira Sousa	

APÊNDICE D - Ficha de Identificação do Servidor(a)

- 1. Nome: .....
- 2. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
- 3. Naturalidade: .....
- 4. Data de Nascimento: ..... Idade: .....
- 5. Endereço Completo: .....  
.....
- 6. Telefone de Contato do Trabalho: .....
- 7. Telefone de Contato Pessoal: .....
- 8. Telefone de Recado: .....
- 9. Estado Civil: .....
- 10. Nome do Cônjuge: .....
- 11. Telefone de Contato do Cônjuge: .....
- 12. Número de Filhos/Idade: .....
- 13. Escolaridade: .....
- 14. Cargo: .....
- 15. Data de Admissão: .....
- 16. Secretaria de Lotação: .....
- 17. Local de Trabalho: .....
- 18. Diretor de Divisão: .....
- 19. Chefia Imediata: .....
- 20. Atendimento anterior no SESMT: ( ) Sim ( ) Não  
Caso sua resposta anterior seja afirmativa, responda às questões a e b.
- a) Motivo: .....  
.....
- b) Profissional que fez o atendimento: .....
- 21. Encaminhado(a) por: .....
- 22. Observações: .....

Umuarama, ..... de ..... de .....

.....

Assinatura

### APÊNDICE E - Entrevista Motivacional

1. Nome: .....
2. Motivo do atendimento: .....  
.....  
.....
3. Tratamento anterior: .....  
.....  
.....
4. Uso de medicamentos: .....  
.....
5. História de vida: .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
6. Histórico de uso de drogas na família: .....  
.....  
.....
7. Aspectos socioeconômicos: .....  
.....  
.....  
.....
8. Uso de drogas no trabalho: .....  
.....  
.....  
.....
9. Prejuízos no trabalho: .....  
.....  
.....

- 10. Problemas relacionados à justiça: .....  
.....  
.....
- 11. Prejuízos à saúde: .....  
.....  
.....
- 12. Comorbidades: .....  
.....  
.....
- 13. Características de Personalidade: .....  
.....  
.....
- 14. Estado Mental: (atenção, memória, concentração, raciocínio, orientação de tempo e espaço) .....  
.....  
.....
- 15. Estado Emocional: (estado de ânimo, afetividade, agressividade, etc.) .....  
.....  
.....
- 16. Transtorno de Conduta: .....  
.....  
.....
- 17. Aspecto físico: (higiene, cicatriz, baixo peso, etc.) .....  
.....  
.....
- 18. Motivação para o Tratamento: .....  
.....  
.....
- 19. Encaminhamentos: .....  
.....  
.....
- 20. Observações: .....  
.....  
.....
- 21. Profissional de Referência: .....

Umuarama, ..... de ..... de .....



APÊNDICE F - Ficha de Encaminhamento do Servidor(a)

1. Dados do Encaminhamento

- 1.1 Encaminhado(a) por: .....
- 1.2 Cargo: .....
- 1.3 Secretaria de Lotação: .....
- 1.4 Local de Trabalho: .....
- 1.5 Data de Admissão: .....
- 1.6 Telefone de Contato: .....
- 1.7 Motivo do Encaminhamento: .....

.....

- 1.8 Ocorrências no Trabalho: .....

.....

2. Dados do Servidor(a) Encaminhado(a):

- 2.1 Nome: .....
- 2.2 Cargo: .....
- 2.3 Secretaria de Lotação: .....
- 2.4 Local de Trabalho: .....
- 2.5 Telefone de Contato: .....
- 2.6 Motivação para o Tratamento: ( ) Sim ( ) Não
- 2.7 Encaminhado(a) ao SESMT anteriormente? ( ) Sim ( ) Não

Caso sua resposta anterior seja afirmativa, responda à questão abaixo.

Motivo: .....  
.....  
.....

Umuarama, ..... de ..... de .....

.....

Nome Completo

APÊNDICE G - Ficha de Avaliação do Programa de Prevenção

1. Nome: .....

2. Identificação:

( ) Servidor(a)            ( ) Colega de Trabalho

( ) Chefia Imediata    ( ) Diretor de Divisão    ( ) Familiar

3. Nome do participante do Programa de Prevenção:

.....

4. O Programa de Prevenção atendeu aos seus objetivos?

( ) Sim      ( ) Não

Comentários: .....

.....

.....

5. Nível de Satisfação:

( ) Péssimo    ( ) Ruim    ( ) Regular    ( ) Bom    ( ) Ótimo

Comentários: .....

.....

.....

6. Avaliação do Atendimento:

6.1 Recepção:

( ) Péssimo    ( ) Ruim    ( ) Regular    ( ) Bom    ( ) Ótimo

Comentários: .....

.....

.....

6.2 Médico do Trabalho

( ) Péssimo    ( ) Ruim    ( ) Regular    ( ) Bom    ( ) Ótimo

Comentários: .....

.....

.....

6.3 Profissional de Referência

( ) Péssimo    ( ) Ruim    ( ) Regular    ( ) Bom    ( ) Ótimo

Comentários: .....

.....  
.....

6.4 Técnico em Segurança do Trabalho

( ) Péssimo ( ) Ruim ( ) Regular ( ) Bom ( ) Ótimo

Comentários: .....  
.....  
.....

7. Como teve conhecimento a respeito do Programa de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas do SESMT?

Comentários: .....  
.....  
.....

8. Considera importante o Programa de Prevenção?

( ) Sim ( ) Não

Comentários: .....  
.....  
.....

9. Indicaria o Programa de Prevenção à outra pessoa?

( ) Sim ( ) Não

Comentários: .....  
.....  
.....

10. Sugestões e Críticas:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Umuarama, ..... de ..... de .....

.....

Nome Completo