



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL  
MESTRADO**

**DROGAS E AMBIENTE DE TRABALHO: UM OLHAR A PARTIR DO ESTUDO  
REALIZADO EM UMA EMPRESA PÚBLICA  
DE MATO GROSSO**

**ADALISA MARTINS MARQUES PULTRINI**

**CUIABÁ-MT**

**2015**

ADALISA MARTINS MARQUES PULTRINI

DROGAS E AMBIENTE DE TRABALHO: UM OLHAR A PARTIR DO ESTUDO  
REALIZADO EM UMA EMPRESA PÚBLICA  
DE MATO GROSSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social. Área de Concentração: Política Social, Estado, Sociedade e Direitos Sociais. Linha de pesquisa: Trabalho, Questão Social e Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Irenilda Ângela dos Santos.

CUIABÁ-MT

2015

### Dados internacionais de catalogação na fonte

P983d Pultrini, Adalisa Martins Marques.

Drogas e ambiente de trabalho: um olhar a partir do estudo realizado em uma empresa pública de Mato Grosso / Adalisa Martins Marques Pultrini. – 2015.  
176 f. : il.; color. ; 30 cm.

Orientadora: Irenilda Ângela dos Santos.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Cuiabá, 2015.

Inclui bibliografia.

1. Drogas. 2. Ambiente de Trabalho. 3. Estado. 4. Políticas Sociais.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a). Fonte: <<http://sistemas.ufmt.br/mfc/>>.

**Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.**

ADALISA MARTINS MARQUES PULTRINI

DROGAS E AMBIENTE DE TRABALHO: UM OLHAR A PARTIR DO ESTUDO  
REALIZADO EM UMA EMPRESA PÚBLICA DE MATO GROSSO

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós- Graduação em Política Social -  
ICHS – UFMT, como requisito à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Aprovada em 19/08/2015.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Irenilda Ângela dos Santos  
Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT  
Orientadora

Professora Doutora Maria de Sousa Rodrigues  
Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT  
Examinadora Interna

Professora Doutora Maria Jacobina da Cruz Bezerra  
Studium Eclesiástico Dom Aquino Corrêa - SEDAC  
Examinadora Externa

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela graça, vida e oportunidade de mais uma conquista.

À professora Dr<sup>a</sup> Irenilda Ângela dos Santos, que desde o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na graduação, me acompanha como orientadora, pelas trocas de conhecimentos e experiências ao longo desta jornada.

Aos meus pais Alberto Amaral e Natalícia que sempre me incentivaram aos estudos e ao término desse mestrado.

Ao meu esposo Marco Henrique, pela compreensão dos momentos de minha ausência e *stress*, como também apoio nesta caminhada.

À todas/os docentes e colegas do curso de Mestrado em Política Social - Turma 2013/1 pela experiência enriquecedora durante este período.

Enfim, a todos familiares e amigos/as que estiveram comigo, me apoiando nesse momento, mesmo quando eu não lhes pude dar a atenção que mereciam. Muito obrigada!

Dedico este trabalho aos meus pais, Alberto e Natália, os quais são professores e sempre me instigaram aos estudos, como também à Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, por ser o lócus da referida pesquisa e possibilitar a realização da mesma.

*Valeu a pena?*

*Tudo vale a pena*

*Se a alma não é pequena.*

*Quem quer passar além do Bojador*

*Tem que passar além da dor.*

***Fernando Pessoa***

PULTRINI, Adalisa Martins Marques. Drogas e ambiente de trabalho: um olhar a partir do estudo realizado em uma empresa pública de Mato Grosso. [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso – ICHS/UFMT, 2015.

## RESUMO

Na atualidade, o uso de drogas tornou-se uma questão de saúde e segurança pública, tendo em vista o aumento do consumo, o narcotráfico e as diversas conseqüências e agravos. Recentes pesquisas realizadas no Brasil e na região Centro-Oeste evidenciam alta proporção do uso de drogas na população; no entanto, ainda são poucos os estudos sobre o tema tendo como público-alvo os/as trabalhadores/as. Neste sentido, a presente pesquisa teve como objetivo refletir sobre o tema drogas e ambiente de trabalho, a partir do estudo junto aos/as empregados/as do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas – CTCE dos Correios de Mato Grosso sobre o atual consumo de substâncias psicoativas e sua relação com a questão de gênero, o trabalho e os principais fatores de risco relacionados. Para tanto, foi realizada pesquisa de campo e entrevista estruturada através de questionário contendo perguntas fechadas, com uma amostra de 45 empregados/as. Na pesquisa, verificou-se que o álcool é a droga de maior consumo entre os/as entrevistados/as e 20% fazem o consumo considerado de risco e 6,66% apresentam uso nocivo ou provável dependência etílica, sendo que, a segunda droga de maior consumo são os medicamentos psicoativos (26,66%), com destaque para os analgésicos/relaxantes musculares e remédios para emagrecer, especialmente entre as mulheres, constatando-se também que existe diferença no tipo de droga e de padrão de consumo realizado entre homens e mulheres, sendo maior o consumo pelo sexo masculino. Entre os/as entrevistados/as, não houve a afirmação do consumo atual do tabaco e de drogas consideradas ilícitas, somente afirmação do uso alguma vez na vida da maconha, no entanto, 20,82% afirmaram que já vivenciaram problemas relacionados ao consumo de drogas, principalmente situações de violência, acidentes e dirigir alcoolizado. No presente estudo, também foi pesquisado os aspectos relacionados ao uso de drogas e idade, religião e relações sociais, como também a atual política pública sobre drogas no Brasil, a partir da relação entre Drogas, Capital e Trabalho. Certamente, este estudo pode contribuir com o desenvolvimento de políticas e programas sobre drogas na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, que atendam as necessidades encontradas na realidade social pesquisada, como também aos demais trabalhadores/as e instituições empregadoras no país, tendo como foco a atenção integral à saúde, a melhoria das condições de vida e trabalho e à prevenção ao uso abusivo e dependência do álcool e outras drogas no ambiente de trabalho.

Palavras-Chave: Drogas; Ambiente de trabalho; Estado; Políticas Sociais.

PULTRINI , Adalisa Martins Marques. Drugs and work environment : a look from the study in a public company of Mato Grosso. [Masters dissertation]. Cuiabá : Institute of Human and Social Sciences of the Federal University of Mato Grosso - ICHS / UFMT , 2015

## **ABSTRACT**

Currently, drug use has become a matter of public health and safety, in view of the increased consumption, drug trafficking and the various consequences and injuries. Recent studies conducted in Brazil and the Central West region show high proportion of drug use in the population; however, there are few studies on this subject targeting the audience / the workers / as. In this sense, the present study aimed to reflect on the theme drugs and working environment, from the study next to / the employees / the charts and Orders Treatment Centre - ETSC of Mato Grosso Post on current consumption psychoactive substances and its relation to the issue of gender, work and major related risk factors. To that end, we conducted field research and structured interview through a questionnaire with closed questions, with a sample of 45 employees / as. In the survey, it was found that alcohol is the drug of greatest use among / the respondents / 20% and the consumption are considered risk and 6.66% are harmful or likely to alcoholism use, and the second drug most consumed are psychoactive drugs (26.66%), particularly muscle pain killers / relaxing and diet pills, especially among women, noting also that there is a difference in the type of drugs and consumption pattern held between men and women, higher consumption by men. Between / the respondents / as, there was no claim of tobacco consumption and current drug considered illegal, only affirmation of use in their lifetime marijuana, however, 20.82% said they have experienced problems related to consumption drugs, particularly situations of violence, accidents and drunk driving. In the present study also researched the aspects related to drug use and age, religion and social relations, as well as the current public policy on drugs in Brazil, from the relationship between drugs, Capital and Labor. Certainly, this study may contribute to the development of drug policies and programs in correios that meet the needs found in social reality researched, as well as to other employees / as and health organizations in the country, focusing on the comprehensive health care, improving the conditions of life and work and the prevention of abuse and dependence on alcohol and other drugs in the workplace.

**Keywords:** Drugs; Desktop; State; Social Policies.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Padrões de consumo de drogas I.....   | 40 |
| Figura 2 - Padrões de consumo de drogas II ..... | 41 |
| Figura 3 - Padrão de consumo do álcool .....     | 53 |

## LISTAS DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Drogas lícitas e ilícitas.....  | 20 |
| Tabela 2 - Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo de drogas (DSM-IV/CID10) ...                   | 43 |
| Tabela 3 - Comparação entre os critérios para dependência química (DSM-IV/CID10).....                      | 44 |
| Tabela 4 - Prevalência de uso de drogas.....   | 49 |
| Tabela 5 - Dependência de drogas entre os/as entrevistados/as .....  | 50 |
| Tabela 6 - Dados epidemiológicos.....  | 50 |
| Tabela 7- Internações em dependência química .....   | 55 |
| Tabela 8 - Concessão anual de benefícios cuja origem do direito está relacionado ao consumo de álcool..... | 72 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |     |
|--|-----|
| Gráfico 1 - Cargo.....                                   | 115 |
| Gráfico 2 - Sexo e cargos .....                          | 115 |
| Gráfico 3 - Sexo.....                                    | 116 |
| Gráfico 4 - Idade.....                                   | 118 |
| Gráfico 5 - Religião .....                               | 119 |
| Gráfico 6 - Cor/Raça.....                                | 120 |
| Gráfico 7 - Estado civil.....                            | 120 |
| Gráfico 8 - Escolaridade .....                           | 121 |
| Gráfico 9 - Renda familiar.....                          | 122 |
| Gráfico 10 - Estado de saúde.....                        | 122 |
| Gráfico 11 - Padrão de consumo do álcool.....            | 123 |
| Gráfico 12 - Uso do álcool pela 1º vez na vida .....     | 125 |
| Gráfico 13 - Local de consumo do álcool.....             | 126 |
| Gráfico 14 - Uso de drogas.....                          | 126 |
| Gráfico 15 - Uso de drogas na vida .....                 | 129 |
| Gráfico 16 - Sexo x Padrão de consumo do álcool .....    | 135 |
| Gráfico 17 - Sexo x Uso atual de drogas .....            | 136 |
| Gráfico 18 - Sexo x Uso na vida de drogas .....          | 138 |
| Gráfico 19 - Idade e padrão de consumo do álcool .....   | 140 |
| Gráfico 20 - Idade e consumo atual de drogas .....       | 142 |
| Gráfico 21 - Padrão de consumo do álcool e religião..... | 144 |
| Gráfico 22 - Consumo de drogas e religião.....           | 146 |
| Gráfico 23 - Drogas e problemas sociais.....             | 147 |
| Gráfico 24 - Tratamento para dependência química.....    | 152 |
| Gráfico 26 - Relacionamento familiar .....               | 155 |
| Gráfico 27 - Relação no trabalho.....                    | 156 |
| Gráfico 28 - Relação com a chefia .....                  | 156 |
| Gráfico 29 - Satisfação no trabalho .....                | 156 |

## LISTA DE SIGLAS

|                |  |
|----------------|--|
| <b>AUDIT</b>   | Alcohol Use Disorder Identification Test                   |
| <b>ANVISA</b>  | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                   |
| <b>CAPS</b>    | Centro de Atenção Psicossocial                             |
| <b>CEBRID</b>  | Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas |
| <b>CEP</b>     | Comitê de Ética em Pesquisa                                |
| <b>CID</b>     | Classificação Internacional de Doenças                     |
| <b>COMAD</b>   | Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas               |
| <b>COMEN's</b> | Conselhos Municipais de Entorpecentes                      |
| <b>CONEP</b>   | Comissão Nacional de Ética em Pesquisa                     |
| <b>CONFEN</b>  | Conselho Federal de Entorpecentes                          |
| <b>CONEN</b>   | Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas                |
| <b>CONAD</b>   | Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas                |
| <b>CONEM's</b> | Conselhos Estaduais de Entorpecentes                       |
| <b>CTCE</b>    | Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas                |
| <b>CLT</b>     | Consolidação das Leis Trabalhistas                         |
| <b>DSM</b>     | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders      |
| <b>ECT</b>     | Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos                |
| <b>IBGE</b>    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística            |
| <b>INCA</b>    | Instituto Nacional de Câncer                               |
| <b>INSS</b>    | Instituto Nacional de Seguro Social                        |
| <b>LENAD</b>   | Levantamento Nacional de Álcool e Drogas                   |
| <b>OIT</b>     | Organização Internacional do Trabalho                      |
| <b>ONG</b>     | Organização Não Governamental                              |
| <b>ONU</b>     | Organização das Nações Unidas                              |
| <b>OMS</b>     | Organização Mundial de Saúde                               |
| <b>PIB</b>     | Produto Interno Bruto                                      |
| <b>PNAD</b>    | Política Nacional sobre Drogas                             |
| <b>PNAD</b>    | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios                |
| <b>RGPS</b>    | Regime Geral da Previdência Social                         |
| <b>SESI</b>    | Serviço Social da Indústria                                |
| <b>SENAD</b>   | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas              |
| <b>SUS</b>     | Sistema Único de Saúde                                     |
| <b>SPA</b>     | Substância Psicoativa                                      |
| <b>SNC</b>     | Sistema Nervoso Central                                    |
| <b>TCLE</b>    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                 |
| <b>UNODC</b>   | United Nations Office on Drugs and Crime                   |
| <b>UNIFESP</b> | Universidade Federal de São Paulo                          |

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>14</b>  |
| <b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....</b>                                     | <b>19</b>  |
| 1.1 Drogadição e História.....   | 19         |
| 1.2 Padrões de consumo de drogas.....  | 39         |
| 1.3 O consumo de substâncias psicoativas e o momento atual .....                       | 46         |
| 1.4 O consumo de substâncias psicoativas no Brasil .....                               | 48         |
| <b>2 O AMBIENTE DE TRABALHO E O USO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....</b>                 | <b>57</b>  |
| 2.1 A categoria trabalho na visão marxista.....  | 57         |
| 2.2 Drogas, ambiente de trabalho e a saúde do/a trabalhador/a .....                    | 65         |
| <b>3 A POLÍTICA SOCIAL SOBRE DROGAS NO BRASIL .....</b>                                | <b>74</b>  |
| 3.1 A política social na contemporaneidade .....                                       | 74         |
| 3.2 A política pública sobre drogas no Brasil.....                                     | 83         |
| 3.3 Um breve aporte sobre o neoliberalismo e o impacto nas políticas sobre drogas..... | 100        |
| <b>4 O USO DE DROGAS ENTRE OS/AS TRABALHADORES/AS DO CTCE/CORREIOS.....</b>            | <b>109</b> |
| 4.1 Conhecendo a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.....                      | 112        |
| 4.2 O perfil sociodemográfico dos/as trabalhadores/as.....                             | 114        |
| 4.3 O uso de drogas entre os/as trabalhadores/as .....                                 | 123        |
| 4.3.1 O padrão de consumo do álcool .....  | 123        |
| 4.3.2 O uso de outras drogas pelos/as trabalhadores/as.....                            | 126        |
| 4.3.3 Drogas e uso alguma vez na vida .....  | 129        |
| 4.4 Questão de gênero e uso de drogas.....   | 133        |
| 4.5 Uso de drogas, idade e religião.....   | 139        |
| 4.6 Problemas relacionados ao uso de psicoativos .....                                 | 147        |
| 4.7 Drogas e fatores de riscos analisados .....  | 153        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>159</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>166</b> |
| <b>APÊNDICE A.....</b>   | <b>178</b> |
| <b>APÊNDICE B.....</b>   | <b>181</b> |
| <b>ANEXO A.....</b>  | <b>183</b> |

## INTRODUÇÃO

Drogas são substâncias não produzidas pelo organismo humano capazes de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento. Apesar do agravamento dos problemas relacionados ao abuso das substâncias psicoativas nas últimas décadas, podemos afirmar que o uso de drogas não é uma criação do século XX e nem da atualidade, pois o uso das substâncias psicoativas acontece desde os primórdios da humanidade, independente da raça, gênero, idade ou classe social, sendo este um fenômeno cultural, que ocorre em diversos contextos sociais.

A relação dos indivíduos com as drogas se modificou ao longo do tempo, e na contemporaneidade temos visto o uso se tornar cada vez maior e mais complexo, repercutindo na sua prevenção, controle e tratamento. As conseqüências do uso abusivo do álcool e outras drogas para o conjunto da sociedade é praticamente incalculável, abre precedentes para o aumento dos índices de violências, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, absenteísmo, surgimento ou agravamento de doenças e transtornos mentais, conflitos nas relações familiares e sociais, dentre outras problemáticas as quais muitas vezes não são legalmente notificadas.

A dependência de drogas corresponde na atualidade a um desafio de abrangência mundial, pois diz respeito a toda a sociedade e não apenas ao usuário, caracteriza-se como uma expressão da questão social no Brasil, uma vez que tem o seu agravamento no período de desenvolvimento da Ciência e da Revolução Industrial no século XVIII, juntamente com o aumento do empobrecimento da classe trabalhadora, por conseqüência do êxodo rural, desemprego, exploração da força de trabalho e a ausência de efetivas políticas pública, como também o surgimento de novas substâncias psicoativas, que atinge a classe trabalhadora mais vulnerável e contribui diretamente com o aumento do consumo de drogas.

Indubitavelmente, os problemas ocasionados pelo uso abusivo do álcool e outras drogas são originários de diversos fatores, dentre eles o familiar, pessoal, social ou por determinadas situações no meio laboral ou ainda uma combinação de todos esses fatores. Esses problemas podem repercutir tanto na saúde do/a trabalhador/a como também na perda da produtividade e da segurança no ambiente de trabalho. Pesquisas apontam que à faixa etária das pessoas que apresentam algum tipo de dependência química corresponde a população economicamente ativa, ou seja, que estão aptas ao mercado de trabalho, sendo o alcoolismo e o uso de outras drogas um dos maiores fatores que causam o absenteísmo no

trabalho, licenças médica, acidentes de trabalho, aposentadorias precoces, dentre outras consequências físicas, mental, familiar e social ao trabalhador/a usuário/a.

No decorrer dos anos, a forma de enfrentar a dependência química e trabalhar com a mesma sofreram alterações, ao considerar a necessidade de encarar o uso do álcool e outras drogas como uma questão que não é de ordem moral ou de caráter do indivíduo, trouxe para a discussão a importância das ações de prevenção e tratamento, bem como a necessidade de intervenção do Estado através das políticas sociais.

Entretanto, o posicionamento do Estado brasileiro diante desta questão, tem sido muito mais pela repressão do que pela prevenção e enfrentamento das causas que levam ao abuso do álcool e outras drogas. No desenvolvimento de ações setorializadas e focalizadas pelo Estado, repassa a responsabilização para a família e a sociedade civil, através da filantropia, caridade e Organizações Não Governamentais (ONG's), como as comunidades terapêuticas e Grupos de auto e mútua ajuda. Aliado a isto, está o atual ideário neoliberal, de investimentos mínimos na área social e máxima para o Capital, repercute diretamente nas políticas sociais para a prevenção e tratamento da drogadição.

No Brasil, conforme veremos mais adiante, as dificuldades enfrentadas para a efetivação dos direitos e das políticas públicas e sociais conquistadas pela classe trabalhadora perpassam pela “reforma”, ou melhor, a contra-reforma do Estado Brasileiro, por motivo da reestruturação produtiva iniciada anos 70 e 80, em função da crise do capitalismo e da derrocada do paradigma fordismo/taylorismo, como também o surgimento do modelo de produção neoliberal iniciado nos anos 90 no país, com o foco principal no desenvolvimento do Mercado e do Capital e na redução dos investimentos na área social. Portanto, a partir dos anos 90, fortaleceu-se o projeto de “reforma” do Estado com o enxugamento dos investimentos no social, com a redução e precarização das políticas públicas, direitos e serviços sociais, conseqüentemente o desmonte dos direitos conquistados pela classe trabalhadora na Constituição Federal do Brasil de 1988, juntamente com o agravamento dos problemas sociais, dentre estes a dependência das substâncias psicoativas.

A dependência química não se constitui um problema social isolado, e no âmbito das possibilidades e limites das intervenções profissionais e dos recursos disponíveis, deve-se contribuir para que as pessoas já vitimizadas por uma política econômica social excludente, possam reconstruir seus espaços de autonomia e emancipação. É importante destacar que, o dependente de drogas é um sujeito que reflete as relações sociais e familiares, desta forma é uma expressão da questão social que envolve inúmeras variáveis. É um reflexo histórico-social; torna-se imprescindível uma integralidade nas ações das políticas sociais a fim de

atender a esta demanda.

Torna-se, portanto, de suma relevância a problematização, estudos e pesquisas sobre o uso abusivo do álcool e outras drogas, como uma questão de saúde pública e expressão da questão social no Brasil. Através da expansão e desenvolvimento de maiores pesquisas e políticas sociais que tem como objetivo melhorar a saúde e a qualidade de vida dos/as trabalhadores/as, contribuindo com a prevenção e a redução dos danos causados pelo uso das substâncias psicoativas, sendo o ambiente de trabalho considerado privilegiado para o desenvolvimento de pesquisas e políticas relacionadas a esta temática, por estar o/a trabalhador/a a maior parte do seu tempo neste ambiente e estabelecer relações sociais capazes de lhe conferir identidade social e profissional.

O contexto econômico, político e social em que se insere a questão do consumo do álcool e de outras drogas e sua relação com o ambiente de trabalho nos impulsionaram a algumas indagações que nos levaram às seguintes questões de pesquisa para este estudo:

✓ Qual a realidade do uso de drogas entre os/as trabalhadores/as dos Correios do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas do estado de Mato Grosso?

✓ Existem diferenças no uso e no tipo de drogas usadas entre homens e mulheres trabalhadores/as dos Correios do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas no estado de Mato Grosso?

✓ Qual papel que o Estado vem cumprindo diante do aumento do consumo de drogas?

A presente proposta de pesquisa tem como objeto de estudo o uso abusivo do álcool e outras drogas e o ambiente de trabalho, a partir da reflexão sobre a atual política social sobre drogas no Brasil e a relação entre Drogas, Capital e Trabalho. Buscamos refletir sobre o uso das substâncias psicoativas *versus* Trabalho, como também a política social sobre drogas e o atual cenário político econômico de redução dos direitos e dos serviços sociais, que impactam diretamente na má qualidade de vida da classe trabalhadora e na necessidade de ampliação e efetivação das políticas sociais para a melhoria das condições de vida da população e consequentemente a prevenção e redução dos problemas relacionados ao uso abusivo de drogas na sociedade.

Esta pesquisa foi realizada através de levantamento bibliográfico sobre os estudos produzidos sobre a problemática da drogadição, sua relação com o Capital e as medidas de intervenção tomadas pelo Estado, como também a relação entre drogas e trabalho, sob a ótica do ambiente de trabalho e a saúde do trabalhador/a. Para tanto, também realizamos pesquisa de campo exploratória e explicativa através do método quantitativo e qualitativo, com objetivo de conhecer e analisar o uso do álcool e outras drogas entre os trabalhadores/as dos

Correios. Para o alcance deste objetivo, foram realizadas entrevistas estruturadas através de questionário com perguntas fechadas, com uma amostra de 45 empregados/as em um universo de 132 trabalhadores/as no Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas dos Correios do estado de Mato Grosso.

Posteriormente, os dados foram tabulados e demonstramos em gráficos e discussões teóricas, com objetivo de conhecer e refletir sobre a realidade do uso de drogas entre os/as trabalhadores/as, contribuir com a reflexão sobre o tema drogas e trabalho e com o desenvolvimento de políticas públicas e sociais sobre o assunto.

O interesse em pesquisar sobre o tema drogas e trabalho, se deve primeiramente à sua importância na contemporaneidade, tendo em vista o aumento do consumo e do abusivo das substâncias psicoativas, que causa diversas consequências e impactos nas relações e nos espaços sociais, como no ambiente de trabalho. Torna-se um problema de saúde pública, reconhecido pela Organização Mundial de saúde (OMS), o qual ainda se caracteriza pela insuficiência e precarização dos recursos e das políticas sociais sobre o assunto no Brasil.

A escolha da temática também ocorreu em função de nossa trajetória acadêmica e profissional, em que as políticas públicas, de forma geral, sempre despertaram nosso interesse pelo seu caráter contraditório, ou seja; ao enfrentar e buscar dar respostas às expressões da questão social, que são ao mesmo tempo legitimadoras e garantidoras de direitos sociais. Nossa experiência profissional como Assistente Social na área de saúde e de recursos humanos da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos em Mato Grosso, contribuiu de modo significativo para reflexão e pesquisa sobre a temática drogas e trabalho, tendo em vista estar a frente de um Programa de prevenção e tratamento dos problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas, vivenciar as demandas apresentadas pelos empregados/as e gestores/as relacionadas ao tema, como também a forma que o assunto ainda é velado e permeado de estereótipos no ambiente de trabalho.

Portanto, a formação acadêmica e a atuação profissional mostrou-nos um importante campo de atuação, fez emergir um compromisso no sentido de pesquisar algo que poderia contribuir para o processo de construção e efetivação da política sobre drogas em nosso município e país.

O problema central da presente proposta de pesquisa envolveu a discussão das categorias: “Estado”, “Políticas Públicas”, “Drogas” e “Trabalho”.

A primeira sessão dessa dissertação trata da contextualização histórica sobre o uso de drogas ao longo da história da humanidade, desde as primeiras civilizações até a contemporaneidade, onde discutimos sobre os padrões de consumo do álcool e outras drogas e

os dados atuais sobre o consumo das substâncias psicoativas no Brasil e no estado de Mato Grosso.

Na segunda seção fazemos uma discussão sobre a categoria trabalho na sociedade capitalista, como também sobre o uso de drogas e suas repercussões na vida do trabalhador/a e no ambiente de trabalho.

Na terceira seção discutimos sobre a política social na contemporaneidade do Brasil, as políticas públicas sobre drogas e o atual contexto neoliberal de investimento mínimo na área social e máximo no Capital, o qual contribui com a redução e precarização das políticas públicas e sociais.

Na última e quarta seção, realizamos a sistematização e análise dos dados da pesquisa sobre drogas com os trabalhadores/as do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas dos Correios no estado de Mato Grosso, localizado na cidade de Várzea Grande/MT. Concomitante, apresentamos às considerações finais, referências bibliográficas, apêndices e anexo.

# 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

## 1.1 Drogadição e História

Ao longo dos anos, o termo para descrever a palavra “droga” sofreu diversas variações. Na Grécia antiga, a droga era denominada “pharmakon”, possuindo dois significados: remédio e/ou veneno. Já o termo droga, teve origem na palavra “droog”, durante o século XVI ao XVIII e que significava produtos secos, sendo um termo utilizado para designar um conjunto de substâncias naturais utilizadas principalmente na alimentação e na medicina, como também na tinturaria ou como substância que poderia ser consumida por mero prazer (CARNEIRO, 2005).

O dicionário Ferreira (2010) dá as seguintes definições em relação à palavra “Droga”: 1. Qualquer composto de uso médico, diagnóstico. Diagnóstico terapêutico ou preventivo. 2. Substância cujo uso pode causar a dependência. 3. Substância entorpecente, alucinógena, excitante, nociva à saúde e, geralmente, ilegal.

A Organização Mundial de Saúde (1981) define o termo droga como qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento.

As drogas capazes de alterar o funcionamento mental ou psíquico são denominadas drogas psicotrópicas, este termo advém da junção de psico (mente) e trópico (afinidade por). Desse modo, drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando nossa maneira de sentir, pensar e, muitas vezes, de agir.

Conforme Nicastrí (2013), as drogas psicotrópicas são assim denominadas “por alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental e no psiquismo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1993) e a Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão (CID-10), as substâncias psicoativas, inclui:

- ✓ Álcool,
- ✓ Opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas),
- ✓ Canabinóides (maconha),
- ✓ Sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos),
- ✓ Cocaína,
- ✓ Outros estimulantes, como anfetaminas e substâncias relacionadas a cafeína,
- ✓ Alucinógenos,

- ✓ Tabaco,
- ✓ Solventes voláteis.

No Brasil, do ponto de vista legal, as drogas podem se classificar em:

**Tabela 1 - Drogas lícitas e ilícitas**

| Drogas lícitas  | Drogas Ilícitas                                     |
|---|---|
| São aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Como por exemplo, álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. | Proibidas por lei. Ex: maconha, cocaína, crack etc. |

Fonte: NICASTRI (2013)

Entretanto, não podemos esquecer que tal classificação é cultural e relativa, podendo variar de acordo com as leis, costumes e períodos históricos; como exemplo o álcool, que na atualidade, ainda é proibido em alguns países muçulmanos.

Considerando a atuação no Sistema Nervoso Central (SNC), as drogas podem ser classificadas, segundo o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2003), como: Drogas Depressoras, Drogas Estimulantes e Drogas Perturbadoras da Atividade Mental.

As drogas depressoras da atividade mental apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade do Sistema Nervoso Central, em que “o indivíduo que faz uso fica com os reflexos diminuídos” (BARRETO, 2011, p.06). Como o álcool, ópio, ansiolíticos, barbitúricos, alguns benzodiazepínicos como exemplo: diazepam, lorazepam etc, anticonvulsivantes e analgésicos potentes como a morfina, heroína, codeína, meperidina etc, além dos inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores de esmalte etc.).

As drogas estimulantes da atividade mental “causam estímulo no córtex cerebral...” (BARRETO, 2011, p. 06) e são capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como conseqüências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. O autor, como exemplo, cita a cocaína e seus derivados: crack, base, oxi, merla, os anorexígenos (inibidores do apetite) e as anfetaminas (conhecidas como “bolinhas” ou “rebites”, que deixam as pessoas mais “ligadas” e tiram o sono), como também alguns medicamentos utilizados para moderar o apetite e prolongar o tempo de atuação dos neurotransmissores no cérebro, como a dopamina e a noradrenalina, que causam a sensação

de maior energia e menor fadiga, além da diminuição do apetite. Ex.: dietilpropiona, fenproporex etc.

No grupo de drogas perturbadoras da atividade mental, classificam-se diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos, entre os quais destacamos os delírios e as alucinações, por esse motivo, essas drogas receberam a denominação de “alucinógenos”. Em linhas gerais, podemos definir alucinação como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe (CREBRID, 2003).

Há também as drogas de origem vegetal: mescalina (do cacto mexicano), THC (da maconha), psilocibina (de certos cogumelos), lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca) e aquelas de origem sintética: LSD-25 (ácido lisérgico), MDMA (3,4 metilenodioxometanfetamina), conhecida popularmente como "êxtase", anticolinérgicos (Artane®, Bentyl®), que são utilizados para o tratamento do Mal de Parkinson e também por moradores de rua menores de idade, por causa dos efeitos alucinógenos, dentre outras (CREBRID, 2003).

As primeiras intenções buscando abordar os problemas relacionados ao consumo de drogas aconteceram a menos de trezentos anos e as definições mais modernas próximas da atual sobre dependência química, ocorreram há pouco mais de um século. Apesar de ser antigo o consumo das substâncias psicoativas, o termo dependência química foi recomendado somente em 1.964 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como forma de substituir a nomenclatura pejorativa de “vício”.

De acordo com a OMS (1993), a dependência química é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou mais atinge uma prioridade para um determinado indivíduo, em prejuízo de outros compromissos e responsabilidades familiares, sociais e no trabalho, que antes eram significativos na vida do mesmo. Esta definição refere-se a qualquer substância capaz de modificar o funcionamento orgânico, seja essa modificação considerada medicinal ou nociva. Tal definição contribuiu significativamente para a classificação e o diagnóstico da dependência química, reconhecida pela OMS como uma doença e como um problema social, portanto, o conceito de dependência química é novo, se comparado ao consumo de substâncias psicoativas, que acontece há milhares de anos.

Desde a antiguidade o ser humano utiliza substâncias alucinógenas extraídas da natureza, com objetivos diversos entre eles: o uso como medicamento, veneno, ritual religioso e/ou como forma de modificar seu estado de ânimo e percepção. De uma forma geral, a

história do consumo de drogas se confunde com a própria história da humanidade, ou seja, “o consumo de drogas sempre existiu, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões” (PRATTA; SANTOS, 2006, p.316). Sabemos, portanto, que o consumo de drogas provavelmente vai acompanhar a história da humanidade ainda por muito tempo.

Ao longo dos anos, as substâncias psicoativas têm sido consideradas eficientes meios para se combater a dor física e psíquica. Muitas drogas são consideradas inclusive deuses corporificados, como no caso do vinho, que era visto como a representação do deus grego Dionísio/Baco e até hoje como o sangue de Cristo, na religião do cristianismo. Carneiro (2005) relata que o termo droga também foi utilizado no período das grandes navegações do século XVI e XVII para fazer referência às principais riquezas no Oriente e na América, como a pimenta, noz moscada, pau-brasil, açúcar e o tabaco, tendo em vista que o termo holandês *droog* como já citado anteriormente, também era utilizado para se referir às substâncias naturais utilizadas na alimentação e na medicina.

As opções de drogas disponíveis no mercado hoje crescem assustadoramente, além das drogas conhecidas há muitos anos como: álcool, coca, maconha, ópio, tabaco, cocaína dentre outras, temos diversas drogas sintetizadas em laboratórios, como o ecstasy, LSD (dietilamida do ácido lisérgico), as anfetaminas conhecidas como “bolinha” ou “arrebite”, metanfetaminas, dentre outras. Contribui ainda, a indústria farmacêutica que cria constantemente novos meios de superar a dor física e mental, através das “drogas prescritas” como tranqüilizantes, sedativos, analgésicos, medicamentos para emagrecer e demais substâncias estabilizadoras do humor e da “felicidade”.

No que diz respeito ao uso abusivo do álcool, esta é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Embora as bebidas alcoólicas sejam consideradas produtos universais e façam parte de nossa cultura há milhares de anos, não podemos desconsiderar as conseqüências e prejuízos físico, mental e social como um todo, que envolve o indivíduo, a família e a sociedade em geral, tanto no uso abusivo do álcool como de outras drogas. Soma-se a estas, as drogas sintéticas produzidas em laboratórios e o aumento do uso das drogas prescritas, como os medicamentos e novas substâncias psicoativas que surgem constantemente.

Campbell e Graham (1991) relatam que a preferência e a escolha de uma pessoa por um determinado tipo de droga dependem de muitos fatores, dentre estes a nacionalidade, a cultura, a idade, o sexo e a época história.

A preferência individual por determinada droga dependente de muitos

fatores. Por exemplo, entre homens e mulheres acima dos 45, o álcool é o preferido. O alcoolismo é de longe a droga mais comum porque está facilmente à disposição e seu uso é legal e aceito como normal pela maioria dos segmentos da sociedade. A nacionalidade parece ter influência também. Os índios norte-americanos, na sua maioria, não tinham bebidas fermentadas antes da chegada dos europeus, hoje são líderes mundiais no consumo de álcool (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 34).

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde incluiu o alcoolismo como um item diferenciado da intoxicação alcoólica e psicoses alcoólicas, na Classificação Internacional de Doenças (CID). Portanto, o alcoolismo é considerado uma doença e encontra-se classificado pela CID na sua 10ª revisão, no capítulo referente aos transtornos mentais e de comportamento (OMS, 1993). As substâncias alcoólicas são conhecidas desde a antiguidade pelas mais remotas civilizações, pelo motivo da fermentação do açúcar ocorrer espontaneamente na natureza, há mais de um milênio antes da nossa era, o álcool como também outras drogas, já causavam algumas “perturbações” na sociedade decorrente do uso abusivo, e conseqüentemente com o consumo aumentado ao longo das civilizações, houve crescimento dos problemas relacionados ao uso, repercutindo até os dias atuais.

Sobre o uso de drogas na antiguidade, Campbell e Graham (1991) apontam que o Código de Hamurabi (da civilização babilônica) a aproximadamente em 1700 a.C já regulamentava o uso do álcool e as sanções contra o abuso, sendo que os egípcios no período dos Faraós, já faziam uso do álcool, mas havia normas regulamentando quem poderia beber, quando e por quê. Na China imperial, principalmente entre 1830 à 1860 havia o uso abusivo do ópio, uma substância entorpecente extraída da planta papoula, o qual foi introduzido ilegalmente na China por comerciantes ingleses e norte-americanos, auferindo grandes lucros e comércio, causando neste período a Guerra do ópio.

Campbell e Graham (1991) também apontam os problemas decorrentes do uso do álcool na China, que entre 1.100 A.C e 1.500 D.C houve 41 decretos imperiais de “lei seca” e por volta de 500 A.C. a pena para os incidentes na embriaguez e alcoolismo, era a decapitação. Os Cruzados (movimentos militares de inspiração cristã da Europa Ocidental) trouxeram para a Arábia entre os anos 800 e 1000 D.C a destilação do álcool, produzindo bebidas com até 50 % de álcool e que com a invenção do gim, por volta de 1.600, os licores e demais bebidas fortes se tornaram mais acessíveis à população, iniciando-se um período de “democratização” da bebida alcoólica.

O acesso facilitado e o uso abusivo do álcool e de outras drogas tiveram agravamento durante o período da primeira Revolução Industrial iniciada na

Inglaterra no século XVIII (1780 à 1830), caracterizado como um período de êxodo rural, pobreza, trabalhos precarizados nas fábricas, doenças e fome. [...] Trabalhando em fábricas em condições deploráveis, famintos, doentes e sem esperança alguma, as pessoas escapavam da realidade através do álcool, comprado por alguns centavos (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 37).

Neste período da industrialização, cerca de um terço da população de Londres na Inglaterra era considerada alcoólica e outros dois terços abusavam da bebida, inclusive crianças.

A América Colonial também era considerada uma sociedade que bebia muito: havia a cultura do álcool como substância boa para a saúde, sendo utilizado pelas tropas militares e pelos patrões da época, que ofereciam aos empregados rum ou cerveja, com o objetivo de fortalecimento do corpo e a melhoria da saúde. O Governo e a Igreja Anglicana eventualmente reconheciam a gravidade do problema na época, e decretavam leis e regulavam a distribuição e a venda de bebidas alcoólicas (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 38).

Observamos que neste período, a cultura de aceitação do álcool e das demais substâncias psicoativas nas relações sociais e como meio de conviver com os problemas da vida já estava enraizado, perpetuando-se até os dias atuais. Passou a ser combatido com maior assiduidade, somente a partir do século XIX, com os primeiros movimentos e campanhas no combate ao uso abusivo do álcool e posteriormente de outras drogas.

Segundo Ribeiro e Laranjeira (2007) há relatos de padrões de uso nocivo do uso do álcool em povos antigos, como no Egito e Grécia, já que o consumo de substâncias psicoativas estava mais relacionado ao cotidiano das sociedades e seu funcionamento, ora como alimento, ora como modulador do estresse ambiental. Os autores apontam que devido às dificuldades e escassez de alimento vivenciado pelas primeiras civilizações, o estoque de álcool se constituiu numa fonte “nutritiva e armazenável”, tendo em vista também as dificuldades para o armazenamento da água. Exemplo também são os povos incas, que tinham o hábito de mascar folhas de coca, para auxiliar no controle da fome e da fadiga, o que ocorre ainda hoje entre a população do Peru e Bolívia.

Entretanto, é a partir do século XIX que ocorreu uma significativa evolução da Química como ciência e o conseqüente isolamento do princípio ativo de diversas plantas, entre eles a morfina, um dos alcalóides do ópio, no ano de 1806, a codeína em 1832, a cocaína em 1860 e a heroína em 1883, dentre outras.

A partir da intensa divulgação publicitária, tais drogas surgem como solução para problemas de saúde, passando a ser indicadas como estimulantes e analgésicos capazes de

aplacar a dor ou a tosse, sendo vendidas livremente em farmácias e drogarias. Ao final do século XIX há uma disseminação do consumo de ópio, álcool, cigarro, dentre outras substâncias denominadas psicoativas. Em 1898, a empresa farmacêutica Bayer começa a produção comercial de heroína, usada contra a tosse. Já nos anos 70, o uso da cocaína torna-se popular e passa a ser “glamourizado”. No século XX, as duas guerras mundiais contribuíram com o uso das anfetaminas, as quais eram utilizadas para aumentar o rendimento dos soldados, como também o uso da morfina para aliviar a dor dos feridos durante a guerra.

A cocaína é uma substância extraída de uma planta popularmente conhecida como coca (*Erythroxylon coca*), originária da América do Sul, socializado o consumo - cloridrato de cocaína, na forma de: pó (aspirado ou injetado na corrente sanguínea após ser dissolvido em água), de pasta de coca (que pode ser fumado e é conhecido como merla ou pasta base) e também de uma pedra (crack), que é fumada. Atualmente, o crack é uma das drogas mais preocupantes nas cidades, devido à rápida dependência e conseqüente degradação humana e social, como violência, roubos, situações de rua, mendicância, doenças e outros delitos. O crack foi difundido primeiramente nos Estados Unidos nos anos 80, atingiu posteriormente outros países, mas no Brasil passou a ser mais conhecido e expandido a partir dos anos 90.

Considerada uma das drogas mais antigas, a cocaína faz parte da civilização há milhares de anos, com evidências históricas de que a mesma beneficiava o desempenho e o combate militar nas guerras, que contribuiu com o aumento do ânimo entre os soldados. Campbell e Graham (1991) relatam que, quando os espanhóis conquistaram o Império Inca no século XVI, encontraram cocaína na forma de coca, a qual era largamente consumida pela sociedade.

Sobre o uso da cocaína na antiguidade, Campbell e Graham (1991) apontam que:

A coca aplaca a fome, reanima em caso de fadiga e leva as pessoas a esquecer seus problemas. As folhas de coca adquiriram importância sagrada, tornando-se elemento essencial nas cerimônias de iniciação e casamento. Nos funerais, os corpos mumificados tinham às vezes folhas de coca na boca; e feixes da planta eram colocados nos túmulos para facilitar a viagem ao além (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 50).

No século XIX, a cocaína foi considerada um remédio para muitos males: cura para a dependência do álcool, da morfina e do ópio, até recomendado pela medicina para o tratamento da timidez, da fadiga, nervosismo, resfriados, problemas de estômago e depressão. Não podemos esquecer que um dos refrigerantes (Coca-cola) mais conhecido e utilizado no mundo hoje, entre 1.886 e 1906 era negociado como um poderoso tônico feito de cocaína,

como o objetivo de curar muitos males. Porém, os casos de abusos de cocaína começaram a aparecer somente no século XX, quando da decretação de leis considerando ilegal o uso da droga, com exceção do uso por receita e indicação médica.

No Brasil, Filho e Botelho (1924) foram um dos primeiros escritores a discutirem sobre drogas, na obra intitulada “Vícios sociais elegantes” publicada em 1924, refletem sobre a permissividade que a classe considerada elite na cidade do Rio de Janeiro/RJ convivia com os opiáceos e “cigarros índios” (maconha), no final do século XIX até meados do século XX.

Havia uma tradição de preocupação com o alcoolismo entre os pobres, e certo cuidado com as casas de ópio chinesas, mas as drogas que concentravam maior atenção nos anos de 1.920, quando o comércio de drogas foi devidamente criminalizado, eram a cocaína e a morfina. Iniciando suas conquistas pelas classes elevadas, a cocaína já vazou para os andares mais inferiores da sociedade e, na sua torrencial caminhada, começa a envolver criados, operários e pessoas menos abastadas (FILHO; BOTELHO, 1924, p.27).

Conforme os referidos autores, eram freqüentes os casos de venda ou consumo de cocaína, mas, nas delegacias raramente eram envolvidos membros da elite, ao contrário, a repressão às drogas se concentrava na prostituição, meio no qual a polícia encontrava o principal grupo consumidor, em média, dois terços das prostitutas faziam uso de cocaína e o consumo pela elite aparecia ligado ao relacionamento com a prostituição.

Sobre o uso de drogas no Brasil durante este referido período, Filho e Botelho (1924) relatam:

[...] Não satisfeitos com um só vício, os dodivanos desocupados foram procurar na Rua da Misericórdia e adjacências, os filhos do antigo Império Celeste e com auxílio deles montaram as primeiras “fumeries” que, dada a procura, se foram depois espalhando, algumas das quais luxuosamente instaladas.[...] moços ricos, vindos de países estrangeiros, onde gastaram mocidade e dinheiro bem assim hetairas exóticas, trouxeram na sua bagagem, além da sensualidade doentia, o vício, de que se tornaram paladinos desenfreados, acarretando para a grei os incautos admiradores de suas aventuras. Foi assim que a cocaína entrou nos nossos meios elegantes onde por imitação, por curiosidade e por *chic*, tomou um desenvolvimento infelizmente notável, invadindo mesmo lares circunspectos, pela propaganda feita na família pelos viciados (FILHO; BOTELHO, 1924, p.15).

Carlini et al., (2006) conceitua à maconha como droga derivada da planta *Cannabis sativa*, um arbusto de cerca de dois metros de altura, de origem asiática e que cresce em zonas tropicais e temperadas, sabe-se que a planta já era usada sob forma medicamentosa na China no ano 7000 a.C. Utilizada para fins terapêuticos, a partir do século XIX a maconha começou

a ser utilizada como substância psicotrópica, que nos anos 60, o seu consumo como droga entorpecente passou a ser feito de forma crescente, entre pessoas de todas as classes sociais, estando atualmente entre as drogas ilícitas mais consumidas no mundo.

No Brasil, a maconha foi introduzida no período da colonização através dos escravos africanos, tendo sido difundida também entre os indígenas, sendo usada no início com propósitos medicinais e recreativos.

Filho e Botelho (1924) apontam que, no Brasil do século XX distinguiram-se duas classes de "vícios": os "vícios elegantes" que eram o da morfina, da heroína e da cocaína, consumidos pelas elites (branca, em sua maioria) e os "deselegantes", destacando-se o alcoolismo e o "maconhismo", próprios das camadas pobres, em geral, formadas por negros e seus descendentes, porém, não tardou para que a maconha trazida da África difundisse o seu consumo por todas as classes sociais.

Em relação ao uso do álcool no Brasil, este foi incluído nos costumes e hábitos primeiramente das pessoas pertencentes às classes sociais mais abastadas e posteriormente, no período da exploração do cultivo da cana-de-açúcar e o início da produção da aguardente no país, a bebida acabou sendo socializada entre os trabalhadores e escravos dos engenhos. Durante o período colonial, a aguardente era considerada uma bebida de pobres, negros e escravos, assim também como a maconha, que antes da proibição, tinha seu uso vinculado à classe trabalhadora. A maconha era diretamente associada às classes baixas, aos negros e mulatos e à bandidagem, associação que marca a simbologia do consumo dessa planta até os dias atuais (FIORE, 2005).

Desde a primeira metade do século XVI, durante o período Colonial no Brasil, a aguardente é considerada um dos hábitos de consumo da população em geral, sendo este consumo considerado somente posteriormente, como um problema e também um elemento político que contribuía com a manutenção do escravismo.

Guimarães (2005) relata que o consumo da aguardente pelos escravos, contribuiu com a manutenção do escravismo por dois principais motivos:

[...] Primeiramente pelo fato de constituir o álcool uma moeda de troca para o tráfico de escravos (escambo) e também por se constituir em mecanismo que contribuiu com a preservação da ordem escravista, visto que os próprios escravos eram usuários da bebida alcoólica e esta servia como um aliado no alívio da fadiga e para a recreação. O consumo da aguardente por parte da massa escrava atuava no sentido de amortecer seu potencial de rebeldia. [...] Ao se tornar um mecanismo que preservava a ordem escravista, a aguardente manifestava novamente seu caráter político, na medida em que participava do condicionamento de parte da população, que assim era levada a aceitar os

limites impostos pela estrutura de dominação vigente (GUIMARÃES, 2005, p. 98).

Sem realizarmos a negação das lutas de classes e das resistências e lutas dos povos negros e escravizados ao longo da história, certamente o álcool contribuiu como um dos mecanismos de contribuição com a ordem escravista, assim como temos na atualidade no sistema capitalista, diversos mecanismo e fatores de persuasão e manutenção do atual *status quo*.

O uso de substâncias psicoativas tem acompanhado a história da humanidade e o surgimento das primeiras civilizações no Brasil. Fiore (2005) aponta que até o século XX o consumo de drogas não foi tema de discussão para a medicina, com exceção do álcool, que por ser um consumo antigo e disseminado, constitui motivo de preocupação desde a antiguidade. “Durante o século XIX, não era o álcool, substancialmente, que incomodava as autoridades médicas: o problema era o consumo desregrado, imoral e degenerante que ocorria principalmente nas camadas mais baixas...” (FIORE, 2005, p. 264), sendo que neste período, o alcoolismo era considerado um desvio do caráter, um problema moral, individual e até racial.

Apesar do consumo de drogas se fazer presente desde as primeiras civilizações da humanidade, era difícil o aparecimento dos problemas decorrentes do consumo dessas substâncias, tendo em vista as dificuldades enfrentadas no cultivo e na agricultura, como também a baixa expectativa de vida da população, os quais dificultavam o aparecimento dos problemas relacionados ao uso abusivo e a dependência de drogas.

[...] A disponibilidade da planta era restrita, tendo em vista os métodos pouco eficazes de coleta e plantio que os povos antigos possuíam. Por fim, a expectativa de vida era significativamente inferior aos padrões contemporâneos: o homem que precedeu as grandes civilizações vivia em média vinte anos e o da Antiguidade, quarenta. Havia menos “tempo hábil” para que os problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas aparecessem (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2007, p. 11).

Nas primeiras civilizações o uso das substâncias psicoativas estava pautado fundamentalmente por questões básicas de subsistência e sobrevivência, como também à cultura de cada época. O uso continuado e desregrado, ou seja, fora do contexto alimentar, sagrado ou festivo era considerado contrário às normas culturais de convívio social, os povos antigos, inclusive, não acreditavam que as drogas fossem exclusivamente boas ou más. Os gregos, por exemplo, entendiam que qualquer droga se constitui em um veneno potencial e

um remédio potencial, dependendo da dose, do objetivo do uso, da pureza, das condições de acesso a esse produto e dos modelos culturais de uso.

Segundo Escohotado (2004), as drogas nas civilizações antigas clássicas não representavam um problema de toxicomania, primeiramente por encontrarem-se inseridas no complexo arcabouço de costumes dessas sociedades. Esclarece o autor:

[...] Este formidável consumo não cria problemas de ordem pública ou privada. Embora se contem aos milhões, os consumidores regulares de ópio não existem nem como casos clínicos nem como marginais de sociedade. O costume de tomar esta droga não se distingue de qualquer outro costume – como madrugar ou tresnoitar, fazer muito ou pouco exercício, passar a maior parte do tempo dentro ou fora de casa -, e daí que não haja em latim expressão equivalente a ‘opiómano’, ainda que exista pelo menos uma dúzia de palavras para designar o dipsómano ou alcoólico (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2007, p. 32-33).

Na sociedade deste período, o juízo de valor negativo sobre droga estava relacionado somente sobre o álcool, o qual absorveu toda a nocividade social e individual que, atualmente, recai sobre drogas como a maconha, a cocaína, o crack, os inalantes, etc.

Neste período das primeiras civilizações, o acesso às substâncias psicoativas era restrito, em decorrência da baixa produtividade agrícola, tendo em vista as dificuldades de acesso à água e alimento. Ribeiro e Laranjeira (2007) relatam que era realizado o consumo principalmente de bebidas fermentadas, o que por vezes supria a necessidade de água e calorias dessas populações ruralizadas.

No período da Idade Média, compreendido entre os séculos V e XV, a religião cristã desenvolveu-se e a Igreja Católica passou a exercer sua hegemonia ideológica, cultural e política, ao estabelecer normas e comportamentos. A religião Cristã pregava como heresia o consumo das plantas e substâncias psicoativas como o vinho, a cerveja e demais substâncias utilizadas para fins terapêuticos e recreativos, sendo o uso abusivo e excessivo considerado uma conduta pecaminosa. E as convicções e ideias acerca da neutralidade das drogas, dos benefícios da automedicação, do uso recreativo e religioso, começaram a entrar em declínio com o processo de cristianização do Império Romano.

Sobre este período, Escohotado (2004) descreve os meios empregados contra aqueles que contrariavam a regra:

Perante tais evidências, o uso de drogas diferentes do álcool castiga-se com tortura e pena capital, tanto se for religioso como se for simplesmente lúdico. Ao mesmo tempo, as drogas não são corpos precisos, mas uma coisa entre aspiração infame e certa pomada. [...]; isto permitia ser queimado vivo por

guardar uma pomada para luxações, sempre que a pessoa parecesse suspeita ou tivesse inimigos; igualmente possível era que, noutra domicílio, a presença de pomadas muito psicoativas fosse considerada inocente. Mas elaborar plantas e beberagens parecia às autoridades aproximar-se demasiado da abominação, e punha em perigo o seu relato dos fatos; a saber, que o mundo – castigado por Deus – estava cheio de bruxas com poderes sobrenaturais, devido à sua aliança com Satanás (ESCOHOTADO, 2004, p. 50).

Aos poucos, as transformações sociais, políticas e econômicas, representadas principalmente pela reforma religiosa, absolutismo político e expansão comercial iniciado na Idade Média, deram origem ao movimento denominado Renascimento Cultural, ocorrido entre os séculos XIV à XVI e caracterizado como um período de revalorização e resgate das referências culturais da antiguidade clássica, que nortearam as mudanças em direção a um ideal humanista e naturalista, que interferiram nas normas e comportamentos sociais, inclusive na relação do ser humano com as drogas.

No período do Renascimento, as drogas retomam seu lugar de destaque como substâncias terapêuticas, ao serem utilizadas principalmente por médicos e boticários europeus e como meio recreativo, constatando-se também um aumento significativo no consumo de bebidas. Com o objetivo de evitar as perseguições dos inquisidores pelo uso de substâncias tidas como contrárias aos postulados cristãos, foi necessário separar a farmacologia da magia, de forma a "reduzir o reputadamente sobrenatural a uma coisa prosaica, como as propriedades de certas plantas", e ainda "mostrar que o prosaico apresentava grande utilidade para todos, sendo pura e saudável medicina" (ESCOHOTADO, 2004, p. 60).

No período da Idade Moderna, fatores como as grandes navegações, a Revolução Industrial e o avanço do Capitalismo levaram ao aumento da população urbana. Posteriormente, a industrialização da produção de bebidas alcoólicas e o desenvolvimento científico contribuíram com o aumentando do consumo do álcool e de outras drogas; como também a maior facilidade de contatos com outros continentes e países, contribuiu com o intercâmbio e aproximação com outras substâncias.

Conseqüentemente todo o processo de desenvolvimento econômico, que começam a se intensificar no século XVI com as grandes navegações e posteriormente com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, foi responsável pela mudança em relação ao uso e padrão de consumo das substâncias psicotrópicas.

As drogas têm sido consideradas há muitos anos como objetos de grande interesse político e econômico, visto que o seu domínio e o controle são tidos como poder e riqueza. Há

tempos, autoridades públicas e eclesiásticas, como reis, sacerdotes, estados, a ciência, a medicina e outras instituições disputam o controle e o poder sobre as drogas ao longo da história, sobre esta questão, Carneiro (2005) faz uma reflexão na história:

As drogas orientais, chamadas especiarias, impulsionaram o descobrimento da América e a circunavegação do mundo pela primeira vez. A produção do açúcar, do melado e do álcool provocou a escravidão moderna e o deslocamento de mais de dez milhões de africanos para o novo continente. O tabaco e o chocolate foram monopólios reais e de setores do clero. A Inglaterra fez duas guerras contra a China para impor o comércio do ópio no século XIX (CARNEIRO, 2005, p. 16).

Antes tidas como elementos terapêuticos ou recreativos, determinadas substâncias psicoativas passaram a ser encaradas sob sua potencial capacidade de gerar receita econômica aos países colonizadores, inseridos em uma realidade de expansão comercial e de desenvolvimento do Capital. Neste período de surgimento do sistema moderno de mercantilismo, integraram-se ao comércio mundial os fermentados e destilados do álcool e outras substâncias psicoativas nativas, que se tornaram mercadorias e objetos de acumulação primitiva de riqueza.

Ao longo dos anos, o consumo do álcool e de outras drogas trouxe consigo os problemas relacionados ao uso, o qual teve o seu maior agravamento no período da industrialização e do aumento da população e da classe operária, como também de desenvolvimento da Ciência e do Capital.

Carneiro (2005) relata que as substâncias psicofarmacológicas como o tabaco, ópio, café, chá e o chocolate foram às peças-chave iniciais do período mercantilista, sendo denominadas drogas pela população deste período. O autor relembra, por exemplo, que o Brasil obteve a maior parte dos escravos africanos por escambo direto com a África, onde se trocavam homens por tabaco e aguardente. Pois, ainda hoje, o Brasil é um dos maiores produtores de tabaco do mundo, estando atrás apenas da China, Estados Unidos e Índia.

No decorrer dos anos, com a expansão da ciência e do Capital, mostrou-se que o consumo das substâncias psicoativas pode acontecer de outras maneiras, que vai além do uso ritualístico e religioso. A partir do Renascimento, no século XVI, o ser humano passou a adquirir maior autonomia sobre a sua própria vida e destino, outrora atribuído a Deus e a religião, foi um período de desenvolvimento da tecnologia agrícola, da Revolução industrial (século XVIII) e Científica (séc. XIX), acontecimentos estes que favoreceram ao aumento do uso de drogas, pois contribuíram com o isolamento dos princípios ativos e a disponibilização no mercado, com a conseqüente massificação do consumo. Segundo Ribeiro e Laranjeira

(2007), neste período da Idade Moderna, as cidades inchavam pelo aumento da população e inúmeros camponeses moravam em cortiços e guetos, viviam na miséria e no desemprego.

A partir do século XVII as substâncias psicoativas foram disponibilizadas com baixo custo e acesso facilitado nos bares, armazéns e farmácias, o que favoreceu o consumo, contribuiu para que inúmeras pessoas começassem a apresentar problemas relacionados ao uso do álcool e outras drogas. Por conseguinte, uso abusivo das substâncias psicoativas teve o seu agravamento e massificação do consumo no período da industrialização e desenvolvimento da classe operária, juntamente com o aumento da pobreza e das contradições entre Capital e Trabalho, perpetuando-se o uso até os dias atuais, caracterizando-se como uma questão de saúde pública e uma expressão da questão social.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1991, p.77).

A questão social surgiu na Europa Ocidental do século XIX, com a crescente pobreza entre os membros da classe operária, onde o processo de urbanização, somado ao da industrialização, deu origem ao empobrecimento do proletariado. Segundo Silva (2008) a questão social, latente ou explícita, sempre esteve presente no centro das lutas sociais brasileiras, desde o período do Brasil colônia, através da resistência à escravidão de índios e negros. Tais raízes coloniais-escravistas são vistas como sinônimo de contradição, exploração, acumulação, antagonismo, conflitos e lutas sociais geradas no interior da sociedade capitalista brasileira, traduzindo-se pelo enfrentamento da escravidão, mas fundamentalmente pelas lutas sociais mais recentes por melhores condições de vida e de trabalho da classe operária.

Conforme Iamamoto (1999), a questão social pode ser definida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social do trabalho é cada vez mais coletiva, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada e monopolizada por uma parte da sociedade, a classe capitalista, detentora dos meios de produção. A autora busca decifrar as contradições da fase de amadurecimento do Capital, quando a força de trabalho se torna uma mercadoria, e aponta que essa relação entre o trabalhador e o dono do Capital constitui uma modernidade com marcas de escravidão, contruída a base de muitas resistências e lutas sociais. A partir desta realidade, exigiu-se então

da classe dominante uma tomada de posição frente às aflições vividas pelos trabalhadores, surgindo a regulação social através do Estado e o mercado.

A questão social está fundamentalmente vinculada ao conflito entre Capital e trabalho e torna-se uma questão pública e política no protagonismo da luta de classes, na fase monopólica do Capital.

[...] A questão social é colocada no seu terreno específico, o do antagonismo entre Capital e trabalho, nos confrontos entre seus representantes. É colocada, porém, como objeto de intervenção revolucionária por agentes que se auto-organizam preocupados com a consciência dos fins e a ciência dos meios (NETTO, 1992, p.96).

Portanto, a questão social é uma categoria que expressa a contradição fundamental no modo capitalista de produção: o trabalho coletivo e a apropriação privada da riqueza socialmente produzida, sendo apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, resultantes do crescimento da distância entre a concentração e acumulação de capital e a produção crescente da miséria para a maioria da população.

No cenário atual da questão social, são registradas as suas diversas formas de expressão que, numa amplitude global, produzem efeitos comuns, tais como: desemprego estrutural, aumento da pobreza, precarização do trabalho, saúde pública precária ou inexistente, aumento da violência, uso abusivo do álcool e outras drogas, moradia na rua ou em condições precárias, insalubridade, falta de alimentação, envelhecimento sem recursos, dentre outros, o que implica em aumento da desigualdade social e o não acesso às políticas públicas e aos direitos sociais, sendo neste cenário conjuntural que se insere a dependência química como uma das expressões da questão social.

Segundo Colett (2010), a partir da década de 1970, com a necessidade de melhor classificar e descrever as diferenças nos diagnósticos médicos relacionados ao uso de drogas, a Associação Americana de Psiquiatria publicou o Manual de Diagnósticos e Estatísticas (DSM), separando as categorias alcoolismo e dependência de outras drogas. E em 1977, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a rever os conceitos e definições existentes, passando a considerar a dependência ao álcool e de outras drogas como uma doença e um problema social.

No Brasil, a partir de 1980, a saúde pública passou por uma reformulação denominada “reforma sanitária”, com a defesa dos princípios da saúde enquanto direito e dever do Estado, de acesso universal e igualitário, com ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, os quais foram consolidados com a aprovação da Constituição Federal

do Brasil em 1988. Neste período, iniciaram-se os programas de combate à dependência química, com caráter primário e epidemiológico, pois era crescente o número de casos de usuários do álcool e de outras drogas, como também de problemas relacionados ao consumo, como acidentes de trânsito, doenças, detenções por motivo de envolvimento com drogas, internações etc.

Por conseguinte ao aumento do consumo de drogas e dos problemas relacionados ao seu uso, iniciou-se no mundo ocidental a partir da metade do século XIX, um período no qual o consumo de substâncias psicoativas tornou-se uma questão relevante do ponto de vista do Estado e da sociedade, em que os problemas relacionados ao consumo de drogas eram tratados como “casos de polícia”, com intervenções baseadas na repressão. Esse processo ganhou força e se institucionalizou primeiramente nos Estados Unidos, considerado o primeiro país a trazer o tema para o debate público e a instituir o controle de drogas, surgiram neste período diversos tratados e legislações específicas para seu controle. Aos poucos, o uso das substâncias psicoativas se tornou uma questão de relevância e debate público para os demais países: no Brasil, a transformação das drogas em uma questão pública e de intervenção do Estado, só ocorreu a partir do século XX.

Para Fiori (2005), na modernidade, o fenômeno das drogas está associado a dois eixos principais: a criminalização e a medicalização, ou seja, é a partir da preocupação com a saúde e com a segurança pública que as ações e intervenções sobre drogas são direcionadas, sendo que as concentrações urbanas no Brasil no século XX passam a ser vistas como um problema para o desregramento, doenças e vícios, como o alcoolismo, a prostituição, as doenças venéreas dentre outras.

A partir da década de trinta, as anfetaminas começaram a ser comercializadas, sendo muito divulgadas no decorrer da II Guerra mundial (1939-1945), como também a cocaína e a morfina, respectivamente pelo efeito do aumento do estado de ânimo e pelo alívio das dores dos feridos na guerra. Na década de quarenta, o químico suíço Albert Hoffman descobriu os poderes do ácido lisérgico (LSD) a partir de suas experiências enquanto pesquisador, tendo disseminado posteriormente o uso entre a população. Na década de sessenta, o movimento hippie, contribuiu para propagar o uso generalizado e endêmico das drogas que, aos poucos, atravessou as distintas classes sociais e se proliferaram, principalmente, entre os mais jovens. Tratava-se neste período, de uma cultura com o objetivo de criar uma alternativa existencial dissociada dos padrões morais e produtivos da sociedade industrial. O movimento hippie se manifestou em vários países, questionou os valores da economia capitalista e apontou novas possibilidades para se viver, adotando como lema a expressão “Sexo, Drogas e Rock’n roll”.

Para Gonçalves et al. (2003), a partir do XIX e XX o consumo de drogas se tornou regular e cresceu progressivamente, até os anos cinquenta, este crescimento não representou grandes problemas, nos anos 60 o consumo de drogas tinha como papel o acesso a um mundo novo a ser descoberto e construído, com ideais e propostas de transformação política.

A droga se constituía então em um símbolo de contestação, que intermediava as relações entre sujeito que partilhavam de um mesmo projeto transformador de vida, no final dos anos 70 esta “característica revolucionária” atribuída ao uso de drogas, foi modificada pelo motivo da criminalização que aumentou com o narcotráfico, iniciando um crescimento significativo no consumo de drogas, na oferta de diferentes drogas e uma diversificação na população de consumidores.

[...] A toxicomania é o sintoma social por excelência da sociedade de consumo; pois, a partir de um sujeito fiel ao produto que consome, representa de forma radical o discurso dominante e seu objeto, a droga, é tomado como o maior aliviador do sofrimento humano. [...] Assim, a evitação do sofrimento e a busca de felicidade são cartas oferecidas ao sujeito pela ordem capitalista, que impõe a obrigação do gozo, tendo a droga como seu objeto por excelência (GONÇALVES et al. 2003, p.125).

Na década de oitenta, aumentou-se a produção de drogas sintéticas, laboratorialmente produzidas e quimicamente manipuláveis, no âmbito da produção de drogas sintéticas, que por mais singelo erro pode levar a drogas com propriedades desconhecidas e efeitos imprevisíveis. Além disso, essas drogas chegam aos consumidores através de redes de intermediários sem conhecimentos na matéria e sem qualquer escrúpulo (ESCOHOTADO, 2004).

No modo de produção capitalista, o tráfico de drogas encontra sua motivação, tendo em vista que neste sistema “tudo se torna mercadoria” e com as drogas não é diferente, pois encontra assim um terreno facilitado para a negociação e circulação no processo de compra e venda.

O uso abusivo das substâncias psicoativas e os problemas relacionados ao consumo foram conceituados durante séculos sob a ótica moral e da culpabilização do usuário, embasado na crença de que este “desvio” partia exclusivamente da vontade do indivíduo, que deveria ser punido pelos seus atos, não sendo portanto problematizado como uma doença e/ou como um problema social e de saúde pública. O uso de substâncias psicoativas era tido apenas como uma das muitas práticas sociais e culturais, não encarados como um problema nem

como alvo de preocupação ou mediatização sociais, sem nenhum controle do Estado e governos (ESCOHOTADO, 2004).

A partir do século XX iniciam-se as primeiras intervenções do Estado relacionado às drogas, numa perspectiva da legislação jurídica as primeiras ações do Estado brasileiro advêm do Decreto Legislativo nº 4.294 de 06 de julho de 1921, inspirado na primeira Convenção Internacional do Ópio realizado em Haia no ano de 1912 nos Países Baixos, regulamentado pelo Decreto 14.969 de 1921, o qual revelou a importância de criar dispositivos para controlar a importação de entorpecentes, o comércio, o registro, a prescrição médica, a internação judicial e voluntária de toxicômanos em sanatórios. Isso caracterizou as primeiras normas e valores morais contra as drogas, contribuiu com a continuidade e o desenvolvimento de leis e de políticas públicas sobre drogas até os dias atuais.

Nos dias de hoje, embora tenhamos discussões teóricas e conceituais sobre dependência química, implantação de políticas e programas sociais sobre drogas através do Estado, ainda assim o dependente químico é popularmente visto sobre o estigma e estereótipo de um indivíduo “preguiçoso”, “sem vontade”, “irresponsável”, “vagabundo”, pejorativamente também chamado de “bêbado”, “dopado”, “noiado”. Apesar dos avanços científicos e teóricos sobre o assunto nas últimas décadas, estes ainda possuem pouca repercussão na opinião da população e da mídia, as quais ainda reproduzem em massa, o conceito moralista, preconceituoso e de culpabilização do indivíduo sobre o uso de drogas.

Apesar da difusão do consumo de drogas por todas as classes sociais, independente da etnia, cor, idade e sexo, ainda permanecem no imaginário social a associação entre "pobre - preto - maconheiro - drogado - marginal - bandido" traduzida nas ações policiais dirigidas às pessoas autuadas por porte de drogas, que na periferia das grandes cidades ainda são muito mais severas do que nas regiões “mais ricas”. Assim, perpetua-se o trinômio: pobreza, uso de drogas e criminalidade, como um estereótipo que a mídia cria e recria diariamente, ao considerar todos os usuários de drogas como agressores e marginais em potencial, como se o problema estivesse intrínseco ao indivíduo que é usuário ou na substância denominada droga, e não em todo o contexto social e cultural de transformações da sociedade.

Na atualidade, a medicina, psicologia e a psiquiatria têm o foco maior em tratar os/as usuários/as de drogas a partir da parte clínica e patológica da dependência química, com visão de alguém que busca auxílio para sua toxicomania, porém, não podemos esquecer que este sujeito é um ser social histórico e abrange um sistema cultural dentro de uma ordem capitalista, marcada pelo consumo compulsivo de mercadorias, não sobre o seu valor de uso,

mas sim do seu fetiche da forma mercadoria, o qual vai além das necessidades e satisfações sociais.

Segundo Minayo (2003), as drogas não são apenas substâncias, coisas ou objetos prejudiciais, mas configuram como uma construção social que se realiza na dialética dos interesses econômicos e dos aparatos político-jurídicos e ideológicos que constituem a dinâmica da sociedade. A autora aponta que o lucro, a riqueza e a exploração, são frutos das ações humanas, que constroem valor de uso e de troca e o mercado das drogas possui as características mais avançadas do capitalismo. A droga como mercadoria não é apenas uma substância natural ou sintética, e sim criações humanas em sociedade, produtos sociais, que na dinâmica da transformação do fetiche “droga ilegal” no fetiche “lucro, dinheiro”, estão em jogo relações de produção e reprodução de riqueza, poder e simbologia;

Todavia, ainda hoje, temos o uso de algumas substâncias psicoativas relacionado ao aspecto cultural e religioso de alguns povos e países, como exemplo na religião hinduísta, em que há a crença de que o haxixe (derivado da maconha) é uma substância dos deuses, como também no culto do Santo Daime, em que há a ingestão nos rituais de uma planta psicoativa denominada “*ayahuasca*”, bem como o já citado vinho como representante do sangue de Cristo nas religiões cristãs, e o hábito de mascar folhas de coca na Bolívia e no Peru, dentre outros, os quais demonstram o caráter religioso e cultural ainda existente no uso de alguns psicotrópicos.

Sobre o uso de drogas na sociedade moderna, Gonçalves et al. (2003) descreve sobre uma nova etapa histórica que se inicia na sociedade após a Segunda Guerra Mundial, na qual sua vertente cultural é o pós-modernismo, considerado um novo estágio do sistema de produção, denominado capitalismo tardio ou multinacional, que traz consigo a sociedade do consumo, onde a busca da felicidade, do prazer e de evitar a tensão, tem na toxicomania uma representação extrema do discurso do consumo. Considerando a toxicomania como uma das saídas desse sujeito, que a qualquer preço se submete ao discurso da sociedade de consumo, em que o imperativo -“Não sofra, seja feliz!”- se apresenta como dominante.

[...] Assim, a droga – que no movimento da contracultura, iniciado a partir dos anos sessenta, possibilitava aos indivíduos compartilhar outra realidade, por meio das transformações perceptivas e do potencial crítico e transformador que liberava – agora, com o advento da criminalização, “encarna” um diferente valor de uso. Torna-se então o meio privilegiado de suportar o mal estar advindo da contemporaneidade [...] É assim que a droga entra na cultura do consumo (GONÇALVES et al., 2003, p.125).

A busca por substâncias psicoativas que propiciam ao sujeito a alteração de seu estado de consciência tem sido uma característica observada em várias culturas e povos, porém, a partir da modernidade o uso de drogas assume dimensão compulsiva e é reconhecido como doença pela Organização Mundial de Saúde e como um problema de saúde e segurança pública.

Escohotado (2004) aponta que, após longa luta pelos direitos civis no âmbito religioso e político, depois de duas guerras mundiais e superada a tensão do pós-guerra, instalou-se uma sociedade acomodada ao consumismo, num universo de grandes cidades com espaços saturados, em que vigoram satisfações progressivamente mais estereotipadas, para compensar a voraz desumanização.

Na atualidade, o problema do abuso e dependência de drogas corresponde a um desafio de abrangência mundial, envolvendo diversos setores, uma vez que diz respeito a toda a sociedade, e não apenas ao usuário de drogas.

Para Pratta e Santos (2006) o consumo de drogas é hoje um dos fenômenos sociais que mais acarretam gastos com a saúde e a justiça, além das dificuldades geradas no contexto familiar.

Conhecemos e sabemos que são inúmeras as conseqüências do uso do álcool e outras drogas para o conjunto da sociedade, trazendo consigo o aumento dos índices de violência, criminalidade, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, surgimento de doenças e transtornos mentais, conflitos nas relações sociais, absentéismo no trabalho, etc.

No que diz respeito ao uso abusivo do álcool, podemos observar que esta é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo culturalmente admitido e até incentivado pela sociedade. Entretanto, apesar de sua ampla aceitação, o uso excessivo pode provocar um quadro de dependência, ao apresentar problemas de ordem física, mental e social, embora as bebidas alcoólicas sejam consideradas produtos universais e façam parte de nossa cultura há milhares de anos, não podemos desconsiderar as conseqüências e prejuízos sobre a saúde como um todo, já que envolve o sujeito, a família e a sociedade em geral.

Sabemos que a definição teórica com relação à dependência química pode ter várias matizes e interpretações, por ser elaborada por grupos de diferentes áreas (medicina, psicologia, sociologia, direito etc.) que podem usá-la de acordo com suas interpretações e conhecimentos científicos. A etiologia do uso de álcool e de outras substâncias psicoativas é entendida como multifatorial, e destaca-se a influência da genética, da cultura do grupo, da existência prévia de hábitos de consumo na família e sua frequência, da facilidade do acesso, entre outros. Entretanto, não podemos esquecer que a dependência e o uso abusivo do álcool e

outras drogas ocorre por diversos fatores multicausais, sendo também um reflexo da sociedade capitalista e da relação conflituosa entre Capital x Trabalho.

A questão que ainda permanece em debate é: qual a relação de autonomia e liberdade do sujeito com relação ao direito a ter experiência a partir da alteração da consciência com o uso das substâncias psicoativas?

Carneiro (2005, p. 24) aponta que “as fronteiras das autonomias, das liberdades e dos direitos individuais no âmbito neurofarmacológico ainda não foram ampliadas, continuando sob a guarda combinada das autoridades médicas e policiais”, não podemos, portanto, perder de vista que por trás da “questão das drogas” residem concepções fundamentais sobre a relação entre sujeitos, sociedade e Estado.

## **1.2 Padrões de consumo de drogas**

O uso de drogas que alteram o estado mental tem acompanhado a história da humanidade e se intensificado nos últimos cem anos, ao contribuir com o surgimento e agravamento dos problemas relacionados ao consumo das substâncias psicoativas, já que, tais problemas até o século XVIII eram vistos como desvios morais e de caráter do indivíduo que era usuário.

Os primeiros estudos na tentativa de problematizar a questão do uso de substâncias psicoativas iniciaram-se com dois médicos: Benjamim Rush (1745 – 1813) e Thomas Trotter (1761 – 1832), apesar de ainda não desenvolverem critérios de diagnóstico para o uso de drogas, ambos consideraram que a embriaguez era resultado da perda do autocontrole, o qual comprometia o equilíbrio saudável do corpo. Pela primeira vez, apontaram que o consumo de drogas variava entre os usuários e que os problemas relacionados a este mudavam ao longo do tempo (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2007).

Laranjeira e Ribeiro (2007) relatam que apenas em meados do século XIX surgiram as primeiras definições médicas para o diagnóstico do uso de drogas. Em 1849, o médico sueco Magnus Huss utilizou o termo *alcoholismo* pela primeira vez, na tentativa de definir o conjunto de complicações clínicas relacionados ao uso abusivo e crônico de álcool, sendo que posteriormente, surgiram outros pesquisadores e definições relacionadas ao uso abusivo das demais substâncias psicoativas.

Os referidos autores apontam que as primeiras definições sobre o uso abusivo do álcool e de outras drogas pouco se ativeram aos aspectos psicossociais decorrentes deste consumo, deixando ainda espaços para as concepções de ordem moral e do senso comum.

O uso de substância psicoativa pode, dependendo do contexto, não ser prejudicial ou apresentar poucos riscos para quem consome, mas também pode assumir padrões de utilização altamente perigosos e de riscos, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. Neste sentido, a partir da década de 70 os cientistas Edwards e Gross (1976) propuseram o conceito de Síndrome de Dependência do Álcool.

A partir deste conceito, o uso do álcool e posteriormente de outras drogas passaram a ser visto como um problema que vai além das suas consequências clínica e física no ser humano abrangem também o aspecto mental e social, das relações humanas e sociais, contribuindo tal conceituação com o atual conceito de dependência química.

O conceito de Síndrome de Dependência do Álcool realizado por Edwards, et. al. (1977) também contribuiu com a definição dos padrões de consumo de drogas. Conforme o autor, podemos identificar diferentes tipos de usuários de álcool: o **usuário social**, que faz o uso do álcool, mas não apresenta dependência e problemas decorrentes do uso. O **usuário problema**, que não apresenta dependência do álcool, mas vivencia diversos problemas conseqüentes do uso/abuso e o **usuário dependente**, que é dependente químico do álcool e também apresenta problemas relacionados ao uso da substância, conforme demonstra a figura 1 abaixo:

**Figura 1 - Padrões de consumo de drogas I**



Fonte: EDWARDS, et al, 1977.

Duarte e Morihisa (2013) relatam que apesar deste quadro ter sido realizado por Edwards primariamente para explicar os padrões de consumo do álcool, este pode ser adaptado para diversas outras substâncias que causam dependência.

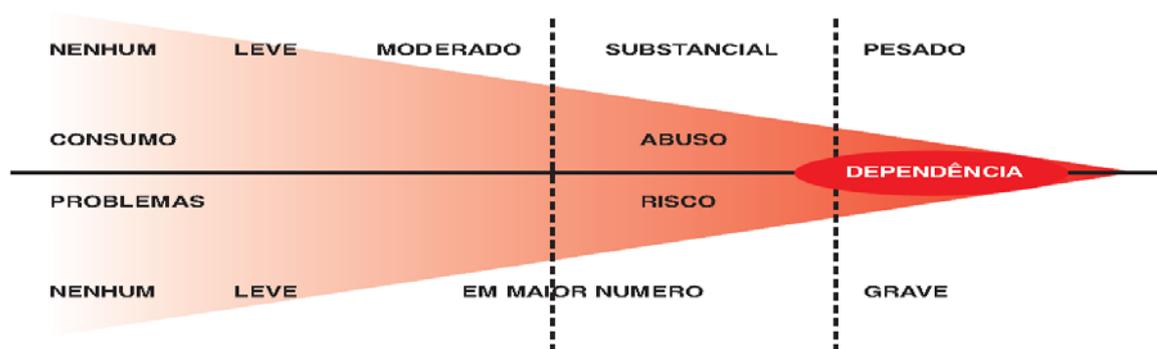
Sobre os padrões de consumo de drogas, Pratta e Santos (2006) explicam que:

Muitos indivíduos apresentam padrões de consumo que não é o uso considerado prejudicial, abusivo, ou seja, constante e em grandes quantidades, que traz danos acentuados ao indivíduo. Porém, sabemos que nenhum padrão de consumo de substâncias psicoativas está isento de riscos. (PRATTA; SANTOS, 2006, p. 316).

Todo o consumo de substância psicoativa é influenciado por uma série de fatores que podem diminuir ou aumentar o risco de complicações e consequências relacionados ao uso. Conseqüentemente, o consumo da droga e os riscos relacionados a ela, dependem da interação entre o indivíduo usuário, seu contexto sociocultural e econômico e as drogas.

Em relação à dependência de drogas, Marques e Ribeiro (2006, p. 20) apontam que “não é necessário ser dependente para apresentar problemas relacionados ao consumo”, portanto, cada pessoa desenvolve um padrão particular de consumo de drogas, o qual pode ser influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sobre o padrão de consumo de drogas e os riscos relacionados, vejamos na figura 2:

**Figura 2 - Padrões de consumo de drogas II**



Fonte: MARQUES; RIBEIRO (2006, p.20).

O conceito de uso, abuso e dependência de drogas em relação às substâncias psicoativas superou o modelo moral, que considerava o ato de beber em excesso ou usar outras drogas uma falha de caráter, e até mesmo o modelo de doença do alcoolismo, em que só se pode variar entre ser ou não portador da doença, sem variação do grau de uso, abuso e dependência. Contribui, também, para desmistificar o conceito que todo usuário de drogas apresenta definitivamente problemas imediatos com o consumo.

O uso de qualquer quantidade de substância psicoativa pode ser definida em diferentes padrões de uso de acordo com suas possíveis conseqüências. Segundo Bertolote (1997), apesar dos padrões de consumo das substâncias psicoativas não possuírem correspondência nos padrões classificadores de transtornos e doenças, estes são aceitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e muito utilizados no linguajar de quem lida com o assunto. Sendo o uso de drogas classificado em: uso experimental, uso recreativo, uso controlado e uso social de drogas. Como também o uso nocivo, abuso e dependência.

► **Uso Experimental:** Considerado os primeiros episódios de uso, sem frequência ou persistência.

► **Uso Recreativo:** Uso de uma droga, em geral ilícita, em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com dependência e outros problemas relacionados.

► **Uso Controlado:** Refere-se à manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfere com o funcionamento habitual do indivíduo.

► **Uso Social:** Pode ser entendido, de forma literal, como uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável, mas também é usado de forma imprecisa querendo indicar os padrões acima definidos.

► **Uso nocivo/abuso e Dependência:** É considerado um padrão de uso de droga no qual se aumenta o risco de conseqüências prejudiciais para o usuário. Esses padrões de uso estão representados nos sistemas classificatórios CID-10 (10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da OMS) e o DSM-IV (4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana).

Na CID-10, o termo “uso nocivo” é utilizado como aquele que resulta em dano físico ou mental. Na DSM-IV, utiliza-se o termo “abuso”, definido de forma mais precisa e considerando também conseqüências sociais de um uso problemático, na ausência de compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência, conforme podemos observar na Tabela 2:

**Tabela 2 - Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo de drogas (DSM-IV/CID10)**

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

Fonte: DUARTE E MORIHISA, 2010.

A Tabela 3 apresenta uma comparação entre os critérios de dependência que facilitam identificar o dependente de substância psicoativa, conforme as classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e da Classificação Internacional de Doenças.

**Tabela 3 - Comparação entre os critérios para dependência química (DSM-IV/CID10)**

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

Fonte: DUARTE E MORIHISA, 2010.

Segundo Ribeiro e Laranjeira (2007), o consumo de drogas que é quase sempre acompanhado de complicações, como acidentes, perda de compromissos, brigas, etc, é caracterizado como **uso abusivo ou nocivo**. Quando o consumo é frequente e de forma compulsiva, até mesmo para aliviar os sintomas da abstinência, acompanhado por problemas de ordem física, psicológica e social, é denominado **dependência química**. Os referidos autores relatam que, a partir do caráter multifatorial da gênese e manutenção do uso indevido de substâncias psicoativas, “o conceito atual de dependência considera que qualquer padrão de consumo é constantemente influenciado por uma série de fatores de proteção e risco, de

natureza biológica, psicológica e social” (p.15), portanto, nenhum padrão de consumo de substâncias psicoativas está isento de riscos.

O Ministério da Saúde aponta que os fatores de risco e de proteção para o uso abusivo de álcool e outras drogas são variados, perpassa pelo próprio indivíduo, suas relações e demais contextos sociais, apesar de considerar alguns fatores como importantes condicionantes para o risco ou proteção ao uso e/ou abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Entre os **Fatores individuais** destacam-se como:

1) Fatores de Risco: baixa autoestima; falta de autocontrole; pouca assertividade; comportamento antissocial precoce; comorbidades (ex: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) e vulnerabilidade social.

2) Fatores de Proteção: presença de habilidades sociais, flexibilidade, habilidades para resolução de problemas, facilidades de cooperação, autonomia, responsabilidade, comunicabilidade e vinculação familiar-afetiva.

Entre os **Fatores familiares** destacam-se:

1) Fatores de Risco: uso de álcool e outras drogas pelos pais; isolamento social entre os membros da família; padrão familiar disfuncional; falta do elemento paterno.

2) Fatores de Proteção: vinculação familiar; valores familiares; compartilhamento de tarefas no lar; diálogo e contato entre os membros da família; regras e rotinas domésticas.

Entre os **Fatores das relações interpessoais**:

1) Fatores de Risco: pares que usam drogas ou aprovam e valorizam o uso; rejeição sistemática de regras práticas ou atividades organizadas de qualquer ordem (familiar, escolar, religiosa ou profissional).

2) Fatores de Proteção: pares que não usam álcool/drogas ou não aprovam e valorizam o uso e envolvimento em atividades organizadas de qualquer ordem (familiar, escolar, religiosa ou profissional).

Portanto, há uma grande variabilidade de influências para o consumo e uso abusivo de drogas, os quais não podem ser reduzidos simplesmente a este ou a aquele fator de risco ou de proteção, pois podem variar de acordo com o indivíduo, país, cultura, relações sociais e demais contextos de vida da pessoa.

### 1.3 O consumo de substâncias psicoativas e o momento atual

Atualmente temos vivenciamos um crescimento acelerado do uso de substâncias psicoativas em todo o mundo, em torno de 3,3 milhões de pessoas no mundo morrem a cada ano devido ao uso nocivo do álcool, representando 5,9% de todas as mortes, após o álcool, o tabaco é a substância lícita de maior consumo, o seu uso atinge 25% da população mundial adulta, sendo que uma população estimada de 500 milhões de pessoas, atualmente vivas, morrerão pelo uso de produtos de tabaco, segundo o Escritório sobre Drogas e Crime das Nações Unidas (UNODC, 2009). No mundo todo, em torno de 172 a 250 milhões de pessoas usaram alguma droga ilícita no ano de 2007, sendo a droga de uso ilícito com a maior prevalência a maconha (entre 143 e 190 milhões de pessoas), seguida pelas anfetaminas, cocaína, opiáceos, ecstasy, dentre outras (UNODC, 2009).

Tendo em vista este aumento no consumo de drogas, torna-se indispensável a obtenção de dados epidemiológicos que dêem visibilidade a esta problemática e, Consequentemente, contribuam para a reflexão e o planejamento das políticas públicas e sociais.

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2013) houve um aumento na produção e no uso indevido de novas substâncias psicoativas no mundo, ou seja, daquelas substâncias que não estão sob controle internacional. A produção e o uso de substâncias que estão sob controle internacional permanecem em grande parte estáveis em comparação com o último Relatório Mundial no ano de 2009, apesar das tendências de oferta e demanda de drogas serem desiguais entre regiões, países e tipos de drogas.

Conforme o Relatório Mundial sobre Drogas de 2013 está havendo uma estabilidade no uso de drogas tradicionais como a heroína e a cocaína e há crescimento do mercado de novas substâncias psicoativas, as quais são comercializadas como "drogas lícitas" ou "*designer drugs*", tendo o seu consumo aumentado num ritmo acelerado, criando imensos desafios para a saúde pública.

As *Designer drugs* são consideradas as drogas planejadas e sintetizadas em laboratório a partir de outras drogas, ou seja, com análogos estruturais, como exemplo a fentanila e meperidina, que são opióides, assim como a heroína, com capacidade semelhante de bloqueio da dor e de causar euforia e serem usados como anestésicos e analgésicos de alta potência (UNODC, 2013).

Segundo o Relatório Mundial, de 2007 para 2011 houve um aumento global de 18,00% no número de pessoas que fizeram uso de drogas ilícitas, sendo que só no ano de

2011, entre 167 e 315 milhões de pessoas fizeram uso de alguma substância ilícita, o que corresponde a 3,60% a 6,90% da população entre 15 e 64 anos de idade. E embora o número de usuários de drogas ilícitas tenha aumentado, a situação global do uso de drogas mantém-se estável, pois o aumento de usuários é também um reflexo de um aumento da população mundial. Porém, observa-se que o aumento do uso combinado de várias substâncias tem sido motivo de preocupação, especialmente o uso de medicamentos com prescrição médica, como sedativos e tranquilizantes, pois mais de 60 % dos países pesquisados estão em terceiro lugar no consumo dessas substâncias.

A UNODC (2013) relata que, embora tenha havido uma estabilização no consumo mundial de drogas tradicionais como heroína e cocaína, há uma tendência de aumento no uso de drogas prescritas (medicamentos), inclusive no Brasil, estima-se que 50 milhões de pessoas no mundo façam uso diário prescrito de benzodiazepínicos, ao ponto de 1 em cada 10 adultos receber prescrições médica dessa substância ao ano e o uso de drogas estimulantes do tipo anfetamínico como os comprimidos de metanfetamina também tem sido generalizado. Em alguns países, o uso é considerado superior à taxa de consumo de drogas ilícitas. Especialmente o continente americano é o mais afetado, pois as mulheres consomem mais medicamentos psicotrópicos que os homens, o que contribui com diversos desafios para o sistema de saúde pública, tendo em vista o uso crescente e o aumento da dependência química.

Assim, a saúde e o bem-estar dos adultos, jovens, crianças, famílias e comunidades estão ameaçados pelas drogas e o narcotráfico, os quais além de ocasionar medo e instabilidade social, alimentam a corrupção e melhoram o poder das redes criminosas através dos bilhões de dólares gerados pelo tráfico.

É visível que o abuso e a dependência de drogas afeta diretamente a saúde do/a usuário/a, e do ponto de vista econômico isso se manifesta nos custos com a prevenção e tratamento, despesas de hospitalização e o aumento da morbidade e mortalidade. A maconha, cocaína e a heroína são as drogas mais consumidas, como também, seus usuários são os que mais recebem tratamento em todo o mundo, estima-se que apenas um em cada seis dos cerca de 4,5 milhões de usuários de drogas em todo o mundo recebam o tratamento que necessitam, com um custo total anual de 35.000 milhões, conforme o Relatório Anual da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (2013).

#### 1.4 O consumo de substâncias psicoativas no Brasil

Desde as primeiras pesquisas brasileiras realizadas sobre o consumo de substâncias psicoativas, estas revelam que as drogas legais como o álcool e o tabaco são as mais consumidas pela população, sendo que, as primeiras pesquisas sobre drogas no Brasil começaram a ser publicados no final dos anos 90. Segundo Galduróz (2002), no ano de 1999 foi realizado o primeiro Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, a pesquisa realizada no estado de São Paulo apontou que as bebidas alcoólicas ocupam o topo da lista das substâncias psicotrópicas mais utilizadas, 6,6% da população foram consideradas dependentes do álcool e 2% relataram ter tido problemas com o consumo da substância. O tabaco apareceu em segundo lugar na prevalência do uso de drogas na vida com 39,0%, posteriormente a maconha, solventes, cocaína, dentre outras.

Dois anos depois desta referida pesquisa, novo levantamento realizado com a população brasileira constatou um aumento estatisticamente significativo para o uso de drogas. Em 2001, a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas realizou o I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas (LENAD, 2002) em 107 cidades brasileiras com pessoas entre 12 e 65 anos de idade. Entre os adolescentes de 12 a 17 anos o uso na vida de álcool foi de 48% e de 73% para os jovens de 18 a 24 anos. Problemas relacionados ao consumo de álcool foram relatados por 4% e 10% dos entrevistados nas faixas etárias de 12-17 e 18-25 anos, respectivamente, sendo que 68% das pessoas entrevistadas relataram que já havia feito uso de álcool alguma vez na vida. A pesquisa estimou que 11,2% da população brasileira já apresentam dependência de etílicos.

No ano de 2005 foi realizado o *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil* (LENAD) pela SENAD, em parceria com a Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) e o CEBRID em 108 cidades no país. Conforme Carlini et al., (2006), os resultados desta nova pesquisa apontam que houve um aumento no consumo de bebidas alcoólicas pela população brasileira nos últimos quatro anos, segundo o levantamento 12,3% das pessoas entre 12 e 65 anos são dependentes do álcool e cerca de 75% dos entrevistados relataram terem bebido álcool alguma vez na vida, 50% no último ano e 38% nos últimos 30 dias. Houve um aumento no uso de substâncias psicoativas (SPA) no país, sendo que a maconha, os opiáceos e o crack obtiveram os maiores índices de crescimento de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, além disso, a média de idade para início do uso ficou ainda mais baixa, demonstrando um aumento do consumo entre crianças e adolescentes.

O tabaco também aparece novamente como a segunda droga mais consumida no país, sendo o tabagismo reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência à nicotina, e está associado à alta mortalidade, responsável por aproximadamente cinco milhões de mortes ao ano no mundo todo.

O hábito de fumar é considerado pela OMS a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo, com estimativas de que, a partir de 2020, de cada 10 mortes atribuídas ao tabaco, sete acontecerão nos países em desenvolvimento, onde os problemas graves associados ao tabagismo estarão em conjunto com os problemas básicos de saúde como desnutrição, deficiência de saneamento e de suprimento de água, doenças infecto-contagiosas, ainda não controladas etc, aponta o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2001).

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009) publicado pela SENAD demonstra um comparativo sobre o Iº e o IIº Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior uso na vida pela população brasileira são: maconha, solventes, orexígenos, benzodiazepínicos, cocaína e estimulantes, conforme demonstração da Tabela 4:

**Tabela 4 - Prevalência de uso de drogas**

| Droga                                 | Prevalência de uso (%)       |         |        |        |
|---------------------------------------|------------------------------|---------|--------|--------|
|                                       | 2001 <sup>1</sup><br>Na vida | 2005    |        |        |
|                                       |                              | Na vida | No ano | No mês |
| Álcool                                | 68,7                         | 74,6    | 49,8   | 38,3   |
| Tabaco                                | 41,1                         | 44,0    | 19,2   | 18,4   |
| Maconha                               | 6,9                          | 8,8     | 2,6    | 1,9    |
| Solventes                             | 5,8                          | 6,1     | 1,2    | 0,4    |
| Benzodiazepínicos                     | 3,3                          | 5,6     | 2,1    | 1,3    |
| Orexígenos                            | 4,3                          | 4,1     | 3,8    | 0,1    |
| Cocaína                               | 2,3                          | 2,9     | 0,7    | 0,4    |
| Xaropes (codeína)                     | 2,0                          | 1,9     | 0,4    | 0,2    |
| Estimulantes                          | 1,5                          | 3,2     | 0,7    | 0,3    |
| Barbitúricos                          | 0,5                          | 0,7     | 0,2    | 0,1    |
| Esteroides                            | 0,3                          | 0,9     | 0,2    | 0,1    |
| Opiáceos                              | 1,4                          | 1,3     | 0,5    | 0,3    |
| Anticolinérgicos                      | 1,1                          | 0,5     | 0,0    | 0,0    |
| Alucinógenos                          | 0,6                          | 1,1     | 0,3    | 0,2    |
| Crack                                 | 0,4                          | 0,7     | 0,1    | 0,1    |
| Merla                                 | 0,2                          | 0,2     | 0,0    | 0,0    |
| Heroína                               | 0,1                          | 0,1     | 0,0    | 0,0    |
| Qualquer droga exceto álcool e tabaco | 19,4                         | 22,8    | 10,3   | 4,5    |

Fonte: SENAD/CEBRID/. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. 2005.

<sup>1</sup> Prevalências de uso no ano e no mês não disponíveis para 2001.

Segundo a Tabela 4, em 2001 e 2005 respectivamente, a estimativa de dependentes de álcool é de 11,2% e 12,3%; e a de tabaco de 9,0% e 10,1%. No ano 2001 para 2005 houve aumento nas estimativas de uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteróides, alucinógenos e crack e diminuição nas de orexígenos, xaropes, opiáceos e anticolinérgicos. Essa diferença foi estatisticamente significativa somente para os estimulantes, um dos aspectos dessa última informação é que ela se refere ao consumo indevido de medicamentos para emagrecer, mais frequente entre as mulheres (SENAD, 2009).

Em relação ao percentual de dependentes de drogas, o Relatório Brasileiro sobre Drogas (SENAD, 2009) demonstra o comparativo de 2001 e 2005, conforme a Tabela 5:

**Tabela 5 - Dependência de drogas entre os/as entrevistados/as**

| Droga             | Dependência (%) |      |
|-------------------|-----------------|------|
|                   | 2001            | 2005 |
| Álcool            | 11,2            | 12,3 |
| Tabaco            | 9,0             | 10,1 |
| Maconha           | 1,0             | 1,2  |
| Solventes         | 0,8             | 0,2  |
| Benzodiazepínicos | 1,1             | 0,5  |
| Estimulantes      | 0,4             | 0,2  |

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

No estado de Mato Grosso, conforme os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil relatado por Carlini, E. A.; Galduróz, J.C.F. et al (2006), a distribuição e porcentagem dos entrevistados que são considerados dependentes de drogas se dividem segundo a tabela 6:

**Tabela 6 - Dados epidemiológicos**

| Drogas            | % de dependentes químicos |
|-------------------|---------------------------|
| Álcool            | 12,7                      |
| Tabaco            | 11,5                      |
| Maconha           | 0,6                       |
| Solventes         | 0,2                       |
| Benzodiazepínicos | 0,2                       |
| Estimulantes      | 0,2                       |

Fonte: CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J.C.F. et al, 2006.

Conforme os últimos levantamentos epidemiológicos realizados, as drogas mais usadas pela população são justamente aquelas que se comercializam livremente, como as bebidas alcoólicas, o cigarro/tabaco e os medicamentos psicoativos como os calmantes, ansiolíticos, antidepressivos, além das drogas em pílulas para emagrecimento, sendo o uso intensamente estimulado e associado aos maiores problemas de saúde pública em nosso país. Apesar disso, a grande maioria das pessoas não as reconhece como tal e não estão preparadas para lidar com a prevenção dos riscos e dos danos ligados ao consumo dessas substâncias, pois os problemas relacionados ao uso do álcool e outras drogas podem repercutir tanto na saúde do usuário com em todo o seu contexto social.

O álcool é considerado a droga mais consumida mundialmente e o seu uso social ou problemático atinge de 10% a 12% da população mundial. No Brasil, cerca de 60% dos acidentes de trânsito são provocados por pessoas alcoolizadas e em média 70% dos laudos cadavéricos de pessoas que morreram de forma violenta verificou-se a associação com o álcool, sendo esta uma droga difundida em todas as classes sociais, estando presente em quase todas as comemorações e festas no mundo todo, com o seu uso culturalmente admitido e até mesmo incentivado (MARQUES e RIBEIRO, 2006).

Em relação ao consumo de cocaína, no Brasil mais que dobrou em menos de dez anos e já são quatro vezes superior à média mundial, conforme aponta o Relatório Mundial sobre Drogas - UNODC (2013). Atualmente o consumo brasileiro de cocaína é de 1,75% da população, bem superior à média mundial que é de 0,4% da população, havendo um aumento substancial do uso nos últimos anos. Segundo o informe anual, o Brasil tem um importante papel no mercado global dessas drogas, tanto como um país de destino, como de trânsito dos entorpecentes, consolidando-se como um importante mercado fundamental para a rota da cocaína e outras drogas. Em relação à maconha, esta continua sendo a droga mais consumida na América do Sul, por cerca de 14,9 milhões de pessoas, o número é 4,5 vezes o total dos usuários de cocaína.

Conforme o I Levantamento Nacional sobre o uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários de 27 capitais brasileiras realizado pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD, 2010), apenas 11,2% dos universitários disseram não ter experimentado substâncias psicotrópicas na vida e, dos 88,8% que experimentaram, 49% fizeram uso de pelo menos uma droga ilícita. Os universitários superaram a população em geral no uso de drogas tanto lícitas como ilícitas, em qualquer que seja o critério de medida do consumo: uso na vida, uso nos últimos 12 meses ou uso nos últimos 30 dias.

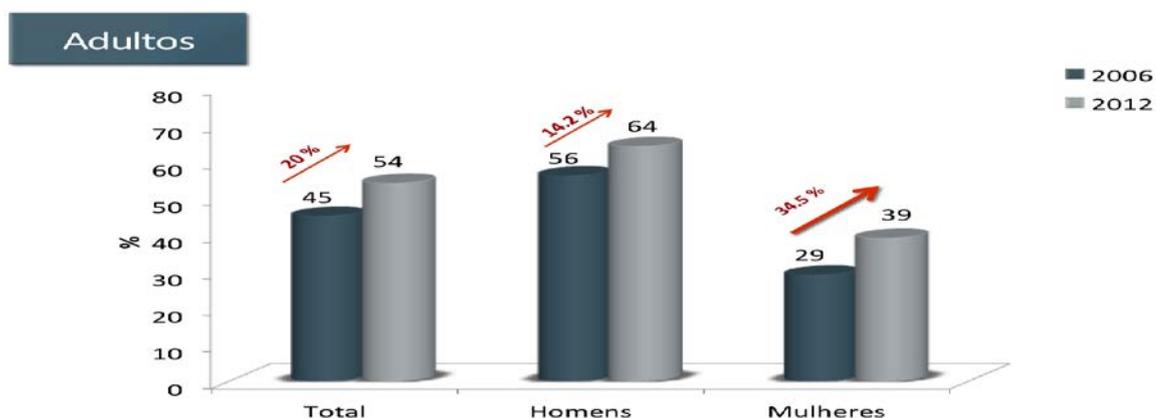
Portanto, segundo a SENAD (2010), os universitários bebem, fumam e usam mais drogas ilícitas do que o restante da população, não só no Brasil, mas em vários países do mundo. Seguindo a tendência mundial na relação entre drogas e gênero, o Iº Levantamento Nacional sobre o uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas realizado entre Universitários aponta que os homens experimentam com maior frequência o álcool, inalantes, esteróides anabolizantes, cocaína e crack, mas o uso recreacional de medicamentos prescrito é mais comum entre as mulheres, principalmente os tranqüilizantes e anfetamínicos, sendo que 4,3% das estudantes fizeram uso de anfetamínicos pelo menos uma vez na vida, e 5,0% fizeram de ansiolíticos.

O Relatório Mundial sobre álcool e saúde (2014) relata que existem diferenças de gênero também em relação ao consumo do álcool, na mortalidade e morbidade, bem como nos níveis e padrões de consumo da substância. A porcentagem de mortes atribuíveis ao álcool entre os homens ascendem a 7,6% de todas as mortes globais em comparação a 4,0 % de todas as mortes entre as mulheres de álcool. O total do consumo per capita em 2010 entre os bebedores do sexo masculino e feminino em todo o mundo foi, em média, 21,2 litros para homens e 8,9 litros de álcool puro para as mulheres.

O segundo e último Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD (2014) realizado pela UNIFESP relata que, embora a maconha seja a droga ilícita mais consumida na maioria dos países e dos jovens, a cocaína é o entorpecente preferido entre as entrevistadas do sexo feminino. Segundo os resultados 2% das mulheres entrevistadas consomem cocaína, contra 1,4% que fumam maconha e entre a população jovem em geral, a prevalência do consumo de maconha é de 4,8% e o de cocaína, 3,4%.

Em relação ao consumo do álcool, que é a droga mais consumida no mundo, o LENAD (2014) mostrou que, embora não tenha aumentado significamente a quantidade de pessoas que bebem álcool no Brasil, houve um aumento do comportamento de uso nocivo, o qual também está relacionada as mulheres. Na população geral, houve um aumento de 20% na proporção de bebedores frequentes (que bebem uma vez por semana ou mais), que subiu de 45% para 54% entre bebedores. E entre o sexo feminino, a proporção do aumento foi de 29% em 2006 para 39% de bebedoras frequentes em 2012. As mulheres são consideradas a população com mais risco e que bebem de forma mais nociva, conforme demonstra a figura 3:

**Figura 3 - Padrão de consumo do álcool**



Fonte: LENAD, 2014.

Segundo os/as pesquisadores/as do II LENAD, a preferência das mulheres pelo uso da cocaína, entre outros fatores, pode estar relacionado a estética, pois a substância inibe o apetite, ao contrário da maconha que é a droga ilícita mais utilizada no Brasil, a qual é conhecida por abrir o apetite.

O aumento do consumo de drogas também está relacionado às mudanças no papel da mulher e de gênero na sociedade, a sua entrada no mercado de trabalho, nas profissões, estudos, contribui com a maior liberdade e independência feminina, também para o consumo de drogas. O vocábulo gênero é usado para se referir as diferenças socialmente impostas entre as características e papéis masculinos e femininos, visto que, sexo é fisiológico e gênero é cultural sociológico (VIEZZER, 1989, p.107).

Para a referida autora, gênero é um conceito que serve para analisar a relação entre a subordinação das mulheres e a mudança social e política. O gênero de um ser humano é o significado social e político historicamente atribuído ao seu sexo.

O aumento do consumo de substâncias psicoativas por mulheres demonstra, portanto, uma mudança nas relações de gênero e no papel social das mulheres, que tem apresentado com maior frequência comportamentos historicamente tidos como mais “masculinos”, como trabalhar fora de casa, exercer qualquer profissão, embriagar-se, usar outras drogas, etc.

Segundo Saffioti (1987), a identidade social da mulher, assim como a do homem, é construída através da atribuição de distintos papéis, que a sociedade espera verem cumpridos para ambos os sexos.

A sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os espaços em que pode atuar o homem, não sendo difícil observar que homens e mulheres não ocupam

posições iguais na sociedade e ainda apresentam comportamentos sociais diferenciados (SAFFIOTI, 1987, p. 08).

Conforme Viezzer (1989), gênero situa, enquanto categoria de análise, o problema universal da subordinação da mulher ao homem onde, de fato, ele se encontra: nas relações sociais estabelecidas entre homens e mulheres, e não apenas nas mulheres, como uma categoria à parte.

Gênero é um fenômeno histórico, uma construção social, ou seja, torna-se mulher ou homem e isso não depende apenas da fisiologia, mas envolve assumir comportamentos e desempenhar funções consideradas femininas ou masculinas. Isso implica em considerar que, o ser humano nasce macho ou fêmea, e se torna homem ou mulher através de divergentes comportamentos, que são construídos socialmente. A única diferença natural entre os seres humanos é o fato biológico de nascer fêmea ou macho da espécie humana, como traço individual - a partir daí, o resto é social (SAFFIOTI, 1987, p. 105).

O gênero, portanto, tem sido apontado como um fator que pode interferir no consumo e comportamentos relacionados ao uso de drogas. As referidas pesquisas destacam o atual aumento do consumo de drogas entre as mulheres, especialmente aquelas consideradas estimulantes como os medicamentos psicotrópicos prescritos e a cocaína. Embora tais dados indiquem uma mudança de comportamento para a igualdade de gênero entre homens e mulheres, estes também trazem em si riscos consideráveis, pois de uma maneira geral as mulheres apresentam maior vulnerabilidade aos danos físicos, psíquicos e sociais causados pelo uso de drogas, tais como doenças sexualmente transmissíveis, violência doméstica e sexual, além das conseqüências que podem ser maiores quando o uso é realizado durante a gestação e a amamentação, sendo considerado um motivo de preocupação para a saúde pública e a sociedade como um todo, necessitando de maior atenção e intervenção do Estado.

Considerando aumento no consumo das substâncias psicoativas, outra questão de relevância pública tem sido o aumento do número de internações por uso de drogas ilícitas no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, o qual já está próximo do número de internações por dependência do álcool (RODRIGUES, 2014).

As internações financiadas pelo SUS para dependentes de drogas ilícitas cresceram 128% no período de 2006 a 2012, equiparando-se ao número de internações por dependência de álcool. Rodrigues (2014) relata que no total das internações por dependência química, o SUS registrou 301.716 internações no ano de 2012, os usuários de drogas ilícitas

correspondem a 48% das internações e os dependentes do álcool eram os outros 52%. Portanto, a alta expressiva no atendimento aos dependentes de substâncias ilícitas não se repete no tratamento aos dependentes de álcool, cujas internações tiveram queda de 10% no período, permanecendo estáveis desde o ano de 2009, conforme a tabela 7:

**Tabela 7- Internações em dependência química**

**Internações SUS em hospitais por diagnóstico de dependência**

| <b>Diagnóstico</b>     | <b>2006</b>    | <b>2007</b>    | <b>2008</b>    | <b>2009</b>    | <b>2010</b>    | <b>2011</b>    | <b>2012</b>    |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Álcool</b>          | 173.302        | 170.740        | 163.486        | 158.016        | 154.266        | 154.248        | 156.398        |
| (% do total)           | 73%            | 68%            | 64%            | 60%            | 57%            | 55%            | 52%            |
| <b>Drogas ilícitas</b> | 63.766         | 79.148         | 93.452         | 104.346        | 118.278        | 127.470        | 145.318        |
| (% do total)           | 27%            | 32%            | 36%            | 40%            | 43%            | 45%            | 48%            |
| <b>Total</b>           | <b>237.068</b> | <b>249.888</b> | <b>256.938</b> | <b>262.362</b> | <b>272.544</b> | <b>281.718</b> | <b>301.716</b> |

*Fonte: Senad/MJ*

Fonte: RODRIGUES, 2014.

Durante este período, o número total de internações cresceu 27%, de 237.068 para 301.716, sendo que o uso de crack e cocaína dominam as internações por dependência de drogas. Um fato relacionado ao aumento de internações também se deve a maior procura por tratamentos devido à ampliação da rede de cuidados ao dependente químico, como a implantação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) nos municípios brasileiros com mais de 80.000 habitantes.

Rodrigues (2014) aponta que para o Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas, Vitore Maximiano, o aumento de internações de dependentes de substâncias ilícitas não reflete necessariamente um maior uso desses entorpecentes. “Houve ampliação da rede de cuidados ao dependente químico e do número de leitos disponíveis pelo SUS” relata o autor em seu *blog*.

Conforme o Relatório Mundial sobre Drogas (2013), a situação relacionada com o consumo de substâncias psicoativas e o tráfico de drogas ilícitas permanecem estáveis nos últimos anos. No entanto, o relatório aponta que ainda cerca de 200.000 pessoas no mundo continuam a morrer a cada ano devido ao envolvimento de alguma forma com as drogas ilícitas.

Tais dados epidemiológicos e de levantamentos realizados e citados, mostram claramente como o consumo excessivo de drogas tem se tornado um relevante problema social e de saúde pública no Brasil e no mundo. Apesar de ainda ser comum, nos dias de hoje, a rotulação do usuário de drogas como um indivíduo portador de problemas morais e de

personalidade, que apresenta a irresponsabilidade e a “falta de caráter” como suas principais características.

Não podemos, portanto, desconsiderar as conseqüências e prejuízos diversos do uso abusivo de drogas em todo o contexto social, o que demonstra a necessidade de maior intervenção do Estado e de expansão das políticas sobre drogas na área da prevenção e tratamento, como também de todas as demais políticas públicas e sociais, com o objetivo de melhoria nas condições de vida da população. Compreendendo a saúde conforme definiu a Organização Mundial de Saúde - OMS em 1948: um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades, e que o gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição econômica ou social (OMS, 1987).

## 2 O AMBIENTE DE TRABALHO E O USO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

### 2.1 A categoria trabalho na visão marxista

Na contemporaneidade, o trabalho tem sido discutido sobre diversos aspectos e enfoques ideológicos, tendo em vista o desemprego em massa e a proposta de emprego anunciada como meta política e social em todo o mundo. Nas últimas décadas, o capitalismo tem vivenciado um quadro de crise que como consequência provocou profundas mudanças no mundo do trabalho. Dentre as principais alterações destacam-se o próprio conceito de trabalho, as novas formas de gestão e organização do trabalho, a superexploração, a precarização do trabalho e o desemprego. Tais mudanças são aprofundadas com a denominada “revolução da microeletrônica” ou “Terceira Revolução Industrial” que tem como principal característica o uso de tecnologias avançadas no sistema de produção, a exigir mais qualificação e produzir por outro lado menos empregos.

Assim, o processo de acumulação ilimitada de capital comanda a sociedade, numa busca insaciável pelo lucro, pela produção do excedente, em detrimento do trabalhador e do sentido do trabalho, em vista da acirrada concorrência capitalista no plano mundial.

Ao considerar nesta dissertação que temos como discussão central o tema drogas relacionadas aos trabalhadores/as e o ambiente de trabalho, realizamos uma breve reflexão sobre a categoria trabalho na sociedade capitalista contemporânea, à luz da teoria marxista, pois consideramos que foi a partir do desenvolvimento do sistema capitalista que o trabalho teve mudanças expressivas em seu sentido e nas relações humanas e sociais.

O trabalho é a condição básica e fundamental de toda a vida humana, pois a partir do trabalho que o ser humano - ser social - se distingue dos demais animais, por ser este dotado de consciência, podendo prever o desenho e a forma que querem dar ao seu objeto de trabalho. Conforme o autor, a história da realização do ser social [...] objetiva-se através da produção e reprodução da sua existência, ato social que se efetiva pelo trabalho (ANTUNES, 2011, p.142).

Marx (1983) afirma que o trabalho é uma categoria fundante do ser social, porque é condição para sua existência e que a partir dele o ser humano transforma a natureza e também altera a sua própria natureza, num processo recíproco que o converte em um elemento central do desenvolvimento da sociabilidade humana.

Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediações do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, vida humana (MARX, 1983, p. 50)

Porém, apesar do trabalho ser considerado fundante da vida humana, da sociabilidade e de do processo de humanização, por outro lado, a sociedade capitalista o transformou em trabalho assalariado e em mercadoria, de forma alienada e fetichizada, tornando-se um meio de subsistência ao ser humano.

Marx (2004) reflete sobre o trabalho na sociedade capitalista, determinado pelas contradições da propriedade privada, destacando-o como elemento de subordinação ao capital, considerado trabalho estranhado, de sacrifício e mortificação do ser social. O autor analisa a condição particular do trabalho no modo de produção burguês, considerando que o trabalho perde sua condição fundamental de ser uma atividade vital humana e torna-se uma atividade estranhada (*entfremdete*), que conduz o/a trabalhador/a à perda de sua essência ao objetivar-se nos produtos do trabalho.

Mas, se por um lado, podemos considerar o trabalho como um momento fundante da vida humana, ponto de partida do processo de humanização, por outro, a sociedade capitalista o transforma em trabalho assalariado, alienado fetichizado. O que era uma finalidade central do ser social converte-se em meio de subsistência (ANTUNES, 2013, p. 08).

Assim, o trabalho aparece em sua forma negativa, na qual o ser humano trabalha não para se realizar e sentir como ser livre e criativo, mas sim para satisfazer os interesses do Capital, como também de suas necessidades básicas e imediatas, como comer, beber, vestir-se etc. Esse é o aspecto negativo do trabalho na sociedade moderna e capitalista, e se desvela tal fato porque concebe “a interconexão essencial entre a propriedade privada, a ganância, a separação de trabalho, capital e propriedade da terra, de troca e concorrência etc., de todo esse estranhamento com o sistema do dinheiro” (MARX, 2004, p. 80).

Dessa maneira, a atividade considerada vital – o trabalho, deixa de figurar como realização do ser humano e surge como o trabalho de um outro, para um outro, causa a perda de si do trabalhador, através do auto-estranhamento, em não se reconhecer naquilo que ele produz.

Para Marx (2004) o trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadorias criam.

Desse modo, há uma super valorização do mundo das coisas e das mercadorias em detrimento da valorização do ser humano, sendo este o processo de estranhamento humano no trabalho.

[...] o trabalho é *externo (äusserlich)* ao trabalhador, isto é, não pertence ao seu ser, que ele não se afirma, portanto, em seu trabalho, mas nega-se nele, que não se sente bem, mas infeliz, que não desenvolve nenhuma energia física e espiritual livre, mas mortifica sua *physis* e arruina o seu espírito. O trabalhador só se sente, por conseguinte e em primeiro lugar, junto a si [quando] fora do trabalho e fora de si [quando] no trabalho. Está em casa quando não trabalha e, quando trabalha, não está em casa. O seu trabalho não é portanto voluntário, mas forçado, *trabalho obrigatório*. O trabalho não é, por isso, a satisfação de uma carência, mas somente um *meio* para satisfazer necessidades fora dele. Sua estranheza (*Fremdheit*) evidencia-se aqui [de forma] tão pura que, tão logo inexista coerção física ou outra qualquer, foge-se do trabalho como de uma peste (ANTUNES, 2013, p. 80, 82 e 83).

Neste trabalho estranhado, o ser humano perde sua consciência genérica, estranha-se do seu ser social e sua atividade vital – o trabalho, torna-se apenas um meio para satisfação de suas necessidades físico-biológicas. O/a trabalhador/a se torna, portanto, um servo do seu objeto, porque necessita do trabalho como meio de subsistência.

O estranhamento do trabalhador em seu objeto se expressa, pelas leis nacional-econômicas, em que, quanto mais o trabalhador produz, menos tem para consumir; que quanto mais valores criam, mais sem valor e indigno ele se torna; quanto melhor formado o seu produto, tanto mais deformado ele fica; quanto mais civilizado seu objeto, mais bárbaro o trabalhador; que, quanto mais poderoso o trabalho, mais impotente o trabalhador se torna; quanto mais rico de espírito o trabalho, mais pobre de espírito e servo da natureza se trona o trabalhador (ANTUNES, 2013, p. 144).

Neste sentido, há uma perda do significado do trabalho a partir da sua transformação em mercadoria e objeto no sistema capitalista. Assim, o trabalho produz maravilhas e riquezas para os ricos, latifundiários e donos dos meios de produção, e por outro lado, pobreza, dependência e miséria para os/as trabalhadores/as.

[...] O trabalhador se torna, portanto, um servo do seu objeto. Primeiro, porque ele recebe um objeto do trabalho, isto é, recebe trabalho; e, segundo, porque recebe meios de subsistência. Portanto, para que possa existir, em primeiro lugar, como trabalhador e, em segundo, como sujeito físico. O auge desta servidão é que somente como trabalhador ele [pode] se manter como sujeito, e apenas como sujeito físico ele é trabalhador (ANTUNES, 2013, p. 143-144).

Por outro lado, Lessa (2007) defende que é por meio do trabalho que a reprodução social se funda.

[...] é a partir dele que a transformação da natureza ocorre para a satisfação de necessidades, garantindo assim, a reprodução da sociedade. [...] é no trabalho, [...] que temos a transformação da natureza nos meios de produção e de subsistência indispensáveis à reprodução social. É no trabalho que ocorre a reprodução da base material das sociedades (LESSA, 2007, p. 47).

Portanto, somente o trabalho possui o caráter de mediação entre o homem e a mulher enquanto ser social em conjunto com a natureza, sendo que nesta relação, o ser humano transforma a natureza e a si próprio, produzindo através do trabalho, valores de uso que sirvam para satisfazer necessidades humanas e sociais, dando origem ao ser social e diferenciando-o dos demais animais.

Somente o trabalho tem como sua essência ontológica, um claro caráter intermediário: ele é, essencialmente, uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza, tanto inorgânica (utensílios, matéria-prima, objeto de trabalho, etc.) como orgânica, inter-relação que [...] antes de mais nada assinala a passagem, no homem que trabalha, do ser meramente biológico ao ser social (LUKÁCS, 1981, p. 04).

Para Marx (2004) a partir do desenvolvimento do sistema capitalista e da propriedade privada institui-se, historicamente, a separação entre trabalho e capital, isto é, entre os donos dos meios de produção (burguesia) e a classe trabalhadora.

Em outras palavras, a separação entre os produtores e os produtos, entre a essência subjetiva da propriedade e a sua essência objetiva, o que origina todo o processo de perda-de-si do ser humano.

Neste sentido, o trabalho, que deveria contribuir com o bem-estar, liberdade e desenvolvimento social dos indivíduos, cria, na verdade, sob a égide do capitalismo, uma realidade de sofrimento, exploração e pobreza para a maior parte da população, a classe trabalhadora.

[...] O trabalho mesmo se torna um objeto, do qual o trabalhador só pode se apossar com os maiores esforços e com as mais extraordinárias interrupções. A apropriação do objeto tanto aparece como estranhamento que, quanto mais objetos o trabalhador produz, tanto menos pode possuir... Quanto mais o trabalhador se desgasta trabalhando, tão mais poderoso se torna o mundo objetivo, alheio que ele cria diante de si, tão mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior, [e] tanto menos [o trabalhador] pertence a si próprio (ANTUNES, 2013, p. 142).

Assim, no modo capitalista de produção, o/a trabalhador/a torna-se uma mercadoria miserável e sua miséria aumenta na mesma proporção da grandeza de sua produção, considerando este o aspecto negativo do trabalho na sociedade moderna. O/a trabalhador/a, portanto, torna-se mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão.

O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadoria cria. Com a valorização do mundo das coisas (Sachenwelt) aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens (Menschenwelt). O trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e isto na medida em que produz, de fato, mercadorias em geral (MARX, 2004, p. 80).

Nas relações de produção capitalista, o trabalho torna-se uma mercadoria, como também gera mercadoria, pois o/a trabalhador/a produz bens, serviços e objetivos, os quais são considerados mercadorias para posterior geração de renda e lucro ao capitalista, como também, o trabalhador vende a sua força de trabalho, que é considerada uma mercadoria para o Capital.

Marx diz que o/a trabalhador/a é despojado dos objetos mais necessários não somente à vida, mas também dos objetos do trabalho. “[...] A apropriação do objeto tanto aparece como estranhamento (*Entfremdung*) que, quanto mais objetos o trabalhador produz, tanto menos pode possuir e tanto mais fica sob o domínio do seu produto, do capital” (MARX, 2004, p. 80-81).

As diversas manifestações de estranhamento do trabalho atingiram, além do espaço da produção, também a esfera do consumo e da vida fora do trabalho, em um sistema produtor de mercadorias. “O ser social que trabalha deve somente ter o necessário para viver, mas deve ser constantemente induzido a querer viver para ter e sonhar com novos produtos” (ANTUNES, 2011, p.94).

Desse modo, o/a trabalhador/a torna-se um prisioneiro dentro do sistema capitalista de produção, ao ter que vender sua força de trabalho para a sua subsistência, não se reconhece naquilo que ele produz, reproduzindo ainda os valores consumistas e mercadológicos do próprio sistema capitalista, na qual tudo se torna mercadoria.

Lukacs (1981) aponta que o reino da necessidade humana não é desenvolvido de forma que o trabalho seja um modo de libertar o ser humano e nem aprisioná-lo.

O gênero humano pressupõe um nível do reino da necessidade do qual, no

presente momento, ainda estamos muito longe. Só quando o trabalho [...] tiver em si a possibilidade de ser ‘não apenas meio de vida’ mas ‘o primeiro carecimento da vida, só quando a humanidade tiver superado qualquer caráter coercitivo em sua própria autoprodução, só então terá sido aberto o caminho social da atividade humana como fim autônomo (LUKACS, 1981, p. 39-40).

Certamente, a perversidade do trabalho na sociedade capitalista descaracteriza o objetivo principal do trabalho, tornando-o meio de suprir as necessidades básicas do ser humano para a sobrevivência e não de realização humana e social.

O homem que não disponha de nenhum tempo livre, cuja vida – afora as interrupções puramente físicas, do sono, das refeições etc. – esteja toda ela absorvida pelo seu trabalho para o capitalista, é menos que uma besta de carga. É uma simples máquina, fisicamente destroçada e brutalizada intelectualmente, para produzir riqueza para outrem. E, no entanto toda a história da indústria moderna revela que o capital, se não tiver um freio, tudo fará, implacavelmente e sem contemplações, para conduzir toda a classe operária a esse nível de extrema degradação (ANTUNES, 2013, p. 89).

O contexto do trabalho no sistema capitalista, também trás consigo mazelas físicas e mentais ao trabalhador, conseqüência da exploração, das condições e organização do trabalho. Os adoecimentos laborais, segundo Alves (2013) expressam uma das formas prementes de precarização do trabalho nas condições do capitalismo global; a precarização do homem-que-trabalha.

Desse modo, a precarização do trabalho que ocorre hoje, sob o capitalismo global, seria não apenas “precarização do trabalho” no sentido de precarização da mera força de trabalho como mercadoria; mas seria também “precarização do homem-que-trabalha”, no sentido de desefetivação do homem como ser genérico (ALVES, 2013, p. 15).

Assim, o modo de produção capitalista, tem contribuído com a perda do significado e sentido do trabalho, que significa uma ameaça à natureza humana e externa ao ser humano, ao se ter em vista também as mazelas e os problemas ecológicos e ambientais.

Alves (2013) aponta que tanto a degradação ambiental quanto a degradação da saúde do homem-que-trabalha estão ligados na relação do metabolismo humano com a natureza, o qual se expressa na organização concreta do trabalho.

E hoje, no século XXI, não é apenas a crise da Natureza externa, mas a crise do trabalho vivo e de sua degradação social em virtude da exploração e espoliação da sua corporalidade viva - corpo e mente - pelo capital. Assim, tanto o ser humano quanto a natureza, se encontram ameaçados pelo modo

capitalista de produção (ALVES, 2013, p.17).

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho são responsáveis pela sobrecarga elevada na produção, como também as exigências devido o aumento da produtividade e competitividade, gerando Consequentemente o aumento na exploração e no sofrimento do/a trabalhador/a.

Segundo Dejours (1992), o sofrimento tem origem na mecanização e robotização das tarefas, nas pressões e imposições da organização do trabalho, que reflete no trabalhador/a um sentimento de incapacidade e incompetência diante dessa realidade. De qualquer maneira, o trabalho não é neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença seja a saúde.

O sofrimento do trabalhador configura-se como uma vivência de experiências dolorosas, como angústia, medo e insegurança, provenientes de conflitos e de contradições originados do confronto entre desejos e necessidades do trabalhador e as características de determinado contexto de produção. Assim, o sofrimento instala-se quando a realidade não oferece possibilidades de gratificação dos desejos do trabalhador. Situações de trabalho que gerem sofrimento permanente, sem a possibilidade de negociação entre o sujeito e a realidade, podem desencadear perturbações psíquicas e psicossomáticas. Nas condições de trabalho é o corpo que recebe o impacto, enquanto que na organização do trabalho o alvo é o funcionamento mental (DEJOURS, 1992, p.78).

Consequentemente, as más condições de trabalho trazem prejuízos para o corpo como também para a mente e o espírito.

Nas últimas décadas, em nível mundial, especificamente a partir dos anos 70 inicia-se um período de crise estrutural do Capital e de reforma do Estado, como parte de um processo global de reestruturação capitalista mundial, estabelecendo uma nova etapa de desenvolvimento do Capital, capaz de exercer maior controle e domínio da produção e da força de trabalho.

[...] A atual crise é estrutural do sistema capitalista, e tem como raiz profunda o excesso de capacidade de produção que não encontra retorno nas vendas, o que, no início dos anos 1970, leva a uma forte queda da taxa de lucro, derivando assim em diversas manifestações e crises particulares (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 183).

Por conseguinte, a crise econômica mundial e a necessidade de enxugamento do Estado atingiram-se diretamente a área social, o Estado de Bem Estar Social - Welfare State e as condições de vida da classe trabalhadora, ao consolidar um processo de regressão da social-democracia e de mudanças no processo de regulação social, em vista do desenvolvimento do

ideário neoliberal, de investimento mínimo no social e máximo no Capital, ao repercutir diretamente no mundo do trabalho e no dia-a-dia dos/as trabalhadores/as. No Brasil, tais mudanças repercutiram mais acentuadamente a partir da década de 90 e Antunes (2011) aponta que a partir deste período, houve aumento do trabalho informal, terceirizado, desemprego, rebaixamento salarial, precarização exarcebada e perda crescente de direitos.

E nesse quadro, caracterizado por um processo de precarização estrutural do trabalho, os capitais globais estão exigindo também o desmonte da legislação social protetora do trabalho. E flexibilizar a legislação social do trabalho significa [...] aumentar ainda mais os mecanismos de extração do sobretrabalho, ampliar as formas de precarização e destruição dos direitos sociais arduamente conquistados pela classe trabalhadora (ANTUNES, 2011, p. 109).

Dessa maneira, torna-se cada vez mais distante o sentido do trabalho como uma categoria integradora para o ser humano, pela qual pode criar e reconhecer-se enquanto indivíduo e ser social, pois alienado, torna-se apenas um produtor e consumidor do Capital, que deixa de buscar sua identidade e reconhecimento nas atividades que executa.

Ao considerar a reestruturação produtiva do capital e a crise atual, o trabalho mais formalizado e regularizado, da era taylor-fordista, tem sido amplamente substituído pelo trabalho precarizado, informal, terceirizações, subempregos, uma era do trabalho cada vez mais em condições de precariedade. “Temos, então, a erosão dos empregos e a corrosão do trabalho” (ANTUNES, 2013, p.22).

Assim, a terceirização e a informalidade da força de trabalho vêm se constituindo como mecanismos centrais, implementados pela engenharia do capital, para aumentar a exploração do trabalho, valorizando o capital. Para Antunes (2013) quanto mais essa processualidade se intensifica, maior é o movimento propulsor da precarização estrutural do capital.

Sabemos, portanto que, a emancipação humana universal e conseqüentemente dos trabalhadores está relacionada à emancipação da sociedade capitalista, pois toda a opressão humana está envolvida na relação do trabalhador com a produção, e todas as relações de servidão são apenas conseqüências dessa relação.

Neste sentido, torna-se imprescindível as lutas e movimentos sociais contrários à lógica destrutiva do capital, que lutam para a ampliação dos direitos e das políticas sociais, na busca da melhoria das condições de vida, trabalho e cidadania para a classe trabalhadora.

A melhoria das condições de vida e de trabalho e, portanto, de saúde dos/as trabalhadores/as não pode ser dissociada do desenvolvimento das lutas e reivindicações

operárias em geral.

Na conquista do trabalho social, dotado de significados e de uma dimensão humana e societal, este deixaria de ter um caráter fetichizado e estranhado, garantido um sentido de auto-atividade, abriria possibilidades efetivas para um tempo livre cheio de sentido além da esfera do trabalho, o que é uma impossibilidade na sociedade regida pela lógica do capital (ANTUNES, 2013, p. 203).

## **2.2 Drogas, ambiente de trabalho e a saúde do/a trabalhador/a**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em média 10 % da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, etnia, escolaridade e condições financeiras. Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica moralista, psiquiátrica ou médica, porém, as implicações sociais, psicológicas, econômicas, políticas e no ambiente de trabalho são evidentes e devem ser consideradas na compreensão global deste problema (OMS, 2001 apud BRASIL, 2003).

O ser humano faz uso de substâncias que alteram quimicamente seu organismo e sua percepção da realidade desde a sua existência, contudo, jamais tais substâncias foram produzidas e distribuídas de maneira tão eficiente e problemática como na sociedade industrial.

Conforme Menéndez (1990), a dependência do álcool se soma ao considerável número de problemas enfrentados pela modernidade e constitui uma das principais causas de mortes em países latino-americanos, contudo, este ainda precisa ser melhor percebido como fenômeno social, tendo em vista o processo de alcoolização que temos vivenciado.

No Brasil, conforme o Ministério da Saúde, 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008).

Diante desta realidade social, prevenir o uso abusivo de drogas constitui ação de inquestionável relevância nos mais diversos contextos sociais – família, comunidade, escola, ambiente de trabalho etc, tendo em vista as diversas consequências e prejuízos associados ao abuso e à dependência das substâncias psicoativas.

Em relação ao uso de droga e trabalho, a UNODC (2014) relata que os custos com o abuso de drogas frequentemente citado é o da perda de produtividade, o que pode ocorrer quando os consumidores, sob a influência de drogas experimentam as consequências do seu consumo (por exemplo, durante o tratamento ou estão na prisão ou em ambiente hospitalar).

O referido Relatório aponta que o custo dessa perda de produtividade para os empregadores, reflete-se em dezenas de bilhões de dólares, conseqüente do custo da não-participação no mercado de trabalho. Nos Estados Unidos, por exemplo, a perda de produtividade como resultado da não-participação no mercado de trabalho é notável e está entre 120.000 milhões (ou seja, 0,9% do PIB) no ano de 2011, o que representa um 62% de todos os custos associados com as drogas (UNODOC, 2014).

Dados fornecidos por estudo realizado pela Universidade de Harvard indicam que das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo, e apesar de juntas causarem somente 1,4% de todas as mortes, as condições neurológicas e psiquiátricas foram responsáveis por 28% de todos os anos vividos com alguma desabilitação para a vida. O álcool é responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes do mundo e de 2,5% do total de anos vividos ajustados para a incapacidade, incluindo transtornos físicos, como cirrose hepática e miocardiopatia, até lesões decorrentes de acidentes de automóvel e em indústrias (BRASIL, 2003).

Sobre o uso de drogas e o ambiente de trabalho, Campbell e Graham (1991) apontam que:

No local de trabalho, os sintomas físicos são difíceis de perceber. No estágio inicial, um empregado pode aparecer competente e tendo tudo sob controle. Mas, após alguns anos, na medida em que as substâncias químicas se acumulam no corpo, surgem alterações na personalidade [...] o empregado pode tornar-se irritadiço, esquecido, freqüentemente ansioso e paranóide, às vezes desorientado. A produtividade se deteriora e eventualmente ele ficará incapaz de realizar até as tarefas mais simples (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 64).

Neste sentido, observa-se a importante relação entre o uso de drogas, trabalho e a saúde do trabalho. É no local de trabalho que o/a trabalhador/a passa a maior parte do seu tempo cotidianamente, como também estabelece os relacionamentos interpessoais que contribuem para uma identidade pessoal, social e profissional, onde “bebedores-problema e usuários de outras drogas-problema criam situações desagradáveis no local de trabalho”. Como os alcoólicos, os usuários de drogas causam acidentes e custam dinheiro aos

empregadores (CAMPBELL; GRAHAM, 1991, p. 17).

Conforme a Organização Internacional do Trabalho - OIT (1993), de 10% a 12% da população economicamente produtiva, ou seja, que estão no mercado de trabalho, tem problemas de uso abusivo ou dependência do álcool, dados de pesquisas, indicadores epidemiológicos e da cultura social, mostra-nos que o uso do álcool é difundido em toda a nossa sociedade, inclusive incentivado por esta, como um hábito social aceito e que faz parte do dia-a-dia de inúmeras pessoas.

Certamente, o uso das substâncias psicoativas pelos trabalhadores/as das empresas, órgãos públicos e demais ambientes de trabalho não é diferente, pois ali se repetem os padrões de comportamento e de relacionamento da sociedade. Portanto, não podemos “fechar os olhos” diante das inúmeras conseqüências relacionadas ao uso abusivo das drogas, devendo considerar o ambiente de trabalho um espaço privilegiado para discussão e intervenção sobre o assunto.

Embora a associação entre substâncias psicoativas e trabalho seja um fenômeno antigo, foi apenas recentemente que passou a ser considerado como um objeto de estudo. No Brasil, um dos maiores estudos e levantamento realizado sobre o uso de álcool e outras drogas entre trabalhadores/as foi a pesquisa realizada no ano de 1995 pelo SESI (Serviço Social da Indústria) em 40 empresas públicas e privadas do estado do Rio Grande do Sul.

A referida pesquisa concluiu que a prevenção é fundamental, tendo em vista que 45,40% dos entrevistados são bebedores sistemáticos (fazem uso do álcool de 3 a 5 vezes por semana), 35% apresentam problemas decorrentes do uso de álcool, 30,6% fazem uso do cigarro e 8,3% usaram drogas ilícitas alguma vez na vida, sendo que, 54,7% dos/as trabalhadores/as das empresas tinham menos de 34 anos, o que demonstra a importância do investimento na prevenção em dependência química no ambiente de trabalho (Fridman e Pellegrini, 1995).

O consumo do álcool e de outras drogas aparece de forma contraditória na sociedade capitalista, pois conforme Menéndez (1990) desde os primórdios dos processos de industrialização precisou estabelecer controle ideológico-político para a classe urbana subalterna. Assim, o “perigo” do alcoolismo precisou ser controlado, na medida em que afetava os objetivos centralizados no desenvolvimento empresarial, ou seja, a produtividade, que gera o absenteísmo no trabalho, as faltas nas segundas-feiras e a manutenção de determinados ritmos produtivos.

Dessa maneira, desde que se constatou que o desempenho do/a trabalhador/a e o ambiente de trabalho são altamente afetados pelas conseqüências da dependência química,

também se comprovou que o local de trabalho poderia ser o *locus* privilegiado de intervenções para a implantação e desenvolvimento de programas assistenciais e de prevenção à doença.

A prevenção do uso nocivo de álcool e drogas no trabalho tem sido preconizada por vários órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio do Programa de Abuso de Substâncias (PSA), a *Internacional Labour Orgazation e a United Nations Internacional Drug Control Programme* – UNDCP, os quais privilegiam as ações de prevenção ao consumo de álcool e drogas no próprio local de trabalho, uma vez que se considera que 70% a 80% dos usuários estão empregados e a maior parte de seu tempo é despendido no trabalho.

Entre a idade de 20 a 35 anos, os malefícios do álcool estão muito mais relacionados com a intoxicação aguda resultante de acidentes, brigas e disputas e com a ausência ao trabalho, diferindo do que acontece na faixa etária entre 35 a 55 anos, em que os problemas relacionados ao álcool são resultantes de um consumo regular, incluindo os problemas físicos decorrentes, como dano hepático e as mudanças psiconeurológicas (VAISSMAN, 2004).

Diversos estudos demonstraram o impacto negativo do abuso de substâncias sobre as empresas, bem como sobre os trabalhadores e as suas famílias. No que se refere aos trabalhadores, o abuso de substâncias pode causar problemas de saúde, deterioração das relações pessoais, perda de emprego e problemas familiares, legais e financeiros. A nível das empresas, o abuso de substâncias tem isso associado a acidentes, absenteísmo e perda de produtividade. Calcula-se que os seus custos para os diferentes setores da atividade econômica e para a comunidade sejam da ordem dos milhares de milhões de dólares (OIT, 2008, p. 21).

Sobre as primeiras discussões e ações relacionadas ao tema no Brasil, a SENAD (2008) relata que estas remetem ao final dos anos 70, pois até então, a questão era literalmente vista à luz da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ainda vigente, a qual rege em seu artigo 482: Constituem justa causa para rescisão de contrato pelo empregador, embriaguez habitual ou em serviço.

Com o fortalecimento dos movimentos e lutas sociais pelos trabalhadores, a questão do uso do álcool e de outras drogas deixaram de serem tratados somente pela área médica e policial, passando a fazer parte da área de Recursos humanos e de saúde ocupacional das empresas e instituições de trabalho.

Entretanto, de acordo com o SENAD (2008) no Brasil menos de 5% das empresas têm algum tipo de programa de prevenção, e em países como Estados Unidos, Canadá, França e

Inglaterra esse índice chega a 90%.

Apesar do planejamento e investimentos mínimos em programas e políticas sobre drogas, a temática drogas e trabalho, preocupa há muito tempo empregadores e profissionais que atuam na área de bem estar e saúde do trabalhador, devido os reflexos diretos na qualidade de vida e, Consequentemente, no processo produtivo.

Segundo Fridman e Pellegrini (1995), os principais indicadores que evidenciam a relação entre o consumo abusivo das substâncias psicoativas e ocorrência no trabalho, são:

- ✓ Absenteísmo;
- ✓ Atrasos;
- ✓ Acidentes de trabalho;
- ✓ Baixa produtividade;
- ✓ Desperdício de matéria prima;
- ✓ Rotatividade de mão de obra; com os recursos adicionais decorrentes de admissões, demissões e treinamentos;
- ✓ Sobrecarga dos serviços de saúde ocupacional, devido ao maior número de consultas médicas, licenças e demais providências.

Conforme a SENAD (2008), no Brasil, em estudo realizado no ano de 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo aponta que de 10% a 15% dos trabalhadores brasileiros apresentam dependência ou problemas de abuso do álcool, cujas consequências se traduzem em:

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

Estas e outras características apontam claramente para as nefastas consequências do uso abusivo do álcool e outras drogas, demonstrando os principais reflexos na relação entre drogas e trabalho, pois sabemos que as consequências do consumo abusivo das substâncias psicoativas são diversas e podem refletir em todos os aspectos da vida do/a trabalhador/a, área social, familiar, pessoal, financeira, relações sociais, saúde física, mental, dentre outros.

O consumo de drogas por trabalhadores tem consequências pessoais e profissionais diversas, como o aumento do absenteísmo, atrasos constantes, ausência do local de trabalho durante o expediente, aumento de acidentes pessoais e de trabalho, atritos pessoais com os colegas e geralmente padrões de qualidade de vida precários, além da possibilidade de haver danos ao patrimônio, demissões, licenças médicas e rotatividade na mão de obra (SILVA; DUARTE, 2008, p.05).

O álcool, portanto, é considerado a substância de abuso mais comum, tanto na perspectiva da saúde pública como, particularmente, na saúde do/a trabalhador/a, Vaissman (2004) aponta que as ocupações que envolvem situações de risco mental, expressas pelo alcoolismo, estariam associadas sobretudo a atividades desprestigiadas socialmente com possibilidade de qualificação ou ascensão profissional restrita, envolvendo atos ou materiais considerados desagradáveis ou repugnantes.

A autora cita que as ocupações consideradas de alto status social, como a medicina, também desencadeiam um consumo maior de álcool, pelos motivos de realização de atividades exaustiva, danos psicológicos diante do trabalho exigente, relações interpessoais e estressantes, etc.

Conforme a OIT (2008, p. 58), “as condições de trabalho podem agravar ou mitigar situações de abuso de substâncias psicoativas” e alguns fatores de risco podem contribuir com o aumento do consumo, como nas situações em que o/a trabalhador/a está submetido/a a riscos de extremos de segurança, trabalho por turno, deslocamentos para longe de casa, cargas de trabalho excessivo, desigualdade nas remunerações, tensão psicológica relacionada ao trabalho, conflitos/indefinições de papéis, monotonia, insegurança no emprego dentre outros fatores.

Entretanto, apesar dos riscos relacionados a algumas profissões e atividade, sabemos que o uso abusivo das substâncias psicoativas independe do *status* ou classe social, sendo a dependência química reconhecida como doença pela Organização Mundial de Saúde e como um problema de saúde e de segurança pública, com repercussões diretas no ambiente de trabalho.

Os problemas relacionados com o consumo de álcool e outras drogas devem considerar-se como problema de saúde e, por conseguinte, ser tratados sem nenhuma discriminação, como qualquer outro problema de saúde no trabalho e com recurso aos correspondentes serviços de saúde públicos ou privado (OIT, 2008, p.24).

Souza et. al (2005) relata que estudos realizados no Brasil têm demonstrado que a taxa

de prevalência de alcoolismo varia entre 3,0 e 6,0% na população geral, sendo este considerado o terceiro motivo para o absenteísmo no trabalho, com elevadas taxas de aposentadorias precoces, acidentes de trabalho e de trânsito, responsável por proporção considerável de ocupação de leitos hospitalares.

Assim, os efeitos nocivos do uso do álcool e de outras drogas pelos/as trabalhadores/as acabam por produzir efeitos também no Regime Geral da Previdência Social (RGPS) e no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), devido à concessão de benefícios de auxílio-doença, aposentadorias por invalidez e até mesmo pensão por óbito aos dependentes, quando o usuário é contribuinte da Previdência Social, que configura o alcoolismo, conforme Fridman e Pellegrini (1995) no terceiro principal motivo para ausência no trabalho.

Segundo dados do Regime Geral da Previdência Social, ao longo dos últimos 65 meses, contabilizados até o mês de Junho/2013 foram identificados 100,2 mil benefícios com origem do direito relacionada diretamente ao consumo de álcool, sendo que a grande maioria, 81,9% do total, foi da espécie "B31 – Auxílio- Doença Previdenciário", 4% da espécie "B32 – Aposentadoria por Invalidez Previdenciária" e 8,9% foram da espécie "B87 – Amparo Social à Pessoa Portadora de Deficiência", e os demais com apenas 1,8% do total. Entretanto, não podemos esquecer que estes dados são ainda maiores na realidade brasileira, visto que estes de referem apenas aos/as trabalhadores/as formais, com carteira assinada no Brasil (BRASIL, 2013).

**Tabela 8 - Concessão anual de benefícios cuja origem do direito está relacionado ao consumo de álcool**

| Ano concessão | Espécies                       |  |  |                   | Total      |
|---------------|--------------------------------|--|--|-------------------|------------|
|               | Auxílio -Doença Previdenciário | Aposentadoria Invalidez Previdenciária | Amp. Social Pessoa Portadora Deficiência | Outros Benefícios |            |
| 2008          | 12.013.171                     | 1.477.275                              | 488.041                                  | 377.884           | 14.356.371 |
| 2009          | 11.494.301                     | 1.255.402                              | 611.015                                  | 352.988           | 13.713.706 |
| 2010          | 12.706.440                     | 1.288.892                              | 955.520                                  | 359.032           | 15.309.885 |
| 2011          | 14.558.928                     | 1.332.297                              | 1.021.035                                | 329.155           | 17.241.415 |
| 2012          | 15.893.196                     | 1.392.803                              | 1.055.489                                | 312.081           | 18.653.569 |
| 2013*         | 8.831.860                      | 721.248                                | 585.233                                  | 142.656           | 10.280.997 |
| Total         | 75.497.897                     | 7.467.917                              | 4.716.333                                | 1.870.703         | 89.555.943 |

Fonte: INSS - SUIBE • Elaboração: Ministério da Previdência Social - (BRASIL, 2013).

\* Considera apenas o período de Janeiro à Junho de 2013.

Conforme dados da Previdência Social, a quantidade anual de benefícios concedidos do conjunto vem aumentando a cada ano e 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 encontram-se ativas no mercado de trabalho (BRASIL, 2013).

Apesar de ainda ser comum na atualidade, a rotulação do usuário de drogas como um indivíduo portador de problemas morais e de caráter, que apresenta características de “irresponsabilidade”, “vagabundagem”, é relevante problematizar que o uso abusivo do álcool e outras drogas é uma questão de saúde pública e uma expressão da questão social, o qual demanda a necessidade de maiores investimentos em políticas sociais que priorizam uma atenção integral à saúde do trabalhador/a.

Os vários problemas relacionados com o álcool e outras drogas no local de trabalho, que se estima custarem à economia milhares de milhões de dólares todos os anos, fazem parte de um conjunto de assuntos relacionados com a saúde dos trabalhadores, o bem-estar e a segurança, a produtividade nos locais de trabalho e a responsabilidade civil. Por esse motivo, os locais de trabalho são considerados um contexto adequado para a formulação e implementação de programas e políticas sobre o álcool e outras drogas (OIT, 2008, p. 07).

A realidade social requer a adoção de uma postura mais realista por parte do Estado, que vai além da repressão e do “combate” às drogas, mas está voltado à diminuição dos fatores de risco, na ampliação e universalização do acesso aos programas, serviços e políticas

públicas e sociais que promovem a melhoria das condições de vida da classe trabalhadora e contribuem com a diminuição dos riscos para o consumo abusivo das substâncias psicoativas, que visa à prevenção como também o tratamento, a partir de uma visão de totalidade do ser social.

### **3 A POLÍTICA SOCIAL SOBRE DROGAS NO BRASIL**

#### **3.1 A política social na contemporaneidade**

Dentre os bens essenciais à vida humana em sociedade, destacam-se não somente aqueles necessários à própria existência física, mas também aqueles os quais o ser humano precisa para ser reconhecido como cidadão e viver em sociedade, estes são os direitos considerados fundamentais, como os direitos humanos e sociais.

Os direitos sociais são conquistas dos movimentos sociais ao longo da história, especialmente no século XX, sendo atualmente reconhecidos no âmbito internacional em vários documentos e leis, como exemplo: a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1.948, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1.966 e a Constituição Federal do Brasil de 1.988, que os consagrou como direitos fundamentais em seu artigo 6º. A Constituição Federal estabelece que os Direitos Sociais são o acesso à educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social e a proteção à maternidade, à infância e aos desamparados, os quais são garantidos através das políticas públicas e sociais.

A existência da política social é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do modo capitalista de produção e reprodução da força de trabalho, mas especificamente quando se tem um reconhecimento da questão social inerente às relações sociais nesse modo de produção e ao momento em que os trabalhadores assumem um papel político, através das lutas e movimentos sociais em prol de melhores condições de vida e cidadania, tornando-se necessário a mediação e intervenção do Estado (BEHRING, 2000; SILVA, 2008).

O Estado, que se origina dessas contradições entre os interesses da classe burguesa e a classe trabalhadora, faz o papel de mediador dos conflitos entre as classes, ao manter os antagonismos sob controle. Segundo Carnoy (1986, p.67), embasado em Marx, “o Estado é um instrumento essencial de dominação de classes na sociedade capitalista. Ele não está acima dos conflitos de classes, mas profundamente envolvido neles”. Este envolvimento, imperceptível para muitos está presente em sua base de origem, que são as relações de produção, responsáveis pelo condicionamento da vida social, política e intelectual.

Conforme Engels (2012), o Estado surge a partir da divisão de classes e a luta de classes provenientes do desenvolvimento econômico. Dessa forma, o Estado nasce para

moderar os conflitos entre classes antagônicas e mantê-las dentro dos limites da ordem social, como afirma o autor:

Estado não é, pois, de modo algum, um poder que se impôs à sociedade de fora para dentro [...]. É, antes, um produto da sociedade quando esta chega a determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade em uma luta estéril, faz-se necessário um poder colocado acima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da 'ordem'. Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela, e dela se distanciando cada vez mais, é o Estado (ENGELS, 2012, p.213).

Portanto, segundo Marx e Engels o Estado é fruto da divisão da sociedade em classe, e um mecanismo para garantir a acumulação e reprodução do Capital, e Consequentemente a manutenção do modo capitalista de produção, sem a possibilidade de apropriação do Estado pela classe trabalhadora.

Em relação ao Estado e as políticas sociais, Behring e Boschetti (2011) relatam que as políticas sociais devem ser analisadas como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo.

Desse modo, as políticas sociais não podem ser analisadas e compreendidas isoladamente, mas sim a partir da contradição histórica das lutas de classe e da relação entre o Estado e sociedade.

Yazbek (2008) aponta a política social como modalidade de intervenção do Estado no âmbito do atendimento das necessidades sociais básicas dos cidadãos, que responde aos interesses diversos, segundo a autora:

[...] A política social expressa relações, conflitos e contradições que resultam da desigualdade estrutural do capitalismo. Interesses que não são neutros ou igualitários e que reproduzem desigual e contraditoriamente relações sociais, na medida em que o Estado não pode ser autonomizado em relação à sociedade e as políticas sociais são intervenções condicionadas pelo contexto histórico em que emergem (YAZBEK, 2008, p. 82).

Indubitavelmente, o surgimento das políticas sociais está relacionado às contradições da sociedade capitalista e à história dos movimentos sociais da classe trabalhadora, na luta por melhores condições de vida e de trabalho, pois no sistema capitalista a superexploração da força de trabalho e a busca pelo lucro, trás consigo diversas mazelas sociais inerentes a este

sistema, como a pobreza, desemprego, desigualdades sociais, concentração de renda, dentre outros.

Conforme Behring e Boschetti (2011, p. 63) a origem das políticas sociais está relacionada às respostas do Estado à questão social a partir de princípios liberais no final do século XIX, as quais foram, sobretudo repressivas, ao incorporar apenas algumas demandas da classe trabalhadora, com “melhorias tímidas e parciais das condições de vida dos trabalhadores, sem atingir, portanto, o cerne da questão social”, ou seja, “o reconhecimento de direitos sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo”.

No final do século XIX são criadas pelo Estado às primeiras legislações e medidas de proteção social, com destaque para países como a Alemanha e a Inglaterra. No entanto, a generalização de medidas de Seguridade Social no capitalismo se dará no período posterior à Segunda Guerra Mundial, com a construção do *Welfare State* ou Estado de Bem Estar Social em alguns países da Europa, acompanhado de diversas tipologias de política social, tanto no capitalismo central, como nos países do capitalismo considerado periférico.

Conforme Pereira (2008), o Estado de Bem-Estar é caracterizado por uma nova relação entre o Estado e a sociedade a partir do século XX, sendo regido por princípios que faz jus às reivindicações e necessidades sociais da época (pós-guerra), como extensão dos direitos sociais, oferta universal de serviços sociais, preocupação com o pleno emprego, institucionalização da assistência social como meio de garantir os padrões mínimos de atenção às necessidades humanas, tendo uma forte relação com o conceito de cidadania. Para a autora, convém fazer a distinção entre a instituição denominada Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*) e o processo de bem estar (*social welfare*), pois este último tem estreita relação com a política social, visto que a esta compete garantir níveis de renda e acesso a recursos e serviços básicos à população, para impedir a pobreza extrema, o abandono e o desabrigo.

Portanto, no século XX, a partir da crise econômica de 1929, com a queda da bolsa de valores de Nova Iorque, ideais e propostas keynesianas, defendeu-se uma maior intervenção do Estado na regulação das relações econômicas e sociais, objetivando a modernização da economia e das condições para seu desenvolvimento e do pleno emprego, ampliando Conseqüentemente as políticas sociais, especificamente na Europa. Sobre este período, Yazbek (2008, p. 86-87) aponta que “as políticas keynesianas buscam gerar pleno emprego, criar políticas e serviços sociais tendo em vista a criação de demanda e ampliação do mercado de consumo.”

Segundo Esping Andersen (1994), o objetivo do *Welfare State* do pós-guerra vai além da política social, servindo também como mecanismo de integração social, em favor da

erradicação das diferenças de classes e de construção nacional, sendo bem sucedido nos países de Estado de Bem Estar Social mais avançado, especialmente na Europa. Representa um esforço de reconstrução econômica, moral e política, em favor da segurança do emprego, dos direitos de cidadania e em defesa das idéias de justiça social, solidariedade e universalismo, contrário a lógica do mercado.

O sistema de proteção social como direito de cidadania apoia-se em valores, concepções e convicções que foram gestadas no fim do século XIX e consolidadas no século XX, sobretudo depois da II Guerra Mundial, quando o Estado de Bem-Estar Social passou a administrar as políticas sociais que se transformaram em direitos de cidadania.

Gough (1982) em sua obra intitulada *Economia política del Estado del bienestar* relata que as origens do Estado de Bem-estar social está relacionada com o modo capitalista de produção, a exploração da classe trabalhadora e as lutas de classes. O autor, embasado na teoria marxista, aponta que o atual modo de produção através da acumulação de capital cria continuamente novas necessidades, especialmente na área das políticas sociais, ao considerar que a partir da primeira e segunda Guerra Mundial houve um período de crescimento e inovação das políticas sociais. Alguns escritores vêem o Estado de bem-estar social apenas como uma resposta funcional das necessidades do Capital, enquanto outros acreditam ser este um resultado absoluto das lutas da classe trabalhadora.

Las dos classes más importante contemplan estas políticas para sus intereses, pero por razones muy diferentes. La clase trabajadora, porque cualquier política que mitigue la dureza o que modifique el juego ciego de las fuerzas del mercado es una política que debe ser bienvenida, La clase capitalista porque reduce el descontento de la clase trabajadora, proporciona medios para integrar y controlar la clase obrera y proporciona también beneficios económicos o ideológicos (GOUGH, 1982, p. 144).

Certamente, não podemos negar o movimento histórico de lutas da classe operária, por melhores condições de vida e de trabalho.

Na sociedade contemporânea, a menção à política social está associada aos conceitos de políticas públicas, necessidades sociais e direitos de cidadania. Não se deve esquecer que, mediante a política social é que direitos sociais se concretizam e necessidades humanas são atendidas na perspectiva da cidadania ampliada (PEREIRA, 2008, p. 165).

Para Behring e Boschetti (2011) pelo ângulo econômico, as políticas sociais assumem a função de reduzir os custos da reprodução da força de trabalho e elevar a produtividade, bem como manter elevados níveis de demanda e consumo, em épocas de crise. Ao mesmo

tempo, estas são também viabilizadoras de direitos sociais, pois garantem o acesso da população usuária a serviços públicos que provêm condições de sua sobrevivência e reprodução, sendo, portanto, centrais na agenda de lutas dos/as trabalhadores/as e na imposição de limites aos ganhos do Capital.

Segundo Pereira (2008), o conceito de política social é complexo e não condiz com a idéia pragmática de ser apenas uma ação do Estado, na provisão e alocação de recursos, que beneficia esta ou aquela classe; por ser a política social dialeticamente contraditória, permite à classe trabalhadora e aos pobres em geral, também, utilizá-la a seu favor. Trata-se, portanto, a política social, de uma categoria acadêmica e política, de constituição teórica e prática, que não apenas se dispõe a conhecer e explicar o mundo real, mas também a agir neste mundo, visando mudanças.

Isso quer dizer que, o conceito de política social só tem sentido se quem a utiliza acredita que deve contribuir efetivamente com uma realidade que precisa ser transformada.

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os diversos países, segundo Behring e Boschetti (2011) tais diferenças se dão porque a consolidação das políticas sociais depende dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do seu nível de desenvolvimento e de correlação de forças no âmbito do Estado. O século XIX é considerado como o período em que o Estado passa a assumir e a desenvolver ações sociais de modo mais amplo, sistematizado e com caráter de obrigatoriedade.

No Brasil, a política social teve sua formação e trajetória influenciada pelas mudanças econômicas e políticas internacionais e nacionais, os quais contribuíram com a tipificação de um sistema de bem-estar periférico, mas, a proteção social não se firmou nos princípios do pleno emprego e nem dos serviços sociais universais. Conforme Pereira (2000), a política social brasileira teve seus avanços justamente no período mais contrário à cidadania: durante a ditadura militar e de governantes conservadores na década de 1980, o qual se caracterizou com ingerências, seletividade nos gastos, ofertas dos serviços, heterogeneidade, desarticulação institucional, restrições e incertezas financeiras.

Portanto, até o ano de 1930 o Brasil não geria o processo de provisão e regulação social, que ficou restrito ao mercado, às iniciativas privadas informais e à polícia, que controlava através da repressão a questão social emergente neste período da industrialização no país.

O Estado brasileiro, como outros na América Latina, se construiu como um importante aliado da burguesia, atendendo à lógica de expansão do

capitalismo e nesse sentido, as emergentes Políticas Sociais no país, devem ser apreendidas no movimento geral e nas configurações particulares desse Estado. Nesta perspectiva, o que pode ser constatado é que a Política Social estatal surge a partir de relações sociais, que peculiarizaram a sociedade brasileira nos anos 30 do século passado, representando uma estratégia de gestão social da força de trabalho (YAZBEK, 2008, p. 80).

No Brasil, a partir da década de 1980, do ponto de vista formal-institucional ocorreram importantes avanços políticos e sociais, conhecida como a “década da redemocratização”, com o fim do regime militar e um período de mobilização e lutas sociais, em que as políticas sociais tornaram-se centrais na agenda de reformas institucionais, que culminou com a Constituição Federal de 1.988. Houve um avanço na esfera da Seguridade Social, com as três políticas: Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

Nesta Constituição, a reformulação formal do sistema de proteção social incorporou valores e critérios que, não obstante antigos no estrangeiro, soaram no Brasil como inovação semântica, conceitual e política. Os conceitos de direitos sociais, seguridade social, universalização, “equidade”, “descentralização político-administrativa”, “controle democrático”, “mínimos sociais”, dentre outros, passaram, de fato, a constituir categorias-chave norteadoras da constituição de um novo padrão de política social a ser adotado no país (PEREIRA, 2000, p.152).

Entretanto, todas essas conquistas e progressos constitucionais, foram alvos de uma contra-reforma do Estado brasileiro, iniciada em 1.987 com o governo Sarney e reforçada a partir de 1.990 com os governos Collor e Fernando Henrique Cardoso, com o ideário neoliberal para gerir a crise e a instabilidade econômica que surgiu neste período, bem como o enfraquecimento dos movimentos sociais.

Segundo Pereira (2000), foi neste período de crise econômica e, principalmente de regressão política, que as condições para a disseminação do ideário neoliberal no Brasil se constituíram.

O auge do Estado de Bem-estar social nos países capitalistas centrais começa a se exaurir a partir da década de 1960, diminuindo as ações de intervenção e regulação social através do Estado, Behring e Boschetti (2011) apontam que neste período houve uma redução da capacidade do Estado de exercer suas funções mediadoras civilizadoras, como também a capacidade de assegurar o pleno emprego, que é considerada a base fundamental desta experiência.

As dívidas públicas e privadas crescem perigosamente... A explosão da juventude em 1968, em todo o mundo, e a primeira grande recessão – catalisada pela alta dos preços do petróleo em 1973-1974 – foram os sinais

contendentes de que o sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à política social havia terminado no capitalismo central e estava comprometido na periferia do capital, onde nunca se realizou efetivamente (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 103).

A conjuntura da reforma ou contra-reforma do Estado é parte integrante de um processo global de reestruturação capitalista mundial. As pressões para uma refuncionalização do estado iniciado na década de 1960 até os anos 1990 está articulado com esta nova fase de crise do sistema capitalista, manifestada com a crise do petróleo nos anos de 1970, que reflete até os dias atuais.

Montaño e Duriguetto (2011) apontam que o Capital após a crise de 1.973 e a elevada concorrência capitalista no mercado mundial, precisou se reestruturar, paralelamente também à crise do bloco soviético, a derrota de lutas armadas e o recuo do impacto das lutas dos movimentos operários, encontrando no Estado uma maior facilidade para a sua reestruturação. Segundo os autores, o neoliberalismo aparece como uma nova estratégia, que altera os processos típicos do anterior (e em crise) regime de acumulação fordista-keynesiano, com o objetivo de garantir e ampliar os fundamentos da acumulação capitalista.

O ideário neoliberal busca romper com o “pacto keynesiano” e o Estado de Bem Estar Social, para dar continuidade num contexto de crise, à acumulação ampliada do Capital na fase monopolista.

O neoliberalismo, portanto, defende a tese de que o Estado não mais comporta excessiva regulação social, que altera as relações entre Estado e sociedade e o processo de proteção social, conseqüentemente a redução dos direitos sociais e da cidadania, diminuindo significativamente a qualidade de vida da classe trabalhadora.

A hegemonia neoliberal na década de 1980 nos países capitalistas centrais não foi capaz de resolver a crise do capitalismo nem alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico, conforme defendia. As medidas implementadas, contudo, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe trabalhadora, pois provocaram aumento do desemprego, destruição de postos de trabalho não-qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com as políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 127)

A reestruturação produtiva, as mudanças no mundo do trabalho e a hegemonia da ideologia neoliberal têm provocado mudanças profundas e reconfigurações nas políticas sociais, ao causar restrição, seletividade e focalização no acesso aos direitos, serviços e políticas públicas e sociais. É esta perspectiva que vem determinando as tendências das

políticas sociais no Brasil, que em oposição à universalização e a integração com as outras esferas da seguridade social, passaram a ser centralizadas em programas sociais emergenciais e seletivos, enquanto estratégias de combate à pobreza.

No Brasil, conforme Behring (2003), essa reforma ou “contra-reforma” do Estado será a partir do ideário social-liberal, ao exigir a disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial. Segundo a autora, não se pretende alcançar o Estado mínimo, mas reconstruir um Estado que mantém a responsabilidade na área social, que acredita na via do mercado. Então, com a “reforma” passaria por transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado, e a descentralização para o “setor público não-estatal” os serviços que não precisam do poder do Estado, mas apenas serem subsidiados, como a educação, saúde, cultura etc, que caracteriza um processo de publicização e uma novidade da reforma que atinge diretamente as políticas e os direitos sociais.

Behring (2003) relata sobre os anos 90 no Brasil as proposições do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) elaborado pelo MARE (Ministério da Administração e da Reforma do Estado), com o ideário de fortalecimento da ação reguladora do Estado numa economia de mercado, especialmente em relação aos serviços básicos e de cunho social, transfere para o setor privado atividades que supostamente podem ser realizadas pela via do mercado. Trata-se da produção de serviços competitivos ou não exclusivos do Estado, que estabelece parcerias com a sociedade para o financiamento e controle dessa execução, assim o Estado reduziria a prestação direta de serviços, para se manter como regulador e provedor.

O plano da “reforma” do Estado atingiu diretamente os direitos garantidos pela Constituição Federal do Brasil de 1.988, em especial ao princípio da Seguridade Social, do funcionalismo público e o campo dos direitos sociais. Esta reforma baseia-se na necessidade do Capital em liberalizar e alargar o mercado, deixando explícito o seu caráter negativo, com o objetivo maior de expropriar os direitos sociais conquistados, e o entender no lugar de reforma, como afirma Behring (2011) um processo de *Contra Reforma* do Estado.

Behring (2003) apud Fiori (2000) apontam que a contra reforma do Estado, tal como conduzida, é a versão brasileira de uma estratégia de inserção passiva e a qualquer custo na dinâmica internacional e representa uma escolha político-econômica, não caminho natural diante dos imperativos econômicos.

Uma escolha, bem ao estilo de condução das classes dominantes brasileiras ao longo da história, assim o neoliberalismo em nível mundial configura-se como uma reação burguesa conservadora e monetarista de natureza claramente regressiva, dentro da qual se situa a contra reforma do Estado

(BEHRING, 2003, p.129).

A tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, ao transformar as políticas sociais em compensação nos períodos de crises do Capital. Sabemos, porém, que a política social no contexto do capitalismo maduro não é capaz de reverter o quadro que esse traz a sociedade, e nem é esta sua função. Porém, não significa que temos que abandonar a luta dos/as trabalhadores/as para a implementação e consolidação das políticas sociais, ao se ter em vista a sua importância para elevar o padrão de vida dos/as trabalhadores/as, além de suprir e suscitar novas demandas e necessidades.

Segundo Coutinho (2008), as políticas sociais não são apenas um instrumento da burguesia para legitimar sua dominação, mas sim conquista e luta dos trabalhadores pelos direitos sociais. Porém, a presença de tais direitos na Constituição e seu reconhecimento legal não garantem a efetiva materialização dos mesmos, sendo necessária a constante luta da classe trabalhadora para efetivá-los e tornar um dever do Estado.

Assim, apesar dos avanços nas declarações e leis sobre direitos, a garantia e a efetividade destas ainda não se constituem como universal e de acesso a todos os cidadãos e cidadãs. Portanto, o futuro da cidadania e dos direitos sociais no Brasil e no mundo depende da organização da classe trabalhadora, da participação efetiva no controle social, das lutas e movimentos pela consolidação e aprofundamento da democracia, bem como da construção e universalização do acesso aos direitos e políticas sociais, que objetiva uma sociedade mais justa, igualitária e socialista, na qual os direitos, não precisam estar decretados e positivados em leis para que efetivamente tornem-se uma realidade e sejam cumpridos, de forma que possam estar enraizados e naturalizados na sociedade e assim serem garantidos.

A distância entre a definição dos direitos em lei e sua implementação real persiste até os dias de hoje. Tem-se também uma forte instabilidade dos direitos sociais, denotando a sua fragilidade, que acompanha uma espécie de instabilidade institucional e política permanente, com dificuldades de configurar pactos mais duradouros e inscrever direitos inalienáveis (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.79).

Coutinho (2008) aponta que o instrumento e o local da conciliação das lutas de classes foi sempre o Estado, porém, o que se verifica na atualidade é um fortalecimento do que Gramsci chamava de “sociedade política”, através dos aparelhos burocráticos e militares que exercem a dominação, em detrimento da “sociedade civil” e do conjunto de aparelhos ideológicos através dos quais uma classe ou bloco de classes, luta pela hegemonia ou pela

capacidade de dirigir o conjunto da sociedade. Entretanto, conforme o referido autor, a ampliação da cidadania termina por se chocar com a lógica do Capital.

O capitalismo, com a divisão da sociedade em classes, constitui limite para a universalização da cidadania e a afirmação da democracia. Para Coutinho (Op. cit.), somente uma sociedade sem classes, como o socialismo e o comunismo pode realizar o ideal de plena cidadania e democracia, sendo esta última entendida pelo autor como soberania popular, participação ativa dos cidadãos na formação do governo e no controle da vida social, através da apropriação dos bens socialmente criados.

Certamente, o acesso aos direitos e as políticas sociais são uma grande conquista da classe trabalhadora e dos movimentos sociais ao longo da história da humanidade, que apesar de estarem inseridos no contexto do sistema capitalista e contribuírem também com a reprodução do capital e da força de trabalho, não são uma dívida deste mesmo sistema, mas foram “arrancados” por diversas lutas políticas e sociais, em prol de melhores condições de vida e de cidadania.

Assim, conforme Behring e Boschetti (2011, p. 38) “as políticas sociais podem ser centrais na agenda de lutas dos trabalhadores e no cotidiano de suas vidas, quando conseguem garantir ganhos para os trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital”.

Neste sentido, debater a ampliação dos direitos e das políticas sociais é fundamental, por que engendra a disputa pelo fundo público e envolve necessidades básicas de milhões de pessoas, impacta na melhoria das condições de vida da população, na ampliação, implementação e controle social das políticas públicas e sociais, contribui conseqüentemente com a prevenção e redução do uso abusivo do álcool e outras drogas entre os sujeitos.

### **3.2 A política pública sobre drogas no Brasil**

Na atualidade, são rotineiras as discussões sobre políticas sociais e drogas, seja no senso comum, na mídia, como nas práticas profissionais e acadêmicas, assim também na intervenção pública, através das políticas e programas sociais. Nas organizações e instituições da sociedade civil, tem sido buscada tal discussão, já que a dependência química não se constitui um problema social isolado, mas um reflexo histórico-social do desenvolvimento da sociedade, que torna imprescindível uma integralidade nas ações das políticas públicas e sociais a fim de atender a esta demanda.

O uso de substâncias psicoativas tem acompanhado a história e o desenvolvimento da

humanidade, havendo ao longo dos anos um aumento do consumo dessas substâncias como discutido no capítulo anterior, entretanto, o que mais tem existido e prevalecido em relação às intervenções e ações do Estado nesta área é a força do cumprimento de decretos, leis e políticas focadas na repressão às drogas, em detrimento das ações de prevenção e tratamento.

Segundo Cavalcante (2008), as primeiras intervenções para o controle de substâncias psicoativas em esfera internacional datam do começo do século XX, embora a utilização de drogas acompanhe o surgimento da humanidade. Ao se ter em vista os problemas advindos do uso de psicoativos e principalmente a preocupação com o controle do consumo do ópio, houve as primeiras Conferências Internacionais para tratar do assunto, como a de Shangai em 1909, Haia em 1911 e a Primeira Convenção Internacional do Ópio, em 1912.

Assim, as primeiras intervenções do Estado a nível mundial foram de cunho mais repressivo e com o foco nas drogas consideradas ilegais. No Brasil, na perspectiva da legislação jurídica, as primeiras ações do Estado sobre drogas foi o Decreto Legislativo nº 4.294 (BRASIL, 1921a), inspirado na primeira *Convenção Internacional do Ópio* realizado em Haia no ano de 1912 nos Países Baixos, regulamentado pelo *Decreto 14.969* (BRASIL, 1921b), o qual revelou a importância de criar dispositivos para controlar a importação de entorpecentes, seu comércio, registro, prescrição médica e as primeiras internações judiciais e voluntárias de toxicômanos em sanatórios.

Para Rodrigues (2004, p. 135-136), o decreto-lei de 1.921 condensa os juízos morais e sociais contra as drogas e transporta o nível dessa condenação do âmbito religioso para o universo técnico ético, de segurança pública e sanitária estabelecido pelo Estado, “considerando o usuário vítima de seu próprio vício... devendo se acolhido pelo Estado para que possa ser reabilitado fisicamente e para a vida social”. Como também, o Brasil se alinha às políticas de combate às drogas aplicadas pelos Estados Unidos, que já “estabelecia medidas penais mais rígidas para os vendedores ilegais, fortalecia a polícia sanitária nas suas prerrogativas e reafirmava a restrição do uso legal de substâncias psicoativas para fins terapêuticos”.

A partir do Decreto 20.930 de 1932, vender, ministrar, dar, trocar, ceder ou, de qualquer modo, proporcionar substâncias entorpecentes, sem a devida autorização passaram a ser qualificados como crimes com penas previstas de 1 a 5 anos de detenção. Na década de 30, tem início uma crescente atuação policial na perseguição dos usuários de drogas no país, e em 1938, sob a presidência de Getúlio Vargas, o Decreto nº 891 de 25 de novembro aumenta para quatro anos a pena de reclusão para a prática do comércio não-autorizado e uso das substâncias proscritas, estando regulamentadas e definidas as funções da Comissão Nacional

de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), criada em 1936 para atuar como órgão centralizador das ações de combate às drogas no país (PESSOA, 2010).

Com as mudanças socioeconômicas, políticas e culturais ocorridas no Brasil, bem como os movimentos antidrogas, vários decretos de abrangências normativas e penais foram sancionados e culminam com a Legislação anti-droga - Lei 6.368 de 1976, o qual determinou a criação de um Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecente que, até o ano de 2006, regulamentava o trato jurídico às drogas ilícitas ao dispor a respeito das medidas de prevenção e repressão ao tráfico e o uso indevido das substâncias psicoativas. Pela primeira vez, a lei legisla a respeito da reinserção social do dependente químico, como também faz distinção entre o traficante e o/a usuário/a de drogas, colocando os/as usuários/as de drogas sujeitos às medidas socioeducativas e os traficantes, às medidas privativas de liberdade (BRASIL, 1976).

Rodrigues (2004) aponta que, no final da década de 70 foram criados no Brasil os primeiros órgãos para tratar da questão das drogas, ao atender à Lei 6.368/76 que dispôs sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias psicoativas, com a criação do Decreto nº 85.110 de 02 de setembro de 1980, que estabeleceu a criação no Brasil do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONEMs) e dos Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENs), todos ligados ao Ministério da Justiça e às Secretarias de Justiça dos Estados e Municípios. Atualmente, são denominados de Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas (CONEN) e Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (COMAD).

Todos os Conselhos sobre drogas devem ser constituídos por representantes do poder público e da sociedade civil, tendo como principais funções: acompanhar, deliberar, normatizar e executar assuntos referentes à política sobre drogas no país, bem como nos estados e municípios brasileiros, através do acompanhamento e fiscalização do desenvolvimento das ações referentes à redução da demanda de drogas.

Em relação às políticas públicas e sociais sobre drogas, até a década de 1990, o Brasil não dispunha de uma política específica nesta área, sendo a questão enfrentada apenas com medidas repressivas direcionadas para o impedimento da oferta e do comércio das substâncias psicoativas. Portanto, da década de 1920 a 1990 a questão das drogas no Brasil foi tratada como “caso de polícia”, com o foco principal na repressão, ao invés da prevenção e tratamento.

Em relação ao tratamento para o sujeito dependente químico, o Ministério da Saúde aponta que:

No vácuo de propostas concretas sobre drogas, e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para este segmento, surgiram no Brasil diversas “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência. (BRASIL, 2003, p.05).

Assim, antes do movimento denominado Reforma Psiquiátrica, na década de 1970, os usuários de álcool e outras drogas eram tratados dentro dos hospitais psiquiátricos como psicopatas, ou seja, até a década de 1960, época em que as comunidades terapêuticas começaram a surgir no Brasil. Antes, o dependente químico e seus familiares tinham como única opção a internação em manicômios, juntamente com as demais pessoas com transtornos psiquiátricos.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antisociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social... A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas / terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência. (BRASIL, 2003, p. 07).

No Brasil, somente no final dos anos 90 deu-se início a construção de uma política nacional específica sobre drogas, focada na redução da demanda e da oferta das substâncias psicoativas, bem como na prevenção e tratamento. Para a criação desta política sobre drogas no país, se teve como contribuição a realização da XX Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU em Nova York no ano de 1998, a qual discutiu o problema mundial das drogas e estabeleceu uma nova agenda para a comunidade internacional, com a adoção de documentos fundamentais sobre os princípios orientadores da redução da demanda por drogas e medidas para reforçar a cooperação internacional no combate às mesmas.

Após este tratado internacional, as primeiras medidas foram tomadas no Brasil, bem como foi criada em 1998 a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) com a missão de

coordenar uma Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo, sociedade e as instituições governamentais e não governamentais sobre drogas, objetivando a prestação de serviços na área de prevenção, tratamento, redução de danos, ensino e pesquisa relacionados à drogadição (SILVA; DUARTE, 2008).

A criação da SENAD no Brasil teve sua inspiração na DEA (Drugs Enforcement Administration), órgão do governo norte-americano que controla a política e a repressão às drogas e com o Decreto nº 3.696/2000, a SENAD e o Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD) passaram a integrar o Gabinete de Segurança Institucional do Governo Federal, tendo como meta:

...planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, uso indevido e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica, e a atividade de recuperação de dependentes (FIORE, 2005, p. 270).

No ano de 2002, por meio do Decreto nº 4.345 de 26 de agosto foi instituído pela primeira vez no Brasil, uma *Política Nacional Antidrogas (PNAD)*, em que a questão do uso abusivo de drogas foi reconhecido como um problema de saúde pública, admitindo a necessidade de tratamento, recuperação e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas. No ano de 2004, passou a chamar-se *Política Nacional sobre Drogas (PNAD)* aprovada através da Resolução nº 03 de 27 de Outubro de 2005 do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), estabelecendo os fundamentos, objetivos, pressupostos, diretrizes e estratégias para que ações voltadas para a redução da demanda e da oferta de drogas fossem realizadas de maneira planejada e articulada.

São considerados alguns dos principais *pressupostos* da Política Nacional sobre Drogas (PNAD):

Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada. Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas. (BRASIL, 2010, p.13).

A Política Nacional sobre Drogas tem como alguns de seus *objetivos*:

- ✓ Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz da redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada

em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas, adequadas à realidade.

- ✓ Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento.
- ✓ Reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade, dentre outros.

A Atual Política Nacional sobre Drogas traz como prerrogativa a descentralização, democratização e a intersetorialidade das ações nos municípios de todo o país, sendo necessário compromisso conjunto dos gestores envolvidos nesta política pública, bem como de toda a sociedade no enfrentamento das crescentes demandas que envolvem esta questão, tendo em vista que a realidade ainda demonstra a falta de investimento em recursos financeiros e sucateamentos no atendimento e acesso aos serviços públicos em saúde para os adictos e seus familiares, como também, são escassas e insuficientes as políticas públicas com foco na prevenção às drogas e conseqüentemente na melhoria das condições de vida da população.

Tão importante quanto o financiamento pelo Governo Federal de ações voltadas para a população usuária de drogas, é o acompanhamento da aplicação dos recursos nas finalidades a que se destinam. Isto significa que, há necessidade de fortalecimento no âmbito da informação e discussões em conjunto com a sociedade e as esferas dos governos federais, estaduais e municipais referentes às dificuldades vivenciadas para o alcance dos objetivos estabelecidos e as propostas e ações de melhorias.

O escopo da atual Política Nacional sobre Drogas (PNAD) no Brasil baseia-se em cinco eixos: 1) *prevenção*; 2) *tratamento, recuperação e reinserção social*; 3) *redução dos danos sociais e à saúde*; 4) *redução da oferta*; 5) *estudos, pesquisas e avaliações*. A prevenção, o tratamento, assim como os demais eixos da política pública sobre drogas no país, orientam-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e de toda a sociedade, no sentido de ampliar a consciência para a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país.

No princípio da responsabilidade compartilhada entre vários setores da sociedade, a PNAD busca resultados nas ações, no intuito de obter redução da oferta e do consumo de

psicoativos no custo social a elas relacionado e das consequências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.

Conforme a Política Nacional sobre Drogas, o eixo 1 trata da *prevenção* às drogas e aponta que as ações deve ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, no incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, embasadas em princípios éticos e pluralidade cultural, voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica, no fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade.

As ações preventivas devem ter como foco o indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e dos riscos e danos associados ao uso indevido (BRASIL, 2010).

Entretanto, no Brasil podemos observar que tais ações ainda são incipientes e tratadas de forma individualizadas, carecendo que se ultrapasse essa dimensão e atinja o coletivo como Política Pública, para que os resultados sejam concretizados na realidade social a nível federal, estadual e municipal. Faz-se necessário priorizar e intensificar a prevenção do uso indevido de drogas, considerando ser este o meio mais eficaz e de menor custo para a sociedade, conforme apresenta em seus pressupostos a Política Nacional sobre Drogas.

Em relação ao eixo 2 *tratamento, recuperação e reinserção social* do/a adicto/a, a Política Nacional sobre Drogas aponta que o Estado deve estimular, garantir e promover o acesso às diferentes modalidades de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional para os usuários/dependentes de drogas, familiares e toda a sociedade, de forma descentralizada pelos órgãos governamentais e não governamentais. Deve também, fiscalizar e definir normas mínimas para o funcionamento dessas instituições dedicadas ao tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos/as adictos/as, devendo:

Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2010, p.18).

No sentido de normalizar a atenção a usuários de álcool e drogas no Brasil, o Ministério da Saúde, publicou portarias voltadas para a estruturação da rede de atenção específica a estes cidadãos, em atenção às deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001. A política de Atenção Integral do Ministério da Saúde preconiza que a atenção deve pautar-se por ações de prevenção, de tratamento e de educação e como estratégia de intervenção, definiu-se a Política de Redução de Danos (PRD), o estabelecimento do CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas) e as redes assistenciais (BRASIL, 2003).

Assim, a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde definiu normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, através dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e os CAPS-AD voltados para o atendimento aos usuários de drogas, tendo como estratégia a assistência ao usuário e seus familiares, em uma perspectiva intersetorial, envolvendo programas do próprio Ministério da Saúde, de outros setores do governo, organizações não-governamentais e representações da sociedade civil organizada, objetivando a redução de danos e não mais a abstinência como objetivo único a ser alcançado (BRASIL, 2003).

O CAPS configura-se como um novo modelo na área de saúde mental, na perspectiva do desenvolvimento de autonomia e cidadania dos sujeitos, se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e usuário, organizando-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios. Assim, diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad, sendo estes divididos de acordo com o tamanho da população atendida e o Público Alvo, conforme dimensionamento: CAPS I entre 20 e 70 mil habitantes; CAPSII entre 70 e 200 mil habitantes; CAPS III acima de 200 mil habitantes, para atender o público alvo nas categorias infância e adolescentes (CAPSi) e usuários de álcool e outras Drogas (CAPSad).

Estudo realizado no estado de Mato Grosso entre os anos de 2011 e 2012 com o objetivo de investigar a realidade acerca das Drogas no estado, mostrou que, atualmente há 37 CAPS, sendo 05 CAPSad, 25 CAPS I, 03 CAPS II, e 04 CAPSi; 02 Hospitais Psiquiátricos com 202 leitos; 06 Ambulatórios de Saúde Mental no interior; 01 ambulatório infanto-juvenil em Cuiabá e Saúde Mental na atenção básica (Programa de Saúde da Família), estando porém, tais serviços oferecidos ainda muito distante da realidade que a população mato-grossense necessita para enfrentar as demandas em saúde mental e do uso de drogas (UFMT, 2012).

A referida pesquisa apontou a necessidade de rever os parâmetros de criação dos

CAPS, definidos por ordem crescente de porte e abrangência populacional, pois o estado de Mato Grosso se revela contraditório, devido a sua extensão, diversificação, fronteiras, distâncias geográficas, entre outros. Desse modo, se faz necessário rever os critérios de criação dos CAPS, haja vista que os municípios com números menores de habitantes têm os mesmos problemas para atendimento aos usuários de drogas quanto os de maior número populacional. O estudo também pesquisou 22 das 81 Comunidades Terapêuticas contabilizadas no estado e demonstrou que todas que foram avaliadas não estão em condições adequadas de pleno funcionamento, seja por ausência de registro de funcionamento e de alvará sanitário, estrutura/instalações precárias, não articulação e atendimento às políticas públicas de saúde e rede socioassistencial, dentre outros (UFMT, 2012).

No Brasil, na perspectiva de direcionar a criação de novos serviços específicos para usuários e dependentes químicos, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2003 o *Programa Nacional de Atenção Integrada ao usuário de Álcool e outras Drogas*. Um dos dispositivos normativos desta política foi a Portaria 816/2002 do Ministério da Saúde que instituiu o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e de Outras Drogas*, no Sistema Único de Saúde, visando o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2003). Esta política é considerada fruto de intensas discussões quanto ao lugar de atenção do usuário de drogas e à garantia de atendimento deste segmento populacional no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista:

[...] a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2003, p. 25).

Apesar da criação e normatização da Política de Saúde e da Política Nacional sobre Droga, muito ainda se tem que avançar para a sua efetivação na realidade brasileira e mato-grossense, especialmente em relação ao tratamento, recuperação do/a usuário/a de drogas, em vista das dificuldades encontradas principalmente para a inserção/ acesso e continuidade ao

tratamento, como também, posteriormente na reinserção à sociedade, em vista das dificuldades de integração, universalização e acesso as demais políticas públicas e direitos sociais que corroboram com a cidadania e autonomia do ser social.

Em referência ao eixo 3 sobre a *redução dos danos sociais e à saúde*; a política sobre drogas orienta a execução de ações para a prevenção das conseqüências danosas à saúde decorrente do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo.

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, das conseqüências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade (BRASIL, 2010, p.19).

A proposta de Redução de Danos representa um marco importante de atuação da saúde pública moderna, uma estratégia que busca controlar as possíveis conseqüências adversas do consumo de psicoativos, sem necessariamente interromper esse uso, sendo considerada uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência de drogas. Assim, a estratégia da Redução de Danos surge como uma alternativa à Política focada na repressão e combate às drogas, pois:

As abordagens simplistas como a Política de Guerra às Drogas focadas na repressão e na exigência de abstinência não foram capazes de diminuir os problemas com as drogas, além de excluírem das ações de prevenção e tratamento as pessoas que não desejam ou não conseguem interromper o uso de drogas. As estratégias de Redução de Danos surgiram como uma alternativa que têm entre seus princípios o pragmatismo, a tolerância, e a diversidade. As estratégias de Redução de Danos constituem ações que diminuem os danos provocados pelo uso de drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interrompê-las (CRUZ, 2010, p. 147).

A Redução Danos implica uma mudança de visão, uma quebra do paradigma de que a abstinência é a única alternativa e solução, impondo-se também como uma alternativa plausível e possível de ser praticada no ambiente de trabalho. Para tanto, “requer a adoção de postura mais realista, voltada a diminuição dos fatores de risco, com investimento em ações efetivas de qualidade de vida, promoção da saúde e segurança...” (DUARTE, 2008, p. 101).

No âmbito da proposta do eixo 4 de *redução da oferta de drogas*, a Política Nacional sobre Drogas abrange questões relacionadas à segurança pública, no tocante à violência e crimes decorrentes do tráfico ilícito de drogas, com ações relacionadas à repressão e ao combate de crimes como a lavagem de dinheiro, crime organizado e tráfico de armas, além da

erradicação de plantações e a destruição de princípios ativos, assim como a repressão ao refino e ao tráfico de drogas. Dentre as orientações gerais para a redução da oferta de drogas no país, a PNAD aponta:

A redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas e ao uso abusivo de substâncias nocivas à saúde, responsáveis pelo alto índice de violência no país, deve proporcionar melhoria nas condições de segurança das pessoas... As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes dessas substâncias produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional, da identificação e do desmantelamento das organizações criminosas (BRASIL, 2010, p. 21).

Entretanto, apesar do atual ideário de “guerra às drogas” na redução da oferta, o qual se expressa claramente nas ações repressivas policiais do Estado, permanece ainda em expansão e crescimento o narcotráfico no país e o surgimento de novas substâncias psicoativas, bem como das diversas consequências sociais advindas. Sobre este aspecto, Rodrigues (2005, p. 307) confirma que o narcotráfico é um dos principais campos de batalha na atualidade e o “consumo global de psicoativos ilícitos não declina, o leque de substâncias banidas aumenta e as máfias dedicadas à negociação desses produtos continuam acumulando vultosos lucros para regozijo do mercado financeiro internacional”.

Tendo como objetivo contribuir também com a redução do consumo dos psicoativos, a Política Nacional sobre Drogas preconiza o eixo 5 com o objetivo de desenvolvimento permanente de *estudos, pesquisas avaliações* que permitam aprofundar o conhecimento sobre drogas, a extensão do consumo, sua evolução, a prevenção do uso indevido e demais estudos relacionados ao tratamento, redução de danos e reinserção social, buscando assegurar, por meio de pesquisas, a identificação de princípios norteadores de programas preventivos, tendo como uma de suas diretrizes:

Incentivar e fomentar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e inovações tecnológicas sobre os determinantes e condicionantes de riscos e danos, o conhecimento sobre as drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, redução de danos, reabilitação, reinserção social e ocupacional, desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, disseminando amplamente seus resultados (BRASIL, 2010, p. 23).

No entanto, ainda são poucas as pesquisas sobre drogas no Brasil especificamente voltadas aos/as trabalhadores/as e ao ambiente de trabalho, o que fomenta a necessidade de expansão e investimentos em estudos e pesquisas que contribuem com o conhecimento sobre a realidade social e conseqüentemente com ações, programas e políticas sobre drogas que vem de encontro às necessidades da classe trabalhadora.

Nesta perspectiva, assinalamos a importância deste estudo sobre drogas e ambiente de trabalho que culminou com a presente dissertação, tendo como objetivo o conhecimento sobre o uso de drogas pelos trabalhadores/as de uma empresa pública e a contribuição na consolidação e efetivação de políticas públicas sobre drogas adequadas a realidade social dos trabalhadores/as e conseqüentemente a redução do consumo de psicoativos e a melhoria da qualidade de vida da classe que vive do trabalho.

Em continuidade às demais ações sobre drogas do Estado, foi instituído no ano de 2006 o *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – (SISNAD)* através da aprovação da *Lei de Drogas nº 11.343 de 23 de agosto* do mesmo ano, regulamentado pelo Decreto nº 5.912/2006, a qual tem por finalidade articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; como também a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas, a lei objetivou eliminar a pena de prisão para o usuário e o dependente, ou seja, àquele que porta droga para o consumo pessoal.

O Brasil, seguindo a tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes químicos não devem ser penalizados pela justiça com a privação da liberdade. Esta abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais a atenção ao usuário/dependente químico deve ser voltada ao oferecimento de oportunidades de reflexão sobre o seu próprio consumo ao invés de encarceramento. Assim, a justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas (SILVA; DUARTE, 2008, p. 156).

Com a referida lei foram equiparadas juridicamente as condutas de posse, porte e plantio destinadas ao consumo pessoal de substâncias entorpecentes, além de estabelecer a quantidade da substância apreendida como parâmetro para qualificar a pessoa flagrada como "usuária" ou "traficante", aparecendo pela primeira vez na legislação brasileira a figura do usuário de drogas para consumo pessoal, até então sentenciado também como traficante.

Portanto, com a nova lei de drogas sancionada no ano de 2006, ficou alterada a sanção prevista na legislação anterior de prisão do/a usuário/a de drogas:

Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido as seguintes penas: I – advertência sobre os efeitos das drogas; II – prestação de serviços à comunidade; III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (LEI Nº 11.343/2006, ART 28, § 3º).

Em 2007, por meio do Decreto nº 6.117/2007 foi instituída a *Política Nacional sobre o Alcool*, que tem como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo do álcool, através da intersetorialidade e integralidade das ações para a redução dos danos sociais à saúde e à vida, bem como das situações de violência e criminalidade relacionadas ao seu uso, tendo em vistas as diversas conseqüências sociais advindas do uso abusivo e da dependência etílica (BRASIL, 2007).

Considerando os diversos componentes associados ao crescimento da violência, da criminalidade e dos problemas decorrentes do consumo de crack no país, foi lançado em 20 de Maio de 2010, o Decreto nº 7.179, que instituiu o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*. Este tem por objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em todo o território nacional em parceria com estados, municípios e sociedade civil, com foco na redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias (BRASIL, 2010).

Em consonância à isso, em de 23 de dezembro de 2011 foi instituída a *Portaria nº 3.088* referente à *Rede de Atenção Psicossocial* para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde mental e demais necessidades decorrentes do uso do álcool e outras drogas. Dentre outros, fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial: as Unidades Básicas de Saúde, UPA (Unidade de Pronto Atendimento), Centro de Convivência, Equipe de Atenção Básica para populações específicas (população na rua e em situações de vulnerabilidade social), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) etc.

A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivos gerais: ampliar o acesso à atenção psicossocial, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgência (PORTARIA Nº 3.088/2011, ART. 3º).

O estado de Mato Grosso ainda não possui uma Política Estadual sobre Drogas, mas em 2011 foi instituído o Plano Estadual de Enfrentamento às Drogas, bem como os pressupostos para a Política Estadual sobre Drogas. Mato Grosso é conhecido a nível nacional e mundial como um estado que se encontra na rota de escoamento e tráfico da cocaína, maconha e outras drogas, por possuir largas fronteiras com países produtores de drogas e apresentar extensa dimensão territorial; situações estas que contribuem para a disseminação do uso/abuso de drogas e suas diversas consequências sociais.

O Plano Estadual de Enfrentamento às Drogas tem como objetivos: a **redução** do tráfico de drogas em Mato Grosso e do número de pessoas que buscam o uso dos psicoativos, bem como **atender** com qualidade os usuários, dependentes e seus familiares que procuram tratamento e **eleva**r a disponibilidade de recursos para o financiamento do enfrentamento às drogas. As propostas das ações têm como eixos: a prevenção, tratamento, repressão e financiamento, semelhantes aos objetivos e pressupostos da atual Política Nacional sobre Drogas (GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO, 2011).

A Política Estadual sobre Drogas ainda não foi promulgada pelo governo do estado de Mato Grosso, entretanto, esta se encontra consubstanciada a partir de estudos, pesquisas, fóruns regionais e estaduais realizados em parceria com o governo do estado, a Universidade Federal de Mato Grosso e a sociedade mato-grossense, tendo como premissas as recomendações e parâmetros da Política Nacional sobre Drogas - PNAD - de 27 de outubro de 2005. Portanto, alinhada à PNAD, porém em consonância com a realidade mato-grossense, voltados aos eixos de: **prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, a redução da oferta de drogas e estudos, pesquisas e avaliações** conforme preconiza a Política Nacional sobre Drogas.

No entanto, apesar de vivenciarmos o surgimento de diversas leis, decretos e políticas que visam normatizar e contribuir com a redução do consumo e do tráfico de drogas no país, ainda assim, observa-se claramente o distanciamento entre aquilo que se encontra “no papel” e sua concretização na realidade, tendo em vista que, o foco maior das ações tem sido na “ideologia da repressão” e na redução da demanda e oferta de drogas, não havendo uma preocupação maior no que concerne às causas subjetivas, econômicas, políticas e sociais que mantêm o dependente nessa relação com os psicoativos.

A esse respeito, Foucault (apud CARNEIRO, 2005, p. 16) nos lança a seguinte constatação: “a invenção do viciado é um mecanismo de controle, uma nova rede de poder/conhecimento”. Compartilhando desse ponto de vista, Carneiro (2005) aponta que:

As drogas são também objeto de um imenso interesse político e econômico. Seu domínio é fonte de poder e riqueza. Sacerdotes, reis, estados, a medicina e outras instituições sempre disputaram o monopólio do seu controle e a autoridade na determinação das formas permitidas de seu uso (CARNEIRO, 2005, p. 16).

Certamente, ao longo da história da sociedade brasileira, o que tem existido e prevalecido em relação às drogas é a força do cumprimento dos decretos e leis focados na repressão. Conforme Rodrigues (2004), no Brasil, a questão do uso do álcool e outras drogas é tratado como problema de segurança pública e isso se reflete no perfil da primeira política governamental, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), a qual possui um caráter mais repressivo, focado na redução da oferta do produto (drogas) e redução dos crimes correlacionados ao tráfico, ao invés do foco maior na prevenção e no tratamento, embora estes estejam traçados em seus eixos.

Ao nos debruçarmos sobre o processo histórico de construção da legislação e da política social brasileira no que se refere à questão das substâncias psicoativas, podemos observar que o uso de drogas nas políticas públicas foi tratado durante muitos anos como “caso de polícia” e adquiriu tardiamente o caráter de saúde pública. De ações de repressão ao usuário de drogas, passou gradativamente e de forma residual às ações de prevenção, atenção e reinserção social, porém, se mantém a atenção maior na repressão da produção e tráfico.

Apesar do considerável avanço organizacional da política sobre drogas no Brasil no que se refere à atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde reconhece um “atraso histórico” do SUS (Sistema Único de Saúde) em relação às políticas públicas para a drogadição, ao indicar “a necessidade de uma ação ampliada... para onde devem concorrer diferentes saberes e aportes teórico-técnicos”, a partir de uma perspectiva transversalizadora que permite “a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso abusivo e dependência em álcool e outras drogas de modo integrado, e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde” (BRASIL, 2003, p.07).

A retórica da preocupação do governo brasileiro com a “prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social”; “redução de danos” e “repressão”, parece, no entanto, dar ênfase a esta última dimensão, pois a visão da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) tem, ainda, um caráter mais punitivo, com uma preocupação maior com o tráfico e a oferta de drogas, e a Política para Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas têm o foco maior nos indivíduos que sofrem transtornos decorrentes do consumo dos psicoativos.

Segundo Carneiro (2005), o divisor de águas de todos os problemas decorrentes do uso

de drogas ilícitas é o sistema da proibição, pois:

O consumo de drogas não é autonomamente franqueado aos indivíduos, mas regulamentado, normatizado, vigiado e, ao mesmo tempo, impingido, estimulado, propagandeado. Se algumas substâncias são proibidas e perseguidas, outras são vendidas e exaltadas. O âmbito da liberdade humana de decisão a respeito das práticas relativas ao próprio corpo é determinado pelas condições históricas do sistema de produção mercantil do capitalismo, no qual a própria essência do mecanismo de reprodução ampliada do capital baseia-se no incentivo às formas de consumo de mercadorias baseadas não num valor intrínseco, mas num fetiche da forma-mercadoria que sobrepõe à efetivas satisfações de demandas sociais (CARNEIRO, 2005, p. 21-22)

O Estado e a sociedade tradicionalmente priorizam a repressão para o enfrentamento da questão do uso e abuso de drogas em detrimento das ações de prevenção de caráter abrangente e de planejamento adequado. Assim, o Estado tem centralizado seus esforços para impedir a circulação de drogas e dissuadir seus consumidores, o que pode naturalizar a proibição como única forma de enfrentar o problema.

Rodrigues (2005) aponta que em todos os países onde o proibicionismo e a ilegalidade das drogas avançaram, se instaurou um mercado ilícito como base de um campo inédito de conflitos sociais. No Brasil, “o narcotráfico despontou como um negócio vultoso e como alvo de grande relevância estratégica no circuito internacional da empresa narcotraficante nos anos 1980” (p.302-303).

O mesmo autor diz que:

...o narcotráfico no país – e a repressão a ele – se apresenta em sintonia com os contornos internacionais de um mercado que transita cada vez mais distante da utopia proibicionista. O consumo global de psicoativos ilícitos não declina, o leque de substâncias banidas aumenta (englobando drogas sintéticas que imprimem uma outra logística ao mercado de drogas) e as máfias dedicadas à negociação desses produtos continuam acumulando vultosos lucros para regozijo do mercado financeiro internacional (RODRIGUES, 2005, p. 307).

Portanto, o tráfico de drogas se encontra na perspectiva do atual modelo econômico, onde o lucro é a meta e essa forma mercantil é totalmente permitida, uma vez que atende ao principal interesse das nações: o acúmulo incessante de capital, além de permitir a chamada “lavagem de dinheiro”. Assim, para manter esta situação sob o controle das forças policiais, os aparelhos ideológicos fazem a sociedade crer que o aumento do contingente repressor legitimado pelo Estado é a saída mais eficaz no combate ao tráfico de drogas, assim como a criação de maiores centros de detenções/presídios.

Para Minayo (2003), o mercado das drogas possui as características mais avançadas do capitalismo atual, pois tem uma organização complexa, que atinge tanto a camada alta da população (com poder econômico e político), quanto a população mais pobre, que incorpora estratégias de acumulação de riqueza do comércio mundial e nesse processo de comercialização das drogas ilegais, a potencialidade de lucro e movimentação financeira nunca foi tão grande.

A autora ainda aponta:

O lucro, a riqueza e a exploração são frutos das ações humanas simbólicas ou materiais que constroem valor de uso e de troca. Assim, se olhadas como quaisquer mercadorias, as drogas não são apenas um conjunto de substâncias naturais ou sintetizadas, nem fenômenos bons ou maus produzidos de uma vez por todas: são criações dos seres humanos em sociedade, produtos sociais. Portanto, na dinâmica da transformação do fetiche “droga ilegal” no fetiche “lucro, dinheiro”, estão em jogo relações de produção e reprodução de riqueza, poder e simbologia (MINAYO, 2003, p. 17).

Como sabemos, o século do proibicionismo foi o mesmo do crescimento do consumo de drogas, assim, torna-se necessário refletir sobre o papel do Estado na questão das drogas ao longo da história da humanidade e na contemporaneidade, pois, como pensar em um regime democrático e inclusivo quando a análise da política de drogas aponta para a execução de um projeto que tem como foco principal manter a repressão ao invés da prevenção?

As drogas têm acompanhado o desenvolvimento da humanidade e certamente não serão totalmente eliminadas da sociedade, assim Minayo (2003, p. 16) afirma que, independentemente da droga ser legal ou ilegal, seus efeitos e conseqüências no organismo humano, as “substâncias tóxicas compõem uma questão estrutural, transversal e multicultural da sociabilidade humana”.

Certamente, são inúmeras as necessidades de avanços na Política sobre Drogas no Brasil, especialmente no que se diz respeito a concretização daquilo que se encontra normatizado na lei e “no papel” para a sua efetivação na realidade. Como também, é preciso mudanças na perspectiva atual da política pública sobre drogas, para que o foco maior esteja na prevenção e na redução do uso abusivo e da dependência química e suas conseqüências, e não apenas na repressão da oferta e do tráfico.

Conforme Rodrigues (2005), a manutenção do viés proibicionista em relação aos psicoativos não suprimiu o mercado dessas substâncias, mas contribuiu como modulador de novas ilegalidades.

Entendida como estratégia política de controle social e intervenção internacional, a guerra às drogas, em suas dimensões doméstica e global, apresenta-se como uma guerra-fluxo, a um só tempo flexível e visceral, que incita embates em planos diversos, compondo um dos principais campos de batalha contemporâneos (RODRIGUES, 2005, p. 308).

Para Minayo (2003), a forma como as forças repressivas lidam com as drogas, acaba por criar dois mundos de delinquência que se superpõem: o dos traficantes do sistema de varejo que organiza e distribui os tóxicos aos usuários e o que reprime, entorse e vive em torno à repressão. Portanto, não se pode negar que o comércio e distribuição/circulação de drogas tem uma forte associação com o aumento das taxas de criminalidade e morte, especialmente nas maiores cidades e metrópoles do Brasil.

Diante desta realidade, defender um modelo alternativo a este que tem o principal foco no proibicionismo não é afastar o Estado do problema, mas rediscutir o seu papel. A luta pela mudança do paradigma deve ser simultânea à construção de legislações e políticas públicas e sociais que contribuam com a melhoria das condições de vida da população, para atender da melhor maneira possível os problemas que o consumo de álcool e outras drogas causam, de forma a contribuir com a diminuição do consumo, prevenção, consolidação e expansão de uma política pública sobre drogas no país.

### **3.3 Um breve aporte sobre o neoliberalismo e o impacto nas políticas sobre drogas**

A Política de Saúde e o Sistema Único de Saúde foram fundados nos princípios da universalidade, equidade, integralidade das ações, participação da comunidade, entre outros princípios inclusivos, porém, tem sofrido com a precarização e sucateamento dos seus serviços, tendo em vista a falta de recursos e investimentos. Aliados a isso, a ampliação da prestação de serviços privados com uso de recursos públicos, levando a instabilidade no financiamento desta política, esta tem sido uma das características do Estado neoliberal, com investimentos mínimos na área social e máximos para o capital, o que repercute diretamente na precarização e redução das políticas públicas e sociais, como também na política sobre drogas.

A nova ordem econômica mundial tem se estruturado no processo de aprofundamento das desigualdades sociais, com a ampliação da competição, com redução e eliminação da regulamentação do papel do Estado, o que contribui com a precarização/diminuição dos serviços e das políticas públicas e sociais. A proposta do modelo econômico neoliberal é de

um Estado mínimo para o investimento na área social, ao repassar tais obrigações à sociedade e ao mercado, com a ampliação do Terceiro Setor, porém, continua sustentando bancos, o sistema econômico e os grandes grupos financeiros.

Na atualidade, o neoliberalismo propaga o fim dos direitos sociais, propõe ao mercado a regulação das questões que envolvam a área da saúde, habitação, educação, etc; tendo em vista a lógica capitalista da ampliação máxima dos lucros.

Para Coutinho (2008, p. 45), “No plano econômico, o limite do reformismo social-democrata reside no fato de que a ampliação crescente dos direitos sociais é a longo prazo, incompatível com a lógica da acumulação capitalista”.

No mundo moderno, hegemônico pela burguesia, os direitos sociais foram por muito tempo negados, sob a alegação de que estimulariam a preguiça, violariam as leis do mercado (e, portanto, o direito individual à propriedade), além de impedirem os homens de se libertar da tutela de um poder estatal autoritário e paternalista. Não é assim causal que esses direitos voltem a ser negados hoje, teórico e praticamente pelos expoentes do chamado neoliberalismo (COUTINHO, 2008, p. 64).

A tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal e da “reforma” do Estado, pois a reestruturação produtiva e as mudanças no padrão tecnológico em curso engendram novas formas de exclusão social, contribui com o aumento de precárias condições de vida da população e conseqüentemente o uso abusivo das substâncias psicoativas. Tais transformações levam-nos a pensar em um processo de “modernização selvagem”, que deixa rastros de devastação, como a pobreza, a diminuição dos serviços públicos, a erosão dos direitos do trabalho e a desmontagem de formas estabelecidas de regulação social, dos quais depende a qualidade de vida da maioria da população.

Após a década de 1970, com a crise do Estado social, houve o crescimento da ofensiva neoliberal e a desregulamentação dos direitos, assim Couto (2004, p.69) aponta que, “a crítica do aparato teórico neoliberal ao Estado social é centrada naquilo que é identificado como excessos de poder do Estado, tanto em relação ao mercado como à sociedade”. O Estado então, passa a ser fortalecido naquilo que é necessário para manter o funcionamento do mercado, com investimento mínimo no social e máximo para a economia e o Capital, propondo “reformas”, os quais visam a redução dos direitos (especialmente os sociais), já conquistados pela classe trabalhadora.

Ao longo da história da humanidade, diversos movimentos e lutas da sociedade entre o Estado, Capital e trabalho contribuíram com a construção destes direitos e segundo Nogueira

(2005, p. 07) “os direitos não são uma dádiva, nem uma concessão, foram arrancados por lutas e operações políticas complexas.” E para a efetivação dos direitos, especialmente os direitos humanos e sociais, torna-se necessária a mediação e a permanente ação do Estado para sua garantia.

Couto (2004) relembra que os direitos sociais são fundamentados pela idéia de igualdade e também por decorrerem do reconhecimento das desigualdades sociais gestadas na sociedade capitalista, entendidos como direitos de créditos do indivíduo em relação à coletividade, que se expressa pelo direito à educação, saúde, trabalho, assistência e previdência social. Porém, o atual modelo de acumulação capitalista neoliberal, faz com que esses direitos sociais percam sua identidade e significado, deixando a concepção de cidadania restringida e limitada e as políticas sociais retomam seu caráter liberal residual, assim a garantia de direitos fica comprometida e os direitos sociais reduzidos e executados com ações focalizadas e seletivas do Estado.

Para Costa (2006), a partir do ideário neoliberal, a cidadania é reduzida aos aspectos civis e políticos, já que o “enfrentamento” da desigualdade social figura no campo da filantropia, na área empresarial e no crescimento do terceiro setor.

O neoliberalismo caracteriza-se essencialmente por um movimento político e ideológico que busca criar legitimidade e manter os avanços da globalização econômica, justificando a desigualdade social a partir da idéia de diferenças naturais. O Estado está no centro da disputa neoliberal, pois como movimento político-ideológico visa essencialmente usar o poder político para dar liberdade de ação ao grande capital. (COSTA, 2006, p. 79).

Na atualidade, temos vivenciado uma mercantilização das políticas sociais e dos direitos sociais, com preponderância na apropriação privada e lucrativa das políticas e dos direitos sociais, que esvazia seu caráter público, passam a ser bens privados que devem ser comprados no mercado.

A privatização dos programas de bem-estar social é uma das estratégias mais defendidas na presente crise do Welfare State. De fato, ela é promovida por duas razões distintas: a primeira com o objetivo de diminuir o gasto público e de estimular a independência; a segunda, visando responder às demandas mais diferenciadas e individualistas da sociedade “pós-industrial”. (ESPING- ANDERSEN, 1994, p. 106)

Na sociedade capitalista tudo se torna mercadoria e a idéia de que até os direitos sociais podem ser “comprados”, aos poucos permeia as relações econômicas e sociais,

lançando-os fora do campo público para o campo privado, com perspectivas e ideários próprios de uma sociedade e Estado pautado nos princípios do neoliberalismo, que busca a maximização dos lucros e do Capital e um investimento mínimo nos serviços e direitos sociais. Tal premissa repercute diretamente na redução das políticas sociais, no aumento das desigualdades e vulnerabilidades sociais, bem como o aumento do uso das substâncias psicoativas e das dificuldades enfrentadas para a prevenção e tratamento dos/as adictos/as.

Conforme Esping- Andersen (1994, p. 107-108), “o mercado pode ser de fato um mecanismo eficiente de alocação de recursos, mas não de construção de solidariedade;” não podemos desconsiderar os efeitos econômicos dos altos custos do Welfare State, mas “tampouco podemos esquecer que a única razão para promover a eficiência econômica é a de garantir o bem-estar”.

E hoje, apesar de vivermos em uma “era de direitos”, com várias conquistas e avanços, estes ainda aparecem como “expectativa de direito”, como aponta Bobbio (2004), pois há uma grande defasagem entre os direitos positivados (aqueles que estão escrito na lei) e sua efetividade na realidade, sendo que, especialmente os direitos humanos e sociais, encontram-se ameaçados pelos impactos e conseqüência da globalização e do neoliberalismo.

A globalização, entre outras coisas, retira a soberania dos Estados nacionais e, com isso, reduz a capacidade que estes Estados têm de regular, controlar e proteger, perturbando-os como fonte de garantia de expectativas normativas. Deste modo, os direitos humanos em geral e os direitos sociais em particular ficam, sem o devido anteparo estatal, correndo o risco de se perderem ou de simplesmente não serem efetivados (NOGUEIRA, 2005, p. 09).

Conforme Nogueira (2005), em termos de Estado democrático de direito e em direitos de cidadania, o Estado deixa a desejar, devido o agravamento de um quadro de globalização arrogante, dominada pelo mercado e hegemonia neoliberal, com foco no desenvolvimento do mercado e na redução dos custos e gastos sociais. O autor relembra que na sociedade capitalista tudo vira mercadoria, pois hoje temos uma situação tendencialmente disposta no sentido de que os direitos sociais também podem ser comprados, porém, os direitos não podem ser ofertados e centralizados no mercado, pois não são do mercado, mas do Estado e da política, e somente no Estado podem encontrar proteção, viabilidade e efetividade.

Dessa forma, a atual configuração do Capital determina novas modalidades de reprodução da força de trabalho, ancoradas principalmente nos processos de privatização, focalização e descentralização das políticas sociais. Nesta ótica, a estratégia neoliberal de reprodução da força de trabalho consiste em implementar políticas sociais que consigam

integrar os indivíduos, já que, em sua visão, o trabalho assalariado não tem mais essa capacidade. É esta perspectiva que vem determinando as tendências das políticas sociais no Brasil, que em oposição à universalização e integração com as outras esferas da seguridade social, passaram a ser centralizadas em programas sociais emergenciais e seletivos, enquanto estratégias de combate à pobreza.

A tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, que transformam as políticas sociais em compensação nos períodos de crises do Capital, sabemos, que a política social no contexto do capitalismo maduro não é capaz de reverter o quadro que esse traz à sociedade, e nem é esta sua função. Porém, não significa que temos que abandonar a luta dos/as trabalhadores/as para a implementação e consolidação das políticas e dos direitos sociais, ao ter em vista sua importância para elevar o padrão e as condições de vida da população, além de suprir e suscitar novas demandas e necessidades.

Porém, na atualidade, os direitos, as políticas e os serviços sociais se encontram ameaçados pelo ideário neoliberal de reestruturação produtiva e reforma do Estado, o qual se fortaleceu a partir da década de 90. Conforme Vianna (1998), houve uma crise do Estado na área social e reformas no sistema de seguridade, que em boa medida, também atuaram como amortizadores da crise, com o objetivo de diminuir as consequências da recessão e atenuar o agravamento das injustiças sociais.

A mesma autora aponta que as mudanças na área da proteção social seguem algumas tendências nesta nova conjuntura, como: diminuição do investimento com gastos sociais, seletividade, priorização na clientela-alvo para o acesso às políticas e programas sociais. Ao ocorrer uma “multiplicação de esquemas privados (ou não públicos) de bem-estar, em sua maioria estabelecidos no âmbito das empresas e com caráter complementar às provisões estatais”, instaura-se a desestatização relativa, com a redução da ação estatal na produção de bens e serviços, com o aumento das modalidades mix público/privado tão em voga na atualidade” (VIANNA, 1998, p. 65).

No ápice dessas mudanças estruturais, a política social, seja dos países centrais ou dos periféricos, foi diretamente afetada, mas nesse processo, ela não entrou em crise, no sentido de falência ou extinção, ao contrário, ela se reestruturou institucionalmente e se reorientou ideologicamente, com o objetivo de se adaptar à revolução conservadora empreendida.

Conforme Pereira (2004), após o “período de ouro” do Estado de Bem-Estar – Welfare State entre 1945 à 1975, iniciou-se a transição para outro padrão de proteção social nas sociedades capitalistas centrais, em substituição ao modelo Keynesiano/beveridgiano de bem-estar centralizado no Estado, para a defesa de um pluralismo de bem-estar ou Welfare Mix,

diferente do Estado de Bem-Estar Social e do Estado Liberal, que visava quebrar a centralidade do Estado, previa a participação do mercado e do terceiro setor.

Vianna (1998) aponta que:

[...] o regime público através de esquemas privados vem se multiplicando nos países de Welfare consolidado, tanto como subproduto indireto das medidas contencionistas e seletivizadoras adotadas nos últimos anos quanto por conta de incentivos governamentais diretos. Em geral, a concepção emergente tem sido a de um mix, cujo sentido é o de simultaneamente redefinir as prioridades da intervenção estatal e substituir a lógica do contrato individual de compra e venda por relações coletivas que reduzam os custos de obtenção dos benefícios sociais no mercado. [...] incluindo formas contratuais privadas de obtenção de segurança futura (aposentadorias e pensões) e de bem-estar (saúde, por exemplo, e outros serviços sociais) (VIANNA, 1998, p. 65).

Assim, o Estado faz parte de um esquema *plural* ou *misto* na condição de parceiro, co-responsável, “facilitador” e não total provedor e garantidor de direitos, a partir da aproximação entre Estado, mercado e terceiro setor, que constitui uma mudança de cunho neoliberal no comando das políticas sociais e atinge a todos os países.

Segundo Pereira (2004, p. 157), o Brasil “está integrado numa rede, não propriamente de solidariedade pluralista, mas de proteção social regida pela lógica da privatização, cuja influência imperial norte-americana é incontestável”. A autora relata o aumento do voluntariado e do setor informal, este último entendido como a provisão da assistência através dos grupos primários, como a família, amigos e vizinhos que escancarou uma porta para o retorno do voluntariado, que gradativamente passou a ganhar expressão no ideário neoliberal e de desregulamentação do mercado.

No Brasil, tais ideários neoliberais tiveram início nos anos 90, no período do governo Collor do Partido da Reconstrução Nacional - PRN (1990 - 1992), dando continuidade com Fernando Henrique Cardoso do Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB (1995 - 2003), Lula do Partido dos Trabalhadores - PT (2003 - 2011) e atualmente no governo Dilma também do PT, em que o neoliberalismo passou a ser a ideologia dominante, dando início a um processo de privatização acentuada do Estado, desregulamentação e precarização do trabalho, abertura da economia para o capital estrangeiro, financeirização da economia, onde o mercado/Capital passou a ser o grande agente organizador da nação, enquanto a classe trabalhadora começou a sofrer “bombardeios” incessante em seus direitos, conquistado e garantido pela Constituição Federal de 1988.

Sobre este aspecto, Castelo (2012) aponta que:

Já na década de 1990, os danos sociais da agenda neoliberal foram sentidos com maior intensidade. Brasil, México e Argentina viram cadeias dos parques produtivos serem desmontadas e alguns setores desnacionalizados. O desempenho macroeconômico foi pífio: baixas taxas de crescimento, desequilíbrios nos balanços de pagamentos (com graves crises cambiais), déficits públicos crescentes e aumento das dívidas públicas internas. E os efeitos sobre expressões da “questão social” também foram desastrosos: aumento do desemprego estrutural e do pauperismo (absoluto e relativo) e perda de direitos sociais básicos, como a precarização das relações trabalhistas e a privatização de bens públicos, como saúde, previdência e educação (CASTELO, 2012, p. 623).

O referido autor confirma que, o neoliberalismo teve continuidade e aprofundamento no governo do Partido dos Trabalhadores (PT), iniciado por Luís Inácio Lula da Silva no ano de 2003 e na atualidade com o governo Dilma Rousseff, que “aderiram ao neoliberalismo por intermédio do social-liberalismo e o governo Lula é o caso mais emblemático dessa adesão ao projeto de supremacia burguesa” (CASTELO, 2012, p. 624).

Assim, a partir dos ideários neoliberais, Behring (2003) afirma que há uma forte tendência de desresponsabilização pela política social - em nome da qual se faria a “reforma” no Estado - acompanhado pelo desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. O trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais - privatização, focalização e descentralização se expandiram por meio do “*Programa de Publicização*”, o qual se expressa na criação das agências executivas, das organizações sociais e na regulamentação do Terceiro Setor, que estabelece um termo de parceria com as ONG’s (Organizações Não Governamentais) e instituições filantrópicas para a implementação das políticas e serviços sociais.

Esta tendência neoliberal também se expressa na política pública sobre drogas, com a redução dos investimentos nas políticas sociais de saúde, bem como no desenvolvimento de ações setorizadas e focalizadas pelo Estado, que repassa a responsabilidade para o indivíduo, família, mercado e o terceiro setor, através das clínicas de internação e desintoxicação de caráter religioso ou privado, da filantropia, voluntariado, ONG’s, aumento dos grupos de auto e mútua ajuda e de Comunidades Terapêuticas, recebendo algumas destas organizações o apoio financeiro e mantenedor do Estado, sem no entanto ter fiscalização e apoio nas ações.

Em referência às Comunidades Terapêuticas, Costa (2006) aponta que estas surgiram no cenário brasileiro a partir da década de 60, em sua maioria vinculadas principalmente a confissões religiosas (católicas e evangélicas), antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção aos usuários de drogas, e se multiplicaram na medida em que há

ineficiência de programas e políticas públicas na atenção aos dependentes químicos e seus familiares.

As comunidades terapêuticas, aqui entendidas como instituições de atendimento ao dependente químico, não governamentais, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes, surgiram no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção à dependência química no país. Elas cresceram, multiplicaram-se e ocuparam espaços na medida em que inexistiram programas e projetos de caráter público que oferecessem alternativas para o atendimento às pessoas dependentes de substâncias psicoativas, desejosas de tratamento (COSTA, 2006, p. 02 e 06).

Posteriormente, a maioria das Comunidades Terapêuticas recebeu apoio financeiro do Estado, considerando o surgimento de uma política pública sobre drogas no país e o crescente número de clínicas e comunidades voltadas para o atendimento aos dependentes químicos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) definiu na Resolução nº 101 de 30 de maio de 2001 as regras para o funcionamento das clínicas e comunidades terapêuticas, entretanto, ainda se faz necessário um maior controle e regulação do Estado nestas instituições de tratamento.

Na contemporaneidade, a proteção social e os direitos sociais vêm sendo postos em cheque pelas atuais mudanças no mundo do trabalho e nas conquistas sociais, e, segundo Telles (1999), a ordem neoliberal vem reabrindo tensões, conflitos e contradições entre a modernização excludente (que dificulta as perspectivas para o futuro) e a esperança de um mundo que valha a pena ser vivido. A eficácia das normas e de acesso universal aos direitos ainda é deficiente, visto que o apelo aos direitos humanos e as políticas sociais envolve a rejeição dos interesses individuais e particulares dominantes para os interesses sociais e da classe trabalhadora.

Assim, a mudança do paradigma deve ser simultânea à construção e efetivação das políticas sociais que contribuam de fato com a melhoria das condições de vida da população e com a prevenção do uso abusivo e dependência do álcool e outras drogas. Para tanto, é preciso organização e lutas sociais em prol do processo de universalização efetiva da cidadania, dos direitos e serviços sociais e da socialização da riqueza que é socialmente produzida, pois, apesar dos avanços nas declarações e leis sobre direitos e criação de programas e políticas sociais, a garantia e a efetividade destas ainda não se constituem como universal e de acesso a todos/as os/as cidadãos/as.

Diante de tal realidade, os movimentos sociais são imprescindíveis e essenciais neste

processo de construção e efetivação dos direitos humanos e sociais, como também a conquista de novos direitos para o fortalecimento da cidadania no Brasil, pois conforme Dagnino (1994, p. 103), “a cidadania tem um caráter de estratégia política nos dias atuais, pois expressa um conjunto de interesses, desejos e aspirações de grande parte da sociedade”. Contudo, a nova cidadania requer sujeitos sociais ativos, que definem o que consideram serem os seus direitos e lutam por seu reconhecimento, buscando a diminuição da distância entre aquilo que está no papel e na lei e sua concretização na realidade, por uma sociedade mais justa, democrática e socialista, com o desenvolvimento de políticas públicas e sociais que contribuam com a melhoria das condições de vida e com a redução do uso abusivo e dependência de drogas.

#### **4 O USO DE DROGAS ENTRE OS/AS TRABALHADORES/AS DO CTCE/CORREIOS**

A pesquisa é um dos instrumentos na produção do conhecimento, com indagações, reflexão e construção da realidade, é o caminho para se chegar à ciência, contribuindo para a geração de novos conhecimentos, trazendo à luz conhecimentos que possam concordar ou não com teorias e pesquisas já existentes, como também acrescentar novos olhares sobre temas já estudados ou que ainda carecem de pesquisa.

Diante do desafio teórico metodológico que nos propusemos e cientes dos limites em analisar os significados da realidade social, o enfoque metodológico histórico-dialético por seu caráter de totalidade e de análise crítica da realidade foi o que nos norteou durante a pesquisa e contribuiu com o alcance dos objetivos propostos.

Segundo Richardson (2012) a lógica dialética permite-nos reconhecer a especificidade histórica e a construção social dos fenômenos existentes, para que possamos agir conscientemente para transformação e satisfação de nossas necessidades.

Para Minayo (2007, p. 16), a pesquisa é uma atividade basilar da ciência, que indaga e constrói a realidade, mesmo como uma prática teórica, ela vincula o pensamento e a ação e “toda investigação se inicia por uma questão, por um problema, por uma pergunta, por uma dúvida, que para ser respondida se coloca a necessidade de articular conhecimentos anteriores ou então criar novos conhecimentos”.

Neste sentido, a presente pesquisa teve como objetivo refletir sobre o tema drogas e ambiente de trabalho, a partir da coleta de dados entre os/as trabalhadores/as do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas – CTCE dos Correios de Mato Grosso sobre o atual consumo de substâncias psicoativas e sua relação com a questão de gênero, o trabalho e os principais fatores de risco relacionados.

Para tanto, nos norteamos a partir das seguintes questões de pesquisa:

- ✓ Qual a realidade do uso de drogas entre os/as trabalhadores/as dos Correios do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas do estado de Mato Grosso?
- ✓ Existem diferenças no uso e no tipo de drogas entre homens e mulheres trabalhadores/as dos Correios do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas no estado de Mato Grosso?
- ✓ Qual papel que o Estado vem cumprindo diante do aumento do consumo de drogas?

A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos foi escolhida para a pesquisa por ser nosso lócus de trabalho e pela convivência cotidiana e profissional como Assistente Social, no atendimento e intervenção às demandas relacionadas ao uso abusivo e a dependência do álcool e outras drogas, bem como a importância da temática em relação ao absenteísmo, acidentes de trabalho, licenças médica e crescente número de aposentadorias precoces decorrentes do uso do álcool e outras drogas pelo/as trabalhadores/as.

Para a realização da pesquisa foi definido como universo o Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas (CTCE) dos Correios no estado, por sua importância operacional na atividade-fim da empresa e também por apresentar diversidades de empregados/as no que se refere ao sexo e aos principais cargos na empresa (Carteiro, Operador de Triagem e Transbordo, Auxiliar administrativo/Suporte, Supervisor e Gerente).

O CTCE está localizado em Várzea Grande/MT e possui um total de 132 empregados/as efetivos/as e na ativa em Novembro/2014, porém, diante da inviabilidade de pesquisar todo o universo devido à impossibilidade de obter informações de todos os sujeitos, seja porque o número de elementos é demasiado grande, os custos são elevados ou ainda porque o tempo pode atuar como agente de distorção foi realizada a definição da amostra da população para a coleta dos dados conforme orienta Richardson, 2012.

Para definir o tamanho da amostra, utilizamos a fórmula estatística apresentada por Santos (2013):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)}$$

Onde:

n - amostra calculada;

N - população;

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança;

p - verdadeira probabilidade do evento;

e - erro amostral.

Para a pesquisa, a amostra foi de 45 trabalhadores/as, representando 30% dos empregados/as do CTCE de Mato Grosso, que foram entrevistados/as no período de 18 de Novembro a 01 de Dezembro de 2014.

Para o cálculo, foi definido em 10% o erro amostral, para não termos que aumentar o tamanho da amostra, o que tornaria o estudo inviável de ser realizado em um espaço curto de tempo.

Esse erro, também chamado de erro de estimação é considerado porque os resultados da amostra não podem ser rigorosamente exatos em relação ao universo que se pretende representar, supõem-se então erros de medição conforme pontuado por Richardson (2012).

Sabemos também que a validade da pesquisa não estará garantida pela definição estatística da amostra e sim pela autenticidade das opiniões dos/as entrevistados/as e por uma análise e interpretação aprofundada dos dados.

Portanto, para o alcance dos objetivos propostos, foi realizada pesquisa bibliográfica e de campo através de entrevista estruturada dirigida individualmente aos trabalhadores/as através de questionário (**Apêndice A**) contendo perguntas fechadas, precedidas pelo TCLE (**Apêndice B**).

Conforme Richardson (2012) a entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação.

A melhor situação para participar na mente de outro ser humano é a interação face a face, pois proporciona as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos, como também, o uso do questionário cumpre pelo menos duas funções: descrever as características e medir determinadas variáveis de um grupo social (RICHARDSON, 2012, p. 189).

Assim, a fim de conhecermos o padrão de consumo do álcool pelos/as trabalhadores/as foi utilizado o questionário AUDIT (Alcohol Use Disorder Identifi Cation Test), composto de 10 questões, desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 90, como um método simples de investigação sobre os padrões de consumo do álcool e que é usado em todo o mundo. As demais perguntas estavam relacionadas ao uso de outras drogas, ao perfil sócio-demográfico do/a entrevistado/a, relações sociais, familiares e de trabalho.

Ressaltamos que antes de darmos início às entrevistas, foi exposto aos entrevistados/as o objeto da pesquisa, seus objetivos e justificativa, visando demonstrar a relevância desta e sua importância para o/a trabalhador/a, a sociedade e o ambiente de trabalho. Buscou-se considerar a importância da ética em pesquisa, a *Resolução nº 466/2012* do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamenta e normatiza pesquisas com seres humanos e na área de saúde, as entrevistas foram realizadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a fim de prezar pelo sigilo e identidade, não foi realizada a identificação dos nomes ou dos dados dos sujeitos entrevistados/as.

A eticidade da pesquisa implica em: prever procedimentos que assegurem a

confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização [...] ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena [...] respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades; garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão (BRASIL, 2012, p. 3).

Considerando o rigor ético que deve ser adotado em qualquer pesquisa que envolva seres humanos, este projeto de pesquisa foi disponibilizado em meio eletrônico à Plataforma Brasil sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 43407915.5.0000.554, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Julio Muller em Cuiabá/MT (**ANEXO A**).

Para a tabulação e sistematização dos dados obtidos foram criados planilhas e gráficos no programa Excel, os quais foram, posteriormente, interpretados e contextualizados, com o objetivo de analisar a atual realidade do consumo de substâncias psicoativas pelos/as trabalhadores/as do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas dos Correios de Mato Grosso (CTCE), refletindo e compreendendo o fenômeno social estudado a partir dos referenciais teóricos elucidados.

#### **4.1 Conhecendo a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos**

A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos que conhecemos hoje têm sua origem na época do Império no Brasil. Conforme informações retiradas do site dos Correios (2015), os primeiros serviços postais no Brasil Colônia reportam-se a Portugal e à sua atuação neste novo território, que têm as cartas como o único meio de comunicação à longa distância. No ano de 1663 iniciou-se o serviço de Correio-Mor no Brasil, cujo primeiro titular foi Luiz Gomes da Matta Neto, que já era o Correio-Mor do Reino, em Portugal, a partir de então começou a funcionar o Correio no Brasil como uma organização paraestatal e qualificada para receber e expedir toda correspondência do Reino.

Mesmo com a criação do Correio-Mor no Brasil Colônia, a entrega das correspondências até meados do século XIX é considerada muito precária, e ao invés de pagar por este serviço de correio, as pessoas preferiam usar mão de obra gratuita, como os tropeiros, os bandeirantes e os escravos. Em 1852, o telégrafo foi introduzido no Brasil e este passou a ser o principal sistema de comunicação a longa distância nos séculos XIX e começo do século

XX.

Em 1931, houve a junção da Repartição Geral dos Telégrafos e o Departamento de Correios, criando o Departamento de Correios e Telégrafos – DCT interligado ao Ministério da Viação e Obras Públicas, sendo que em 20 de março de 1969 o antigo DCT foi transformado na atual Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – ECT, subordinada até os dias atuais ao Ministério das Comunicações (CORREIOS, 2015).

Segundo a Lei 6.538/78 que regulamenta os serviços postais no país, os Correios possuem o monopólio e a exclusividade para realizar a entrega de cartas, cartões postais e correspondências agrupadas (malotes).

Conforme os Correios (2015), atualmente realizam a entrega de 8,3 bilhões de objetos por ano, possui em seu quadro de funcionários mais de 56.000 carteiros/as no Brasil, o que representa mais da metade do efetivo da empresa, sendo que deste total, cerca de 10% são mulheres.

Conforme registro de documento da área de Recursos Humanos dos Correios, o uso abusivo de drogas, principalmente do álcool, recebe atenção dos profissionais da empresa há alguns anos, porém, as primeiras iniciativas e intervenções na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos no Brasil datam do ano de 1977, quando da implantação do Serviço Social na empresa, sendo que no início o problema era abordado mais a nível curativo e de tratamento individual, com ações regionais e isoladas. No estado de Mato Grosso, as primeiras ações sobre o tema foram realizadas a partir do ano de 1989 através de palestras preventivas aos/as empregados/as sobre dependência química, com o principal foco no alcoolismo (ECT, 2000a)

Em 1990, ao considerar as necessidades e demandas referentes ao consumo de drogas, como também a conjuntura da época, de desenvolvimento de uma Política Nacional Antidrogas no Brasil, foi implantado nos Correios um Programa interno a nível nacional de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo, com a proposta de abranger o aspecto preventivista com o desenvolvimento de ações socioeducativas sobre o tema. Porém, conforme Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (2000a), ao se ter em vista a descentralização e regionalização do programa, o planejamento e a execução tornou-se disperso e fragmentado no âmbito da Empresa, o que enfraqueceu sua abrangência enquanto política.

Diante desta realidade, estabeleceu-se em nível nacional na empresa no ano 2000, um Programa de Prevenção e Tratamento dos Problemas Decorrentes do Uso do Álcool e outras Drogas, com regimento e regulamentação nacional, objetivando a intervenção através de equipe multiprofissional voltado à prevenção, diagnóstico, encaminhamento e tratamento dos/as trabalhadores/a, seguido da implantação do Programa de Prevenção Viva Com Mais

Saúde, hoje denominado Viva Melhor que é norteado por três Pilares: Promoção à Saúde, Prevenção das doenças e Prevenção de Riscos no trabalho, cujas ações buscam contemplar os aspectos relacionados à qualidade de vida e bem-estar do/a empregado/a, direcionando também a atenção psicossocial ao usuário do álcool e outras drogas, tendo como caráter geral a promoção, prevenção e vigilância à saúde, através da operacionalizado do programa pelo Recursos Humanos e área de saúde dos Correios (ECT, 2000a).

#### **4.2 O perfil sociodemográfico dos/as trabalhadores/as**

Os aspectos sociodemográficos e sobre temas abordados na pesquisa permitem traçar um perfil dos empregados/as entrevistados/as, que subsidia o entendimento sobre uso de drogas e trabalho, como também, pode contribuir com o desenvolvimento de políticas e programas de prevenção à dependência química e de melhoria da qualidade de vida dos/as trabalhadores/as.

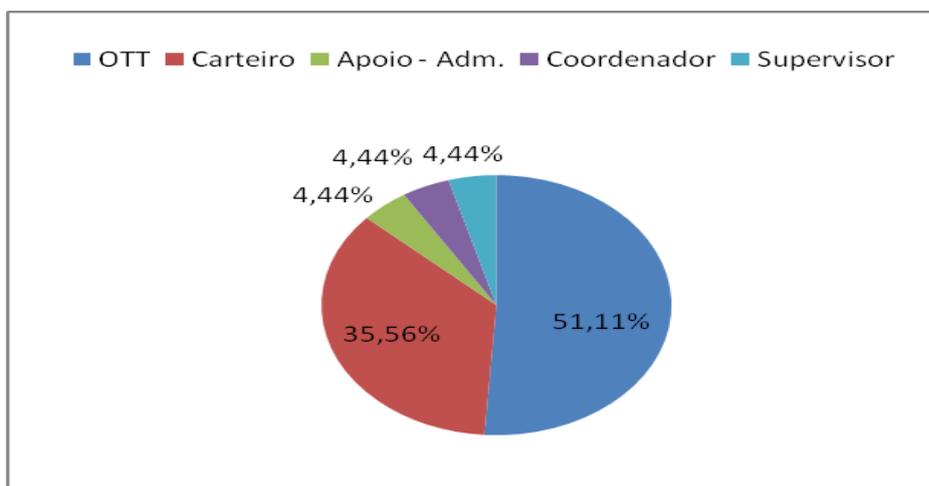
Conforme nos aponta Galduróz (2013) quando se pretende aplicar um programa preventivo ou uma intervenção, é importante conhecer previamente o perfil daquela população específica, pois suas peculiaridades são relevantes para um planejamento adequado.

A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos possui 120.461 empregados/as efetivos/as em todo os país, conforme dados da Central de Gestão de Pessoas - CEGEP dos Correios de Dezembro/2014, composta em sua maioria pelos cargos da área operacional, que são: Carteiro, Atendente Comercial e Operador de Triagem e Transbordo que representam 85% do efetivo, além de ocupações na área administrativa, como cargos de Analistas de Correios de nível superior, técnicos, auxiliar administrativo (suporte) e demais cargos. No estado de Mato Grosso, são 1.650 empregados/as efetivos, sendo que 89,69% correspondem aos trabalhadores/as da área operacional, sendo as demais funções ocupadas pelos empregados/as da área administrativa. Em relação aos cargos de Carteiro e Operador de Triagem e Transbordo, que são as ocupações dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa, estes correspondem respectivamente a 46,54% e 7,87% dos/as empregados/as no estado de Mato Grosso (ECT, 2014).

Na pesquisa realizada no Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas (CTCE) do estado de Mato Grosso, os cargos ocupados pelos/as entrevistados/as conforme demonstra o gráfico 1 aponta que, 51% dos/as empregados/as são Operadores de Triagem e Transbordo,

35,56 % Carteiros e 13,33 % representam os demais cargos que são o de gerência (coordenação e supervisão) e apoio administrativo, e em sua maioria, os trabalhadores são do sexo masculino (gráfico 3).

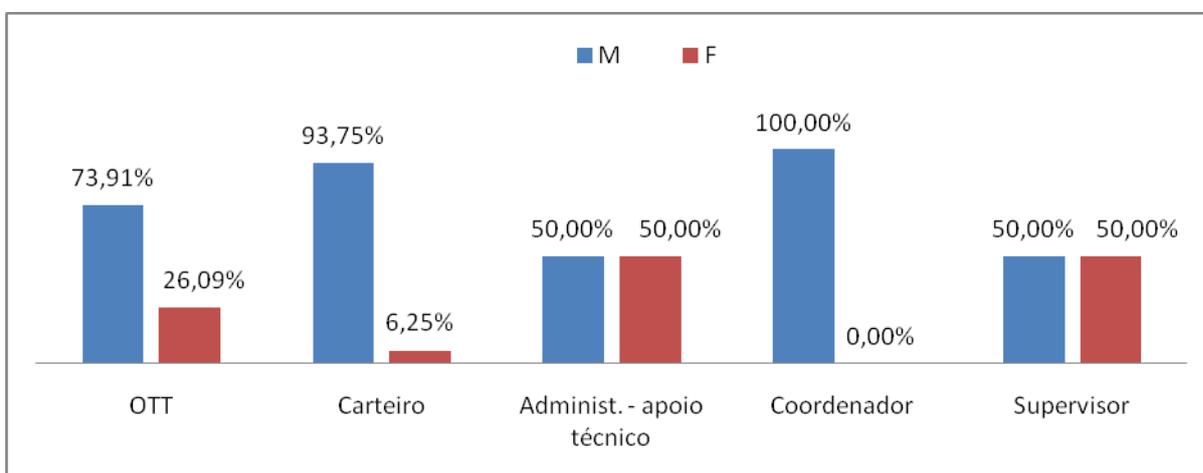
**Gráfico 1 - Cargo**



Fonte: Pesquisa direta/2014

A pesquisa demonstrou que, os cargos da área operacional de atividades fins dos Correios (Carteiro/a e Operador/a de Triagem e Transbordo) são predominantemente ocupados pelo sexo masculino, como também os cargos de gestão/chefias, constando-se uma maior presença das mulheres nos cargos e funções que são de suporte administrativo no Centro de Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas – CTCE, conforme aponta o gráfico 2:

**Gráfico 2 - Sexo e cargos**



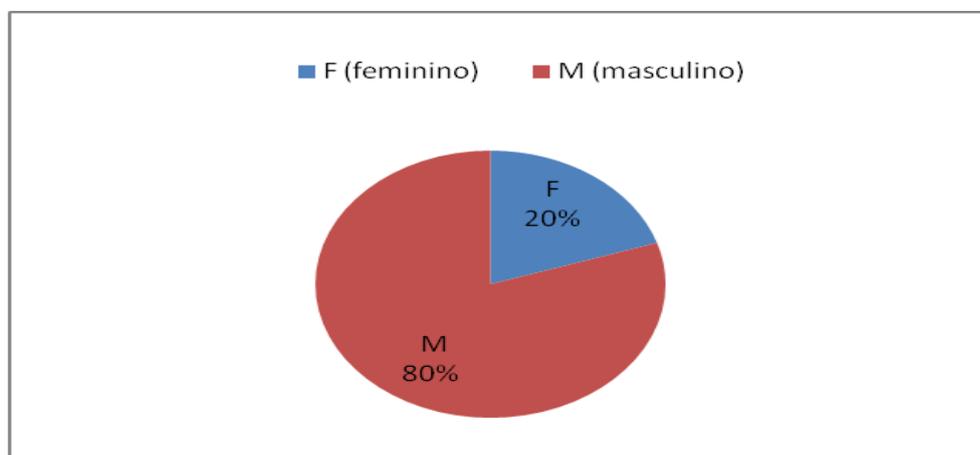
Fonte: Pesquisa direta/2014

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2015) através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD realizada no 1º trimestre de 2015, a proporção de homens com 14 anos ou mais de idade no trabalho é superior ao de mulheres deste mesmo grupo etário que também trabalham, sendo que, no 1º trimestre de 2015, o nível da ocupação dos homens no Brasil foi estimado em 67,4% e o das mulheres em 45,9%.

Segundo a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (2014), no Brasil 77% dos empregados são do sexo masculino e 23% feminino, no estado de Mato Grosso 78% do efetivo são do sexo masculino e 22 % do feminino, deste percentual, a maioria, 46,54% são Carteiros, 35,27% Atendentes Comercial e os demais ocupantes de cargos e funções de nível médio e superior.

Os dados coletados pela pesquisa no Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas (CTCE) de Mato Grosso apontam que 80% da força de trabalho é do sexo masculino e 20% feminino (Gráfico 3), confirmando os dados registrados a nível nacional dos Correios, como também da PNAD (2015) no Brasil, em que o sexo masculino é considerado a maioria dos trabalhadores.

**Gráfico 3 - Sexo**



Fonte: Pesquisa direta/2014

A divisão sexual do trabalho nos Correios e em outros espaços ocupacionais pode ser compreendida a partir do entendimento da própria cultura machista e patriarcal que acompanha a humanidade e as diferenças de gênero, em que o ser humano do sexo masculino é mais valorizado por sua força no tocante a serviços considerados mais pesados e que exijam um maior esforço físico, como é considerado o cargo de Carteiro e de Operadores de Triagem e Transbordo nos Correios, entretanto, alguns autores dentre estes Viezzer (1989) pontuam que as representações e estereótipos atribuídos aos homens e mulheres são considerados uma

construção social, pois a "única diferença natural entre os seres humanos é o fato biológico de nascer fêmea ou macho da espécie humana, como traço individual - a partir daí, o resto é social.

Homens e mulheres não ocupam posições iguais na sociedade, o que é considerado uma questão de **gênero**, pois a sociedade delimita com bastante precisão os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os espaços em que pode atuar o homem.

O termo gênero é usado para se referir as diferenças e construções socialmente impostas entre as características e papéis masculinos e femininos. Segundo Viezzer (1989, p. 112), "gênero é um conceito que serve para analisar a relação entre a subordinação das mulheres e a mudança social e política, onde o gênero de um ser humano é o significado social e político historicamente atribuído ao seu sexo".

Portanto, gênero é um fenômeno histórico, uma construção social, ou seja, tornar-se mulher ou homem não depende apenas da fisiologia e das características externas, mas envolve assumir comportamentos e desempenhar funções consideradas femininas ou masculinas pela sociedade.

Como nos fala Beauvoir:

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico, define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino. Só a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como outro (BEAUVOIR, 1967, p. 13).

A sociedade em que estamos inseridos e as relações sociais que estabelecemos são repletos de estereótipos de gênero, que tendem a representar, por exemplo, as mulheres como frágeis e cuidadoras e os homens como fortes e protetores, e assim cada pessoa dependendo do sexo que possua poderá ou não desenvolver certas atividades.

[...] estereótipos de gênero é uma opinião pré-determinada que afeta a relações interpessoais. O estereótipo aparece como uma forma rígida, anônima, reproduz imagens e comportamentos, separa os indivíduos em categorias. Um exemplo de estereótipo de gênero: as meninas são choronas e os meninos não podem chorar (USP, 1996, p. 03).

Desde a infância, a família e a sociedade transmitem padrões de comportamentos diferenciados para homens e para mulheres, designando papéis sociais de gênero, onde se espera comportamentos segundo o sexo a que pertence, entretanto, as diferenças entre os sexos, em sua maioria, não são biológicas ou naturais e sim construções históricas, culturais e

sociais.

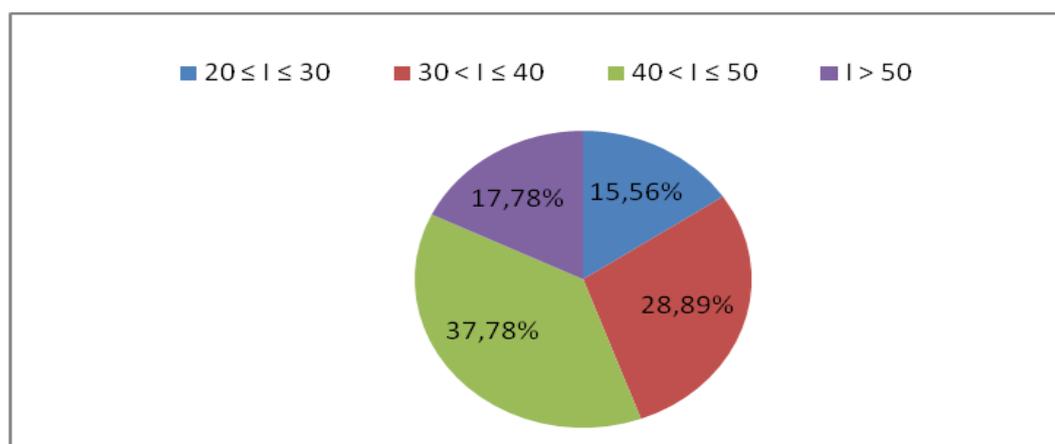
Segundo Saffioti (1987), ao macho estão sempre associados valores tais como, força, razão, coragem, e aqueles que são raquíticos, afetivos e tímidos são cobrados a se comportarem de forma contrária às suas inclinações, pois são obrigados a “castrarem” certas qualidades que são consideradas femininas.

À mulher, segundo a referida autora, geralmente é associada valores considerados negativos, tais como: emoção, fragilidade, resignação, insegurança, incapacidade. Estas características são apresentadas como inerentes à mulher, ou seja, como algo que ela traz desde o seu nascimento, porém, sabemos que na verdade estes traços de personalidade são adquiridos durante o processo de socialização, são construções sociais e não significam que são verdades absolutas.

Sabemos que, em sua maioria os homens são detentores de uma considerada “maior” força física por motivos anatômicos e da própria estrutura física do corpo, porém, este não pode ser um parâmetro para julgamento e diferenciação nos cargos e ocupações profissionais, considerando que a mulher também pode estar inserida em todos os espaços ocupacionais e profissionais, como por exemplo, nas atividades que são desenvolvidas pelo Carteiro.

Com relação à **faixa etária** dos/as trabalhadores/as, a maioria tem entre 30 a 50 anos de idade, totalizando 66,67% dos/as empregados/as entrevistados, sendo que 17,78% tem entre 20 a 30 anos e os demais 15,56% tem mais de 50 anos de idade, conforme o gráfico 4:

**Gráfico 4 - Idade**



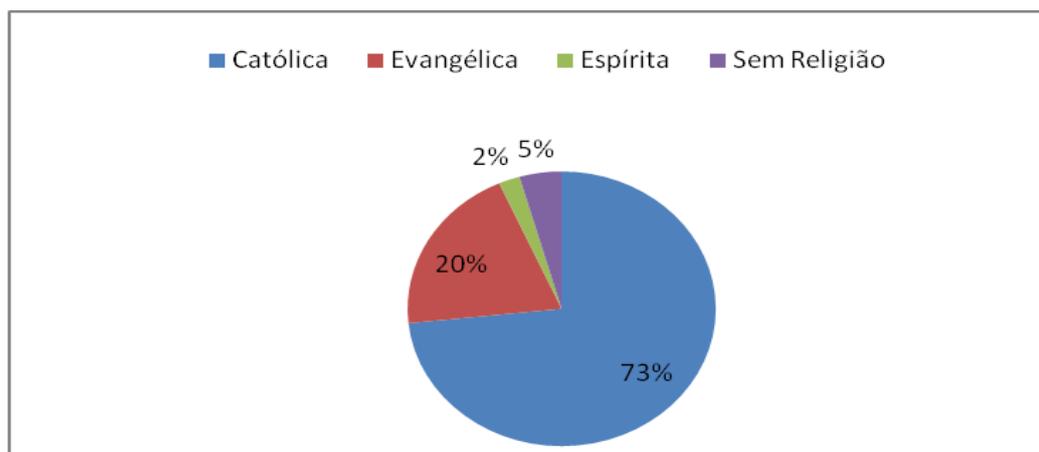
Fonte: Pesquisa direta/2014

Dados da Central de Gestão de Pessoas dos Correios de Dezembro/2014 aponta que 60,42% dos/as empregados/as no estado de Mato Grosso possuem esta mesma faixa etária identificada na pesquisa, entre 30 a 50 anos.

Como também, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD do IBGE (2015) a população na faixa etária de 25 a 59 anos representam 77,0% das pessoas ocupadas/produativas economicamente no Brasil.

Sobre o aspecto **religioso**, 95% dos/as entrevistados/as declararam possuir uma religião, sendo que 73% disseram serem católicos/as, 20% evangélicos/as, 2% espíritas e 5% declararam sem religião, conforme demonstra o gráfico 5.

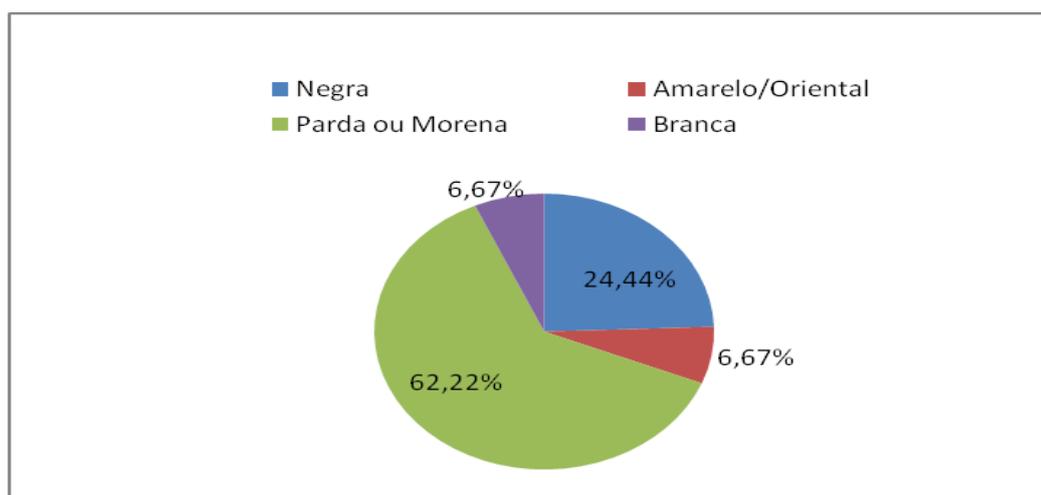
**Gráfico 5 - Religião**



Fonte: Pesquisa direta/2014

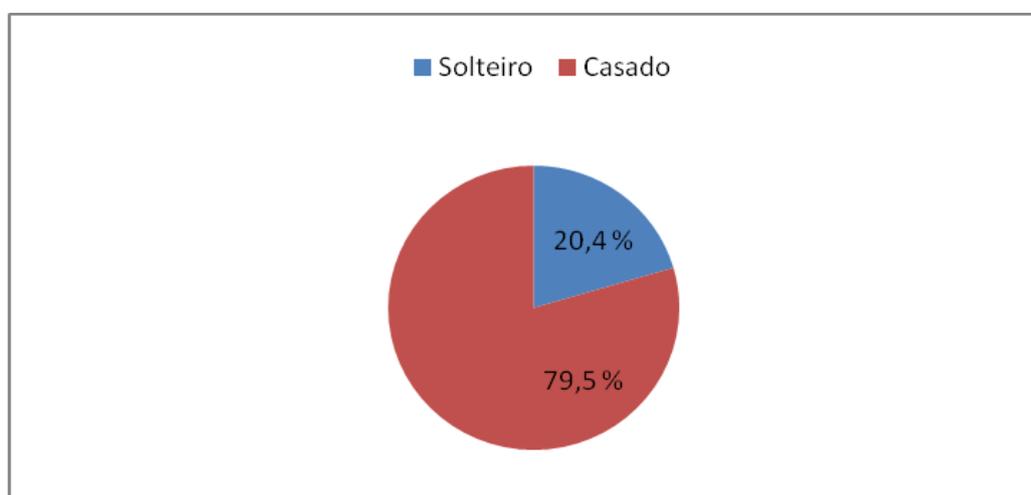
Os dados encontrados na pesquisa estão próximos ao último Censo Demográfico realizado no Brasil, em que 64,6% declararam católicos, 22,2% evangélicos, 2,0% espíritas, 8,0% sem religião e 3,0% de demais religiões (IBGE, 2010).

Em relação à **raça**, observa-se que os/as entrevistados/as de origem amarela oriental ou brancos são pouco referidos, mas a maioria se declararam pardos/ morenos (62,22%) e negros (24,44%) segundo aponta o gráfico 6, lembrando que se trata de uma resposta de declaração pelo próprio informante/entrevistado/a.

**Gráfico 6 - Cor/Raça**

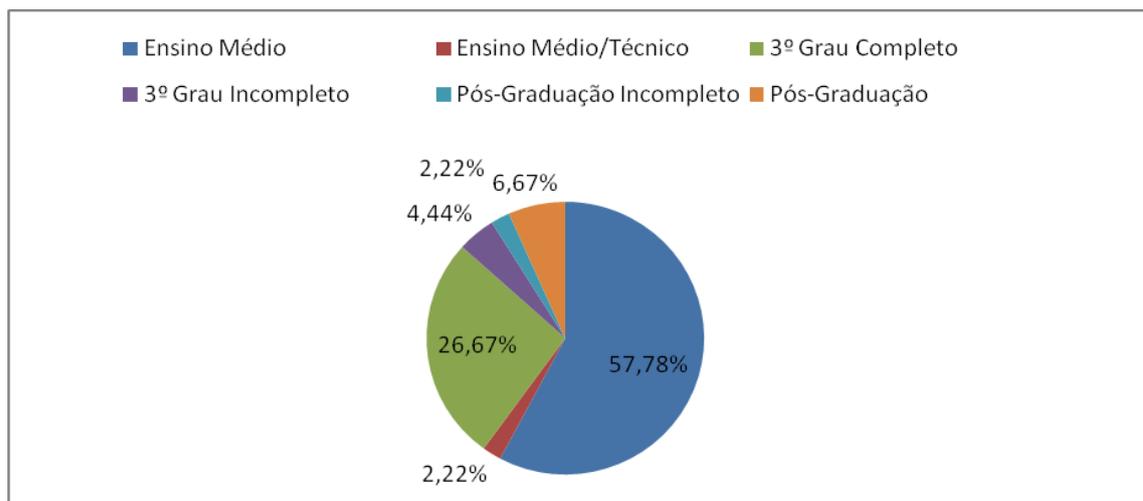
Fonte: Pesquisa direta/2014

Em relação ao **estado civil**, 79,55% se declararam estarem casado/a ou em união estável e 20,45% solteiros/as, no percentual dos que se declararam solteiros/as, podemos considerar que pode estar incluso os divorciados/as, separados/as ou viúvos/as que assim se consideraram.

**Gráfico 7 - Estado civil**

Fonte: Pesquisa direta/2014

Em relação à **escolaridade**, 57,78% dos/as empregados/as pesquisados/as possuem o ensino médio, 33,34% o nível superior completo e 6,66% declararam que possuem nível técnico ou são estudantes do ensino superior (Gráfico 8).

**Gráfico 8 - Escolaridade**

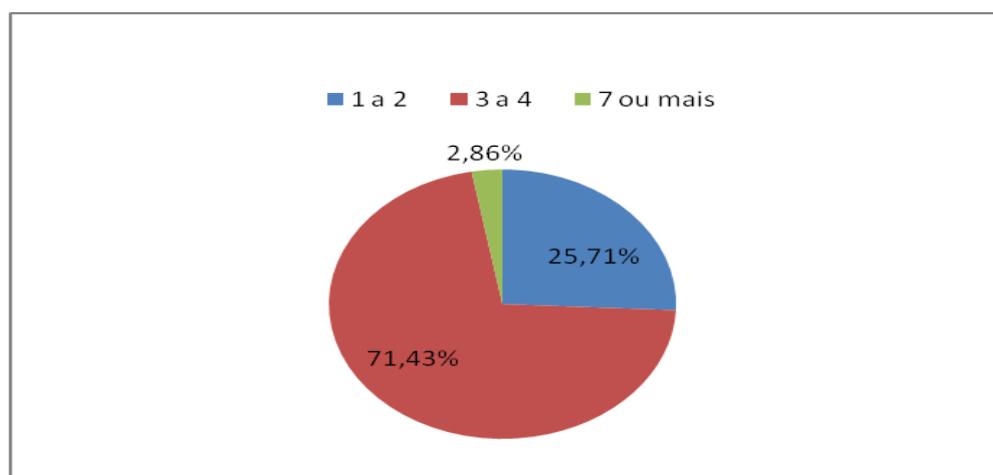
Fonte: Pesquisa direta/2014

Segundo a Central de Gestão de Pessoas dos Correios (2014), 73,4% dos/as empregados/as no país possuem o ensino médio, 23,4% o ensino superior e 3,2% o ensino fundamental completo ou incompleto. Para o percentual maior de empregados/as com o ensino médio completo, considera-se o fato de que a maioria dos cargos/ocupações atuais na empresa exige este grau de escolaridade.

Em relação ao Brasil, no 1º trimestre de 2015, entre as pessoas em idade de trabalhar (a partir de 14 anos de idade), 38,6% não tinham completado o ensino fundamental, 42,6% haviam concluído o ensino médio e 11,8% havia concluído o nível superior (IBGE, 2015).

Apesar do alto índice de brasileiros/as que não concluíram o ensino fundamental e a necessidade de maiores investimentos em políticas públicas para a educação no país, para o IBGE (2010) o índice demonstra avanço na escolaridade da população se comparada aos números do censo demográfico do IBGE em 2000, quando 64% dos brasileiros não tinham concluído o ensino fundamental, entretanto, ainda se faz necessário a expansão e investimento no acesso a educação no país.

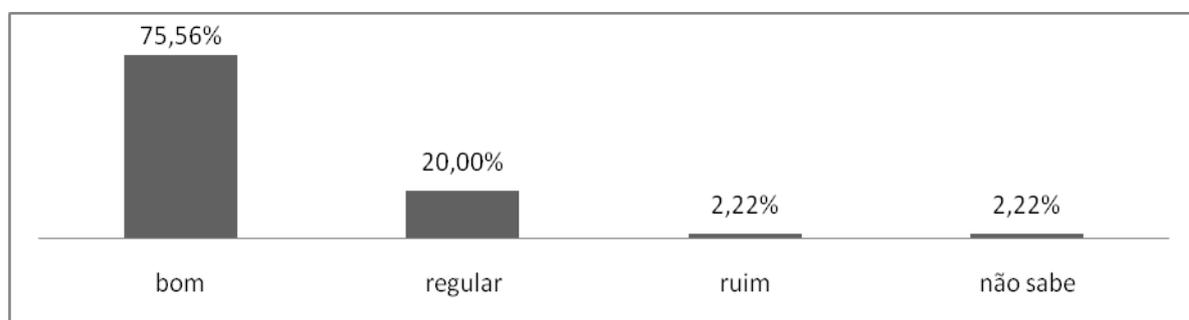
Em relação a **renda familiar** dos/as trabalhadores/as, 73,43% declararam terem renda de 3 a 4 salários mínimos mensais, 25,71% relatam que é de 1 a 2 salários mínimos e 2,88% mais de 7 salários mínimos, conforme observa-se no gráfico 9. Para o percentual de empregados/as com salários mais elevados, entre outros fatores, podemos considerar a ocupação de cargos de supervisão/gestão, que diferencia da maioria dos/as entrevistados/as. Entretanto, ressaltamos que a pesquisa não teve por objetivo realizar levantamento sócio-econômico familiar, sendo que os dados apresentados retratam a declaração dos próprios entrevistados/as sobre a sua renda familiar.

**Gráfico 9 - Renda familiar**

Fonte: Pesquisa direta/2014

Em relação ao **atual estado de saúde dos/as entrevistados**, 75,56% dos empregados/as afirmaram que consideram estar bom e 22,22% regular ou ruim, para as respostas, foi considerado a própria representação do sujeito entrevistado/a sobre as suas condições de saúde, ou seja, como este define seu estado atual de saúde.

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008) sobre o panorama de saúde da população aponta que, 77,3% dos/as entrevistados/as autoavaliaram o seu estado de saúde como “muito bom ou bom”; 18,9% como “regular” e 3,8% como “ruim ou muito ruim”, dados próximos ao encontrado com os trabalhadores/as dos Correios, conforme demonstra o gráfico 10.

**Gráfico 10 - Estado de saúde**

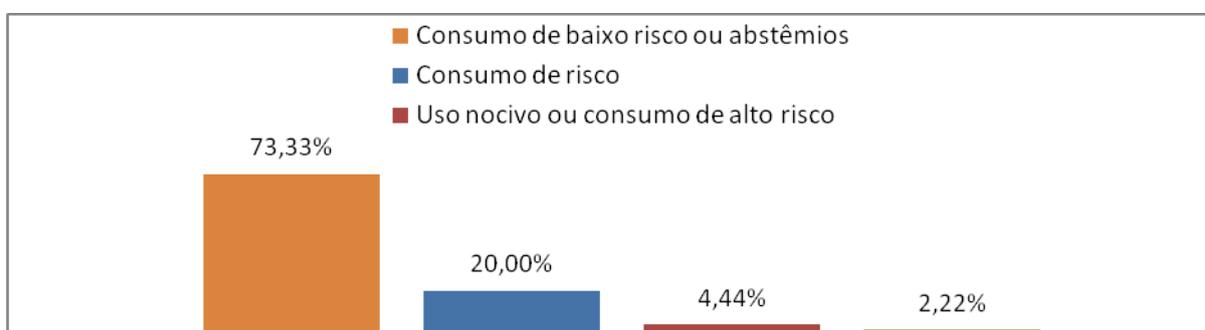
Fonte: Pesquisa direta/2014

### 4.3 O uso de drogas entre os/as trabalhadores/as

#### 4.3.1 O padrão de consumo do álcool

Em relação ao padrão de consumo do álcool entre os/as trabalhadores/as entrevistados/as, 73,33% apresentam consumo considerado de baixo risco ou são abstêmios, 20% fazem consumo de risco e 6,66% apresentam uso nocivo ou provável dependência do álcool.

**Gráfico 11 - Padrão de consumo do álcool**



Fonte: Pesquisa direta/2014

Segundo Ribeiro e Laranjeira (2007), o consumo de drogas geralmente acompanhado de complicações e problemas relacionados ao uso, como acidentes, perda de compromissos, brigas, etc. é caracterizado como uso abusivo ou nocivo, e quando o consumo é freqüente e de forma compulsiva, até mesmo para aliviar os sintomas da abstinência, acompanhado por problemas de ordem física, psicológica e social, é denominada dependência química.

Assim, uso de risco do álcool é um padrão de consumo que aumenta a chance de conseqüências perigosas para quem usa e para os que o cercam, pois, o uso nocivo se refere ao padrão de consumo de álcool que resulta em danos físicos, mentais e sociais para a saúde do indivíduo e a dependência alcoólica refere-se a um conjunto de fenômenos comportamentais e fisiológicos que inclui um desejo muito forte de consumir bebidas alcoólicas, dificuldades de controlar o uso e de cumprimento das obrigações cotidianas, conforme aponta Galduróz:

Uso nocivo ou abusivo é quando a pessoa começa a ter problemas físicos, mentais e sociais aparentes devido o uso da substância. Mesmo que parcialmente, a pessoa ainda consegue cumprir com suas obrigações cotidianas. Dependência química é quando a pessoa não mais consegue cumprir com suas obrigações cotidianas devido ao uso da substância ou devido os efeitos adversos do seu uso (ressaca). Ela passa quase que a

totalidade de seu tempo ou sob efeito da droga, "curando a ressaca", ou para obter a substância (GALDURÓZ, 2013, p. 60).

Na contemporaneidade temos vivenciado o aumento do consumo de drogas e conseqüentemente os diversos efeitos que o abuso e a dependência podem trazer para o indivíduo, a sociedade, o ambiente de trabalho e as demais relações sociais estabelecidas, tornando certamente um problema social e uma questão de saúde pública que necessita urgente de intervenções efetivas do Estado.

Sobre o uso do álcool no Brasil, o II LENAD (2014) aponta que metade da população é abstinência, 32% bebem moderadamente e 16% consomem quantidades nocivas de álcool, sendo que 2 em cada dez bebedores apresentam critérios para abuso e/ou dependência do álcool.

Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil revelam que, na região Centro-Oeste 12,7% dos sujeitos entrevistados/as eram dependentes de álcool, sendo a prevalência de alcoolistas entre os homens, de 23,1% e de 5,2% entre as mulheres, 0,8% dos entrevistados relataram ter problemas no trabalho devido ao uso de álcool e outras drogas, sendo todos do sexo masculino, e a maioria, na idade entre 18 e 24 anos (CARLINI et al., 2006).

Em pesquisa realizada com servidores públicos de uma instituição de ensino superior de Mato Grosso, Mota (2011) relata que a prevalência de uso de álcool na vida entre os servidores foi de 84,8%, enquanto a de alcoolismo foi de 6,3%, dados estes próximos da pesquisa realizada com os/as empregados/as dos Correios, em que 6,6% dos/as entrevistados/as realizam consumo de alto risco ou são dependentes do álcool.

Os dados da pesquisa realizada demonstram que, a dependência do álcool apresenta proximidade também com a única pesquisa sobre drogas realizada nos Correios de Mato Grosso, em que 7% dos empregados/as entrevistados/as no ano 2000 apresentaram problemas com o álcool e 55% bebiam socialmente (ECT, 2000b).

Dados estes que, também vão de encontro com a realidade do consumo do álcool pelos trabalhadores/as no Brasil, pois conforme a OIT (1993) de 10% a 12% da população que está empregada, tem problemas de uso abusivo ou dependência do álcool e/ou de outras drogas.

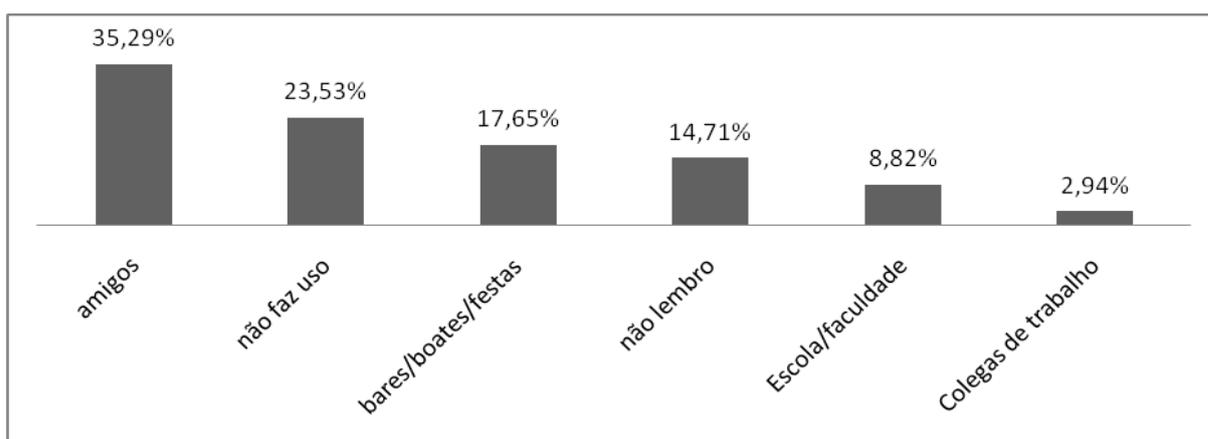
Como também, 20% dos/as trabalhadores/as entrevistados/as que fazem uso do álcool apresentam um consumo considerado de risco conforme demonstrou o gráfico 11, o que pode ser considerado um fator agravante e de vulnerabilidade para o desenvolvimento ao longo dos anos do uso nocivo e da dependência etílica, e conseqüentemente para o surgimento dos demais problemas sociais, físicos e mentais que acompanham o uso abusivo e a dependência

química, atingindo diretamente a saúde do trabalhador/a e as demais relações sociais estabelecidas, dentre estas, o ambiente de trabalho.

Segundo Silva e Duarte (2008), cerca de 70% dos indivíduos que têm problemas de abuso de álcool e 63% daqueles que utilizam outras drogas estão empregados/as, o que demonstra a necessidade de planejamento e execução de políticas e programas sobre drogas voltados aos trabalhadores/as e ao ambiente de trabalho, considerando também ser este um espaço privilegiado para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas, pois é o local em que o cidadão ocupa a maior parte do seu tempo e de sua vida.

Tendo em vista que o álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo todo e o alcoolismo é considerado mundialmente um problema de saúde pública (VAISSMAN, 2004), também foi perguntado aos/as entrevistados/as em que local estavam quando fizeram o **uso do álcool pela primeira vez na vida**, sendo que 52,94% responderam que fizeram o uso pela primeira vez com os amigos e/ou em bares, boates e festas, porém destacamos que 2,94% dos entrevistados/as disseram que este uso se deu com os colegas de trabalho, demonstrando-se assim que as relações no ambiente de trabalho também podem ser consideradas como fator de risco para o consumo das substâncias psicoativas e conforme nos fala Duarte et al (2008) os fatores de risco relacionados ao uso de drogas não podem ser considerados isolados, pois os indivíduos estão em constante interação com seu contexto sociocultural.

**Gráfico 12 - Uso do álcool pela 1ª vez na vida**

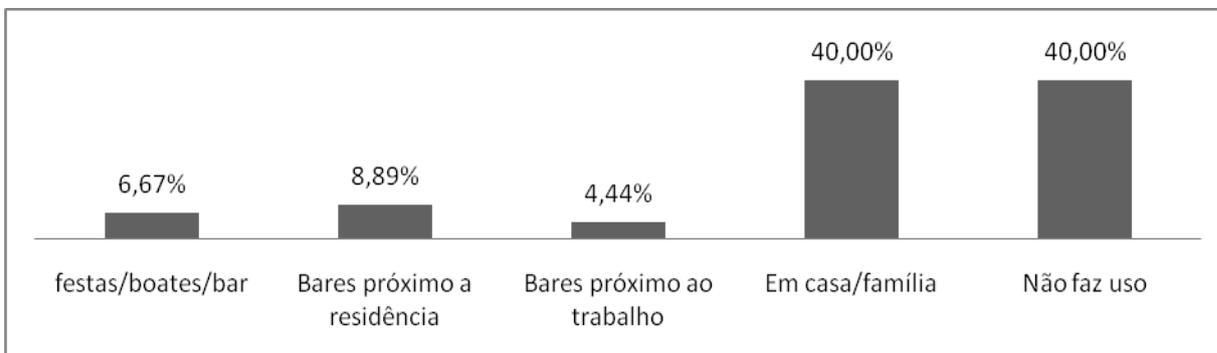


Fonte: Pesquisa direta/2014

Em relação ao **local que os/as trabalhadores/as entrevistados/as realizam o consumo do álcool**, 40% afirmaram que geralmente fazem este consumo em casa ou juntamente com os familiares e 20% fazem uso em locais externos como bares próximos a residência, ao trabalho e/ou em festas/bares, sendo que, 60% dos sujeitos entrevistados

relataram fazer o consumo do álcool, seja o uso contínuo ou eventual.

**Gráfico 13 - Local de consumo do álcool**

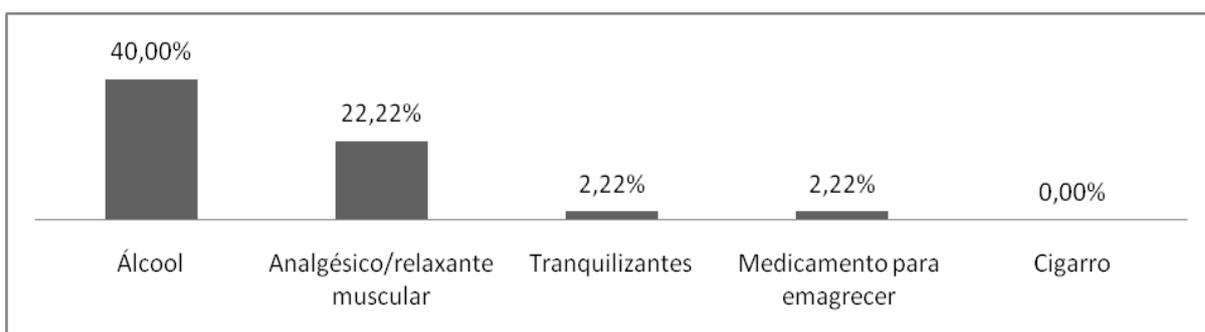


Fonte: Pesquisa direta/2014

#### 4.3.2 O uso de outras drogas pelos/as trabalhadores/as

Considerando na pesquisa as substâncias psicoativas mais utilizadas pelos/as entrevistados/as, o consumo de medicamentos psicoativos aparece em segundo lugar após o álcool, sendo que os analgésicos e relaxantes musculares apresentam 22,2% de empregados/as usuários/as, seguido pelos ansiolíticos/tranqüilizantes (benzodiazepínicos) e remédios para emagrecer (anfetaminas) com 4,44% de usuários/as.

**Gráfico 14 - Uso de drogas**



Fonte: Pesquisa direta/2014

A UNODC (2013) estima que em torno de 60 % dos países do mundo pesquisados sobre o uso de drogas, está em terceiro lugar o consumo de medicamentos psicoativos, havendo uma tendência de aumento no uso de drogas prescritas (medicamentos) nos últimos anos, gerando preocupações a nível mundial.

Fridman e Pellegrini (1995) relatam pesquisa realizada com trabalhadores/as de 40

empresas no estado do Rio Grande do Sul, em que o uso de medicamentos está em terceiro lugar, após o álcool e tabaco, os dados indicaram que 85,3% dos/as trabalhadores/as fez uso de medicamentos nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa, 15% são usuários freqüentes de fármacos, sendo que entre os medicamentos ingeridos, 62,4% são considerados psicoativos.

Mota (2011) aponta pesquisa sobre drogas com trabalhadores/s que, o uso de qualquer substância psicoativa na vida, com exceção do álcool e tabaco, teve prevalência de 39,0% entre os sujeitos entrevistados, e que as substâncias mais consumidas na vida foram os benzodiazepínicos (tranqüilizantes, ansiolíticos, etc), com 11,8%, seguido da maconha com 11,4% e analgésicos com 10,8% de usuários/as.

Tais pesquisas no Brasil e no mundo têm demonstrado o número significativo de usuários de medicamentos psicoativos, como também uma tendência de aumento mundial do consumo na atualidade, que geram preocupações a nível mundial e as diversas consequências que o uso abusivo e a dependência podem trazer para o indivíduo e toda a sociedade.

Na pesquisa realizada com os/as trabalhadores/as do CTCE/Correios no ano de 2014, o consumo de analgésicos e relaxantes musculares, pode ser explicado, como tratamento médico, sendo que também pode estar relacionado ao trabalho, pois as atividades desenvolvidas pelos empregados/as da área operacional (Carteiros e Operador de Triagem e Transbordo) exigem esforço físico, como levantamento de caixas/objetivos, movimentos repetitivos, além da vulnerabilidade ao stress devido o tráfego no trânsito (Carteiros) e a exigência de cumprimentos de metas e prazos. Certamente, os fatores de risco para o uso de drogas relacionado ao trabalho podem ser inerentes às ocupações/profissões e as condições do ambiente de trabalho, como diz Vaissman (2004):

[...].Os fatores de risco ligados ao trabalho podem ser inerentes à especificidade da ocupação, às condições em que um determinado trabalho é efetuado, ao tipo de agentes estressores e como eles atuam física e psicologicamente no trabalhador. Por outro lado, as características e a vulnerabilidade daquela personalidade diante do ambiente de trabalho favorecerão ou não o consumo abusivo de álcool e outras drogas como forma de atenuar conflitos, tensões ou mesmo como uma estratégia de sociabilidade entre seus pares (VAISSMAN, 2004, p. 29).

Neste sentido, podemos considerar que o uso abusivo de psicoativos não está condicionado ou influenciado por um único fator e nem exclusivamente ao ambiente de trabalho, visto que são diversas as relações sociais estabelecidas pelo ser humano, sendo também individual a sua capacidade de lidar com os problemas, conflitos e relações

estabelecidas.

Pesquisa realizada por Muntaner et al. (1995), sobre as dimensões psicossociais do ambiente de trabalho e o risco da dependência química, aponta que as variáveis sociodemográficas, a história de alcoolismo e as condições de trabalho estando ajustadas, ainda assim pode contribuir como fator de risco para a dependência de drogas a alta demanda de energia física no trabalho e baixa necessidades de habilidades ou quando há alta demanda de energia física e alto poder decisório. Como também, Vaismam (2004) relata que algumas ocupações/profissões podem ser consideradas de risco para o consumo do álcool, como garçons, trabalhadores de bares, restaurantes, destilarias, trabalhadores que ficam muito tempo afastados dos seus lares etc... como também profissões de baixo prestígio social ou alto status e exigência social, como a medicina dentre outros fatores e profissões.

Considerando que “o álcool é a substância de mais larga utilização entre a população trabalhadora, seguida do fumo e dos medicamentos” (FRIDMAM; PELLEGRINI, 1995, p. 79), os dados encontrados na pesquisa no CTCE/Correios diferenciam no quesito fumo da maioria das pesquisas realizadas sobre drogas, tendo em vista que as substâncias mais consumidas pelos/as trabalhadores/as entrevistados/as são o álcool e os medicamentos psicoativos, conforme exposto no gráfico 14.

Na população pesquisada, nenhum entrevistado/a afirmou que faz consumo atual de cigarro/tabaco entre as drogas legais ou de outras drogas consideradas ilegais, porém, quanto a este aspecto, é importante levarmos em consideração que houve um recorte do universo pesquisado, com a delimitação de uma amostra e de um local para a realização da pesquisa, o que não anula a possibilidade dos dados serem diferenciados em outras unidades de trabalho da mesma empresa. Entretanto, também devemos lembrar que os/as entrevistados/as, por desconfiança, medo ou receio, podem negar o uso de drogas, principalmente as consideradas ilegais, visto que os mesmo foram entrevistados no próprio ambiente de trabalho.

Indubitavelmente, o consumo de drogas por trabalhadores/as engloba as drogas lícitas e ilícitas, tanto que Silva e Duarte (2008, p. 110) afirmam que o álcool e o tabaco são as de maior destaque nos estudos epidemiológicos nacionais e internacionais, “o álcool é a principal droga em termos de consumo e efeitos nocivos nos quadros de abuso e dependência”, como também, alguns medicamentos fazem parte da categoria das drogas lícitas mais utilizadas pelos trabalhadores/as, e pertencem ao grupo dos benzodiazepínicos, opióides e barbitúricos, sendo os popularmente conhecidos como “calmantes”, “xaropes para tosse” e “remédios para dormir.”

Certamente as conseqüências nocivas do uso das substâncias psicoativas relacionadas

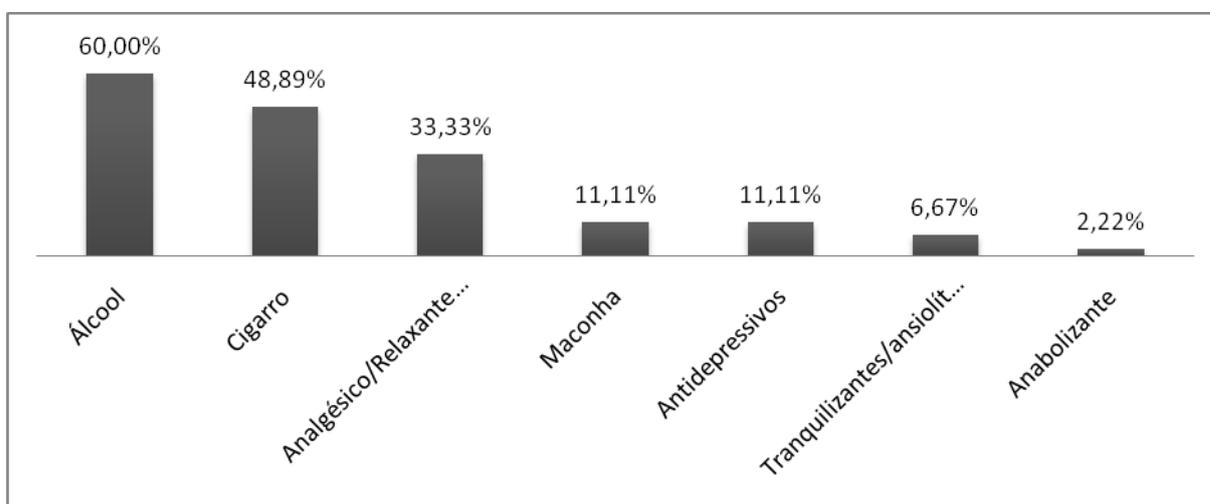
ao trabalho são inúmeras, tanto para a saúde do/a trabalhador/a, o ambiente de trabalho, como para a própria instituição empregadora, seja esta pública ou privada. Conforme pontua a OIT (2008, p. 22) “os locais de trabalho refletem os problemas que os abusos de substâncias psicoativas provocam nas comunidades, sendo que nenhum local de trabalho está imune”.

Conseqüentemente, o consumo abusivo e a dependência de drogas é um dos principais fatores relacionados ao absenteísmo, aposentadorias precoces, licenças médicas, violências, problemas familiares e de relacionamento, doenças físicas e mentais, acidentes de trabalho e de trânsito dentre outras problemáticas que atingem diretamente o ambiente de trabalho e a saúde do/a trabalhador/a.

### 4.3.3 Drogas e uso alguma vez na vida

O uso de drogas na vida é considerado “qualquer uso (inclusive, um único uso experimental), alguma vez na vida” (GALDURÓZ, 2013, p. 60). Na pesquisa realizada, 60% do total dos/as trabalhadores/as entrevistados/as afirmaram que já fizeram o uso do álcool alguma vez na vida, percentual este considerado menor quando comparado ao uso na vida do álcool no Brasil, que é de 74,6% e na Região Centro-Oeste, de 73,6% (CARLINI et. al., 2006), em relação às outras drogas, 48,89% dos trabalhadores/as afirmaram o uso na vida do cigarro, 33,33% analgésico e/ou relaxante muscular, 11,11% maconha, 17,78 % uso de antidepressivos ou tranqüilizantes e 2,22 % anabolizantes, conforme mostra o gráfico 15:

**Gráfico 15 - Uso de drogas na vida**



Fonte: Pesquisa direta/2014

Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado em 2005 aponta que, 22,8% da população já fizeram uso na vida de drogas (exceto tabaco e álcool), sendo que em pesquisa semelhante realizada nos Estados Unidos, essa porcentagem atingiu 45,4% da população, o dobro do Brasil (GALDURÓZ, 2013).

Entre as drogas ilícitas, o uso na vida de Maconha aparece em primeiro lugar no Brasil, com 8,8% dos entrevistados, porcentagem menor que a encontrada na pesquisa nos Correios, que foi de 11,11% e bem menor que o de países como Estados Unidos (40,2%), Reino Unido (30,8%), Dinamarca (24,3%) e Chile (22,4%), mas superior à Bélgica (5,8%) e Colômbia (5,4%) (GALDURÓZ, 2013).

Após o álcool e o tabaco, o II LENAD (2014) diz que a substância psicoativa que tem o maior uso na vida pela população brasileira são os tranqüilizantes, com 9,61% das afirmações pelos/as entrevistados/as, como também, os medicamentos psicoativos aparecem na pesquisa realizada com os/as trabalhadores/as do CTCE/Correios como as drogas mais utilizadas, estando em segundo lugar após o álcool, especialmente os analgésicos/relaxantes muscular com 33,3% de usuários/as, sendo que os tranqüilizantes tiveram 6,67% de afirmações de uso na vida, porcentagem inferior à encontrada no Brasil.

O álcool é a substância psicoativa considerada de maior uso na vida pela população, o que segundo Mota (2011), pode ser atribuído ao fácil acesso e à função social e cultural que a substância exerce atualmente na sociedade, sendo seu consumo no Brasil e em outros países aceito com naturalidade e até mesmo incentivado, prevalecendo a disseminação da cultura da masculinidade relacionada ao álcool, em que o indivíduo é medido pela quantidade de álcool que se consegue ingerir. Para a autora, o sexo masculino apresenta maior prevalência para uso de álcool na vida (88,6%) com associação estatística significativa, mesmo quando analisados em conjunto com outras variáveis sociodemográficas, em comparação com o sexo feminino (81,3%), diferença esta entre os sexos que também foi encontrada na pesquisa realizada, conforme demonstra o gráfico 16, 17 e 18.

Em relação ao uso na vida de drogas ilícitas, na pesquisa com os trabalhadores/as do CTCE/Correios houve afirmação do uso alguma vez na vida somente da maconha, não havendo menção do consumo atual de drogas ilícitas. Entre outros fatores, acreditamos que estes dados podem não aparecer tanto devido a estas drogas serem de consumo menos comum e de difícil acesso, quando comparadas a outras substâncias, como o álcool, cigarro e medicamentos; como também podemos considerar o número delimitado da amostra e o preconceito que pode haver em falar sobre o assunto, pois estas drogas são consideradas ilegais e o sujeito entrevistado está no seu ambiente de trabalho, o que pode deixá-lo “menos a

vontade” e com receio de se expor/responder, além do fato da pesquisadora ser empregada da mesma empresa.

Assim, tais dados encontrados se diferem de outras pesquisas, como a realizada por Mota (2011) em que 39% dos trabalhadores/as entrevistados/as afirmaram o uso alguma vez na vida de drogas (com exceção do álcool e o tabaco), sendo que 21,7% dos sujeitos mencionam o uso no último ano. Como também, Fridman e Pellegrini (1995) apontam estudo sobre drogas com trabalhadores/as em que 8,3% dos/as entrevistados/as afirmaram que já realizaram o consumo de drogas ilícitas alguma vez na vida.

No Brasil, o uso alguma vez na vida de drogas ilícitas é relatado pelo II LENAD (2014) que a substância ilícita com maior prevalência de uso na vida é a maconha, com 5,8% da população adulta - ou seja, 7,8 milhões de brasileiros/as, percentual inferior ao encontrado na pesquisa com os/as trabalhadores/as dos Correios que houve a afirmação do uso na vida por 11,11% dos entrevistados. Posteriormente, aparece a prevalência no Brasil de outras drogas que não foram identificadas em nossa pesquisa, como o uso na vida da cocaína com 6,1% da população, os solventes com o percentual de 4,4% de uso alguma vez na vida, seguido pelos estimulantes (4,04%), alucinógenos (2,32%), crack (2,12%), esteróides (1,49%), ecstasy (1,36%), ritalina (1,13%), anestésicos (1,01%), morfina (0,92%), oxi (0,90%), cristal (0,67%), heroína (0,44%) dentre outras substâncias psicoativas.

Em relação ao consumo do cigarro/tabaco entre os/as trabalhadores/as entrevistados/as, estes dados nos chamaram atenção, pois 48,89% afirmaram que já fizeram o uso do cigarro/tabaco alguma vez na vida, dados aproximados de uma das maiores pesquisa sobre drogas realizada com trabalhadores/as de empresas no Brasil, na qual Fridman e Pellegrini (1995) apontam que metade dos entrevistados (49,6%) afirmaram o uso na vida do tabaco, sendo que 30,6% afirmaram ainda fazer o uso.

Em outra pesquisa sobre uso do álcool e outras drogas entre trabalhadores/as, Mota (2011) relata que 35,0% dos entrevistados fazem menção do uso na vida do tabaco, dado inferior ao encontrado na pesquisa da ECT.

Entretanto, na pesquisa realizada nos Correios, nenhum trabalhador/a (0,0%) afirma fazer o uso atual do tabaco, sendo que, em outra pesquisa realizada nos Correios de Mato Grosso em Fevereiro/2000, 11% dos 816 empregados/as entrevistados/as afirmaram serem tabagistas, sendo que 98% eram do sexo masculino (ECT, 2001).

Assim, a pesquisa atualmente realizada demonstra relevância na questão da saúde do trabalhador/a, tendo em vista que não foi encontrado nenhum usuário/a do tabaco entre os/as entrevistados/as, considerando os diversos malefícios e consequências trazidas com a

dependência da nicotina, tanto ao indivíduo, às instituições empregadoras, como toda a sociedade, devido o uso crônico, assim como os efeitos do uso em pessoas que não fumam, mas estão expostos à fumaça (o fumante passivo), determinam uma alta taxa de doenças e mortalidade no mundo todo.

O II LENAD (2014) aponta que, conforme a Organização Mundial de Saúde o tabaco é um dos fatores mais determinantes da carga global de doenças no mundo e de causas de mortes, hoje calculada maior que a somatória de várias doenças e comportamentos de risco juntos, como por exemplo, a AIDS, a tuberculose e os acidentes no trânsito, sendo que por ano, morrem prematuramente cerca de 400.000 pessoas de câncer, doenças cardiovasculares, respiratórias, perinatais e decorrentes de incêndios causados pelo cigarro.

Outrossim, para o achado de 0% de tabagistas entre os sujeitos entrevistados podemos considerar que toda a realidade possui em sua totalidade as suas particularidades, pois na atual pesquisa realizada no CTCE/Correios, apesar do número limitado da amostra, pode-se confirmar que esta e demais atuais pesquisas apontam que há uma redução do número de tabagistas no Brasil, o que significa também a repercussão e resultados trazidos pelos programas de intervenção e prevenção ao tabagismo e a dependência química a nível do Brasil e da própria Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

A redução do tabagismo também é confirmada pelo II Levantamento Nacional sobre Drogas - LENAD (2014), em que houve uma diminuiu em 20% do número de fumantes no Brasil nos últimos seis anos, em 2012, 15,6% da população brasileira declarou ser fumante, enquanto que em 2006 o índice era de 19,3%.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas, as drogas que mais preocupam são o álcool e o crack. Embora o cigarro ainda seja a substância que mais mata os brasileiros, o seu consumo está em declínio, por uma série de políticas públicas corajosas. O álcool por sua vez é a droga que mais gera violência familiar e urbana, e que contribui com cerca de 10% para a toda a carga de doença no Brasil (II LENAD, 2014, p. 06).

Por conseguinte, a diminuição do tabagismo pôde ser confirmada pela pesquisa realizada, pois não houve a identificação de nenhum percentual de usuários atual de tabaco entre os/as entrevistados/as, havendo somente afirmação do uso alguma vez na vida. Assim, para os dados encontrados, podemos considerar a importância do investimento em Programas de atenção, prevenção e controle do tabagismo no Brasil, como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) do Ministério da Saúde que desde 1989 atua na prevenção e tratamento, tendo expandido a atenção ao tabagismo nos últimos anos, ganhando o *status* de

Programa de Estado, como também as Campanhas e ações sobre drogas desenvolvidas pelas instituições empregadoras aos seus empregados/as, como é o caso dos Correios.

Segundo o Boletim Interno da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, no estado de Mato Grosso desenvolve-se campanhas e ações sobre dependência química aos/as empregados/as desde o ano de 1989 até os dias atuais, através de ações socioeducativas, palestras, orientações e campanhas preventivas e de tratamento do tabagismo e de outras drogas, dentre outros aspectos da saúde do trabalhador, com a implantação no ano de 2000 de um Programa Nacional de Prevenção e Tratamento dos Problemas Decorrentes do Uso do Álcool e outras Drogas na empresa (ECT, 1994).

Fridman e Pellegrini (1995) confirmam que a grande maioria dos/as trabalhadores/as já recebeu alguma informação sobre tabaco, álcool e outras drogas, sendo a principal fonte da informação a própria empresa, com 40,6% das menções. O que denota que, mesmo de maneira incipiente, existe a preocupação empresarial com o assunto e suas conseqüências no ambiente de trabalho, demonstrando que as empresas e demais instituições empregadoras podem e devem ser um veículo de informações e intervenções das demandas relacionadas a saúde do trabalhador/a.

A realidade encontrada sobre o não consumo do tabaco na amostra da pesquisa com os/as trabalhadores/as do CTCE/Correios se mostra de extrema relevância, tanto para a saúde do trabalhador/a como para o próprio ambiente de trabalho, pois a ausência ou diminuição do tabagismo poderá contribuir com a melhoria da qualidade de vida do/a trabalhador/a, redução do absenteísmo relacionado a doenças provocadas pelo cigarro, como também a redução dos custos no Sistema Único de Saúde e da empresa com o tratamento e demais conseqüências trazidas pelo uso crônico da substância, o que demonstra a importância da continuidade e expansão de políticas públicas, programas preventivos e educativos em saúde e de melhoria das condições de vida do/a trabalhador/a.

#### **4.4 Questão de gênero e uso de drogas**

Em relação ao uso das substâncias psicoativas e gênero, o consumo elevado de álcool é mais comum entre os homens do que entre as mulheres e profissões dominadas pelos homens, como a construção civil e a silvicultura, parecem reforçar essa tendência (OIT, 2008).

Assim, em relação ao consumo, abuso e dependência das substâncias psicoativas, há

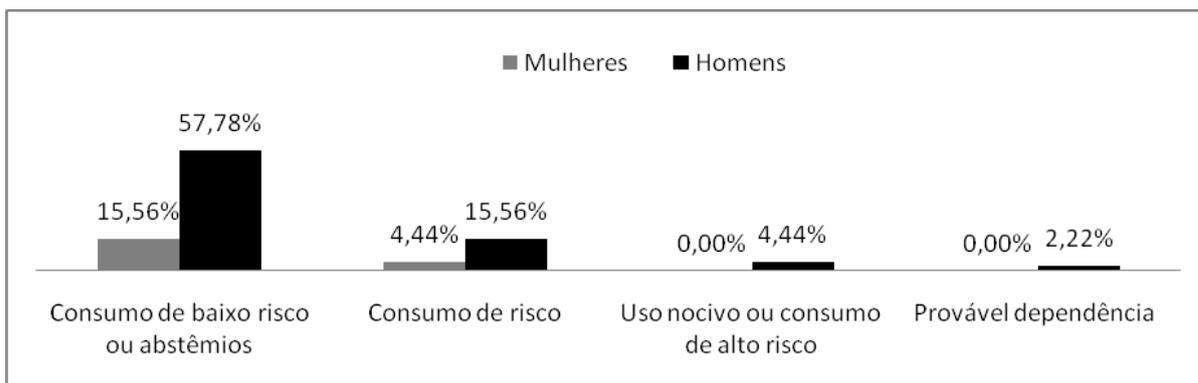
uma predominância até os dias de hoje pelo sexo masculino, porém, as mudanças sociais e culturais trazidas pela Revolução industrial a partir do século XVIII e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), dentre outras mudanças no papel social da mulher, contribuíram com a expansão do sexo feminino no mercado de trabalho e em profissões antes restritas aos homens, mudanças esta do âmbito do espaço privado (lar/família) para a conquista e a ocupação do espaço público. Acontecimentos estes que contribuíram com o aumento do uso de psicoativos pelas mulheres, conforme nos confirma Zilberman e Giusti:

Desde a Segunda Guerra Mundial, mudanças culturais como a entrada da mulher no mercado de trabalho e em profissões previamente dominadas por homens, entre outras mudanças, contribuíram para um estreitamento entre as diferenças de comportamento masculino e feminino, aumentando assim a oportunidade para as mulheres beberem e experimentarem drogas. Isto contribuiu para o aumento da prevalência de transtornos por uso de substâncias entre as mulheres (ZILBERMAN E GIUSTI, 2007, p. 19).

Portanto, houve mudanças no consumo de drogas relacionado ao gênero ao longo da história e desenvolvimento da sociedade, e apesar das mulheres consumirem drogas com menor frequência e quantidade quando comparadas aos homens, estas desenvolvem padrão de abuso ou dependência mais rapidamente do que os homens, como também, são mais vulneráveis às consequências negativas deste uso e sofrem com o estigma social, o que retarda o diagnóstico precoce (ZILBERMAN; GIUSTI, 2007).

Homens e mulheres ainda diferem quanto aos tipos de drogas usadas, e embora o uso de substâncias psicoativas seja ainda mais frequentes entre os homens, esta diferença tem mudado no decorrer dos anos, principalmente devido o aumento do consumo das drogas pelos jovens e pelas mulheres.

Esta diferença entre os gêneros em relação ao consumo de drogas também pode ser observada na pesquisa realizada com os/as trabalhadores/as do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas dos Correios de Mato Grosso, conforme demonstram os gráficos 16, 17 e 18 sendo que na pesquisa realizada foi considerado o total de 30% de sujeitos entrevistados para ambos os sexos.

**Gráfico 16 - Sexo x Padrão de consumo do álcool**

Fonte: Pesquisa direta/2014

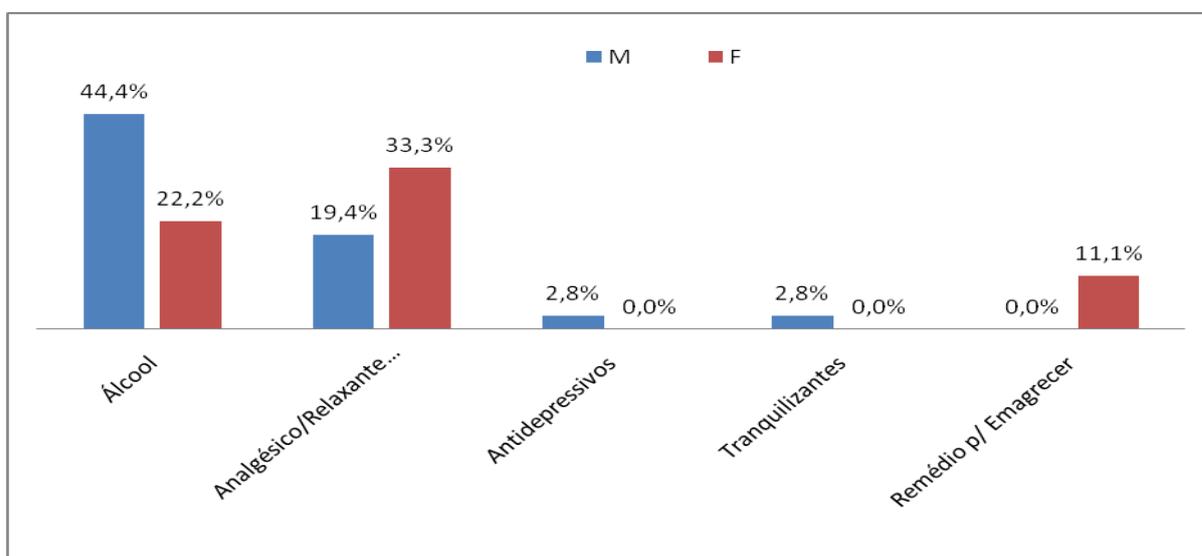
Conforme podemos observar, 15,56 % dos trabalhadores entrevistados do sexo masculino apresentam um padrão de consumo do álcool conforme o AUDIT considerado de risco, contra 4,4% das mulheres, sendo que 6,66% dos homens apresentam alto risco ou dependência do álcool contra 0,00% das mulheres, segundo aponta o gráfico 16.

Em pesquisa com trabalhadores/as, Fridman e Pellegrini (1995) relatam que 40,8% dos homens entrevistados apresentam abuso ou dependência do álcool e 7,5% das mulheres, dados estes com percentuais superiores ao encontrado com os/as trabalhadores/as dos Correios.

Em relação ao uso atual do álcool pelos/as trabalhadores/as do CTCE/Correios, 44,4% dos homens confirmaram fazer o uso e 22,2% das mulheres conforme pontua o gráfico 17, e em relação ao uso do álcool na vida, 63,9% dos trabalhadores do sexo masculino afirmaram terem realizado o consumo alguma vez na vida e 44,4% das mulheres, segundo demonstra o gráfico 18.

Em outro estudo com trabalhadores/as, Mota (2011) confirma que a prevalência do alcoolismo entre pessoas do sexo masculino (8,9%) é maior que no sexo feminino (2,8%), como também o uso do álcool na vida apresentou percentual mais elevado para os homens, com 88,6% e 81,3% para as mulheres, dados superiores ao encontrado com os/as trabalhadores/as do CTCE/Correios.

Tais dados confirmam o predomínio do consumo do álcool pelo sexo masculino, apesar de acreditarmos que os dados encontrados podem ter um percentual mais elevado, tendo em vista que o álcool é uma droga legalizada, de fácil acesso e culturalmente aceita, porém, considerando que a pesquisa foi realizada no ambiente de trabalho, possivelmente pode-se haver certo temor e receio nas respostas dos/as entrevistados/as, podendo ocorrer o mesmo com outras drogas, principalmente as consideradas ilegais.

**Gráfico 17 - Sexo x Uso atual de drogas**

Fonte: Pesquisa direta/2014

Carlini e Galduróz (2006) relatam os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil em que há prevalência da dependência química no sexo masculino, como exemplo, em relação ao álcool 19,5% dos entrevistados do sexo masculino preencheu os critérios para a dependência e 6,9% das mulheres e em referência ao tabagismo, 11,3% dos homens contra 9,0% das mulheres, confirmando a predominância dos homens no consumo de drogas.

Certamente os fatores socioculturais também contribuem para o uso das substâncias psicoativas e com as diferenças no padrão de consumo e no tipo de drogas utilizadas por homens e mulheres.

Zilberman e Giusti (2007) diz que os homens são mais encorajados a beberem socialmente do que as mulheres, e que estas, quando bebem ou usam drogas são consideradas mais disponíveis sexualmente, ou, promíscuas.

Na pesquisa realizada confirma-se o predomínio do uso do álcool pelo sexo masculino, tanto no uso alguma vez na vida, no uso atual, como também no consumo de risco, uso nocivo e provável dependência do álcool, sendo que, para o sexo feminino observamos o maior uso na vida de outras drogas, como os analgésicos/relaxantes muscular (55,6%), remédios para emagrecer ou ficar acordado (anfetaminas) com 22,2%, tranquilizantes/ansiolíticos (11,1%) e anabolizantes (11,1%) (Gráficos 16 a 18).

Embora na pesquisa o maior consumo de medicamentos psicoativos seja realizado pelas mulheres, o consumo específico de antidepressivos e tranquilizantes foi afirmado

somente por homens, com 2,8% dos entrevistados (gráfico 17), o equivalente a 2 trabalhadores, o que demonstra também a característica temporal das pesquisas nesta área, diferindo portanto, da maioria das pesquisas em relação aos benzodiazepínicos (ansiolíticos/tranqüilizantes).

Conforme afirma Galduróz (2013) as mulheres são as maiores consumidoras dessas substâncias prescritas. Assim, o sexo masculino prevaleceu com o uso na vida do álcool (63,9%), cigarro (55,6%) e maconha (13,9%) e o consumo atual do álcool (44,4), antidepressivos (2,8%) e tranqüilizantes (2,8%) (gráfico 17 e 18).

Em relação aos medicamentos psicoativos, a UNODC (2013) confirma que as mulheres no mundo todo consomem mais medicamentos psicotrópicos que os homens, o que contribui com diversos desafios para os sistemas de saúde pública, tendo em vista o uso crescente e o aumento da dependência química.

A pesquisa realizada no CTCE/Correios demonstrou que há um predomínio do sexo feminino no consumo de drogas como analgésicos, relaxantes musculares (33,3%) e remédios para emagrecer (anfetaminas), com afirmação do uso por 11,1% das mulheres.

Assim, a pesquisa reitera outros resultados a nível mundial e nacional que apontam o maior consumo e o uso abusivo das substâncias psicoativas prescritas (medicamentos) pelas mulheres, tendo em vista que “o uso e abuso de analgésicos, tranqüilizantes, estimulantes e sedativos continuam sendo mais freqüentes, entre as mulheres” (ZILBERMAN; GIUSTI, 2007, p. 21).

Os benzodiazepínicos (ansiolíticos/ tranqüilizantes), anfetaminas (inibidores do apetite) entre outros medicamentos psicoativos se tornaram motivos de preocupação no Brasil desde os anos 80, devido o aumento do consumo, principalmente do sexo feminino. Entre outros fatores, podemos considerar a pressão social quanto aos padrões de beleza e o “culto ao corpo”, que certamente contribui com o abuso de medicamentos para emagrecimento (anfetaminas) entre as mulheres.

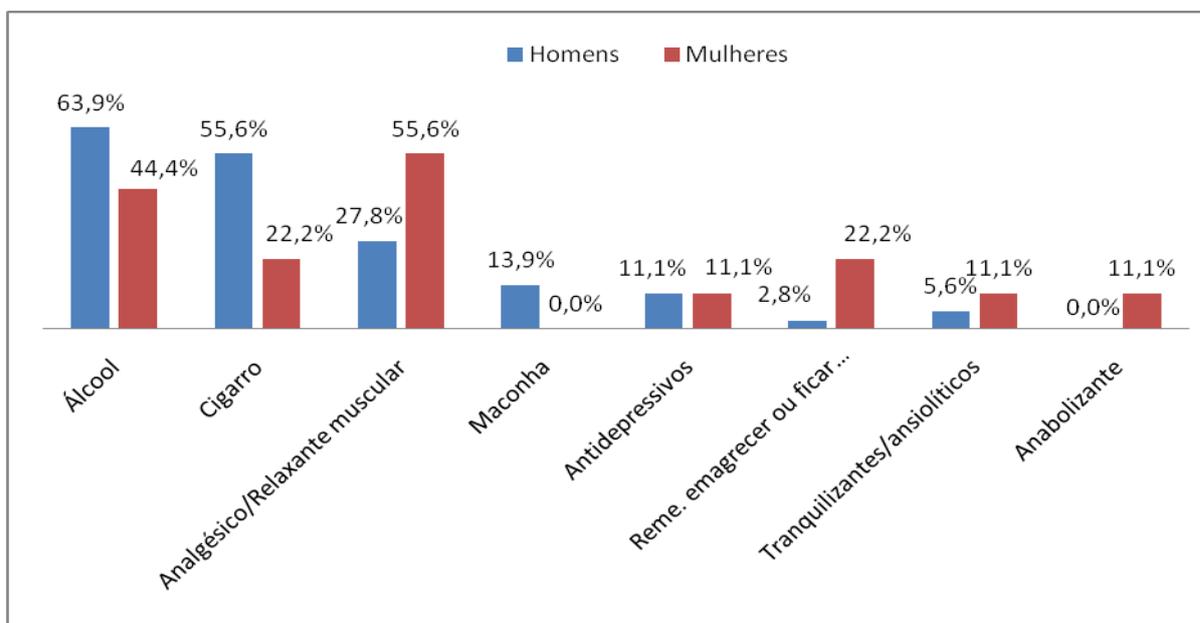
Conforme Galduróz (2013), os benzodiazepínicos são os medicamentos psicotrópicos mais vendidos, pois as mulheres são as maiores consumidoras e os médicos sem especialização, os maiores prescritores.

Os/as médicos/as têm maior tendência a prescreverem tranqüilizantes para as mulheres do que para os homens, considerando também que há uma maior prevalência de comorbidades psiquiátricas em mulheres, como depressão, fobias, estresse pós-traumáticos entre outros (ZILBERMAN; GIUSTI, 2007).

No mesmo sentido, a OIT (2008, p. 32) confirma que “o abuso dos medicamentos

psicoativos é mais elevado entre as mulheres do que entre os homens, além disso, a possibilidade de abuso de substâncias aumenta à medida que aumenta a idade dos trabalhadores e o seu recurso a medicamentos”.

**Gráfico 18 – Sexo x Uso na vida de drogas**



Fonte: Pesquisa direta/2014

Fridman e Pellegrini (1995) relatam que, foi encontrado entre trabalhadores/as uma relação de 1 (uma) mulher para cada 8 (oito) homens consumidores de drogas ilícitas alguma vez na vida, que corresponde ao total de 8,3% dos/as entrevistados/as, uma distribuição de 86,7% de homens e 13,3% de mulheres. Observou-se incidência de uso abusivo ou dependência em indivíduos do sexo masculino, com idade a partir dos 30 anos, com baixos níveis de escolaridade e renda sendo a droga ilícita mais consumida a maconha, com 57% das menções, seguida dos solventes (cola, éter, lança perfume, etc) com 34,4% e a cocaína com 8,6%.

Tais dados são diferenciados e com percentual elevado quando comparados ao encontrado na pesquisa realizada com os/as trabalhadores/as do CTCE/Correios, pois em relação ao uso de drogas ilícitas houve a confirmação do uso alguma vez na vida somente da maconha, com 13,9% de informantes, todos do sexo masculino, confirmando a prevalência dos homens no consumo de drogas. Entretanto, não houve a afirmação de nenhum sujeito entrevistado para o consumo atual de drogas ilícitas.

Em relação ao consumo de drogas ilícitas entre as mulheres, o último Levantamento Nacional sobre Drogas – II LENAD (2014) registrou que, embora a maconha seja a droga

ilícita mais consumida entre os jovens brasileiros de 14 a 25 anos, a cocaína é o entorpecente preferido entre as entrevistadas do sexo feminino.

Segundo os resultados do referido levantamento, 2% das mulheres entrevistadas consomem cocaína contra 1,4% que fumam maconha e entre a população jovem em geral, a prevalência do consumo de maconha é de 4,8% e o de cocaína, 3,4%. Entre outros fatores, os/as pesquisadores/as argumentam que este consumo pode estar relacionado à estética, pois a substância inibe o apetite, ao contrário da maconha que aumenta o apetite, como também, ao fato de que ao longo dos anos o uso de drogas vem crescendo entre as mulheres, tendendo a igualar-se a prevalência masculina ou até ultrapassá-la.

Em relação ao consumo do álcool entre homens e mulheres, dados do II Levantamento Nacional sobre Álcool e outras Drogas no Brasil - LENAD (2014) mostram que, embora as taxas de abstinência do álcool no país continuem idênticas nos últimos seis anos (48% no ano de 2006 e 52% em 2012), tem havido aumento de 20% na proporção de bebedores frequentes (que bebem uma vez por semana ou mais), que subiu de 45% para 54%, sendo que este aumento é mais significativo entre as mulheres, que foi de 29% em 2006 para 39% em 2012.

Em relação ao uso nocivo do álcool, em que o indivíduo ingere grandes quantidades (4 unidades de álcool para mulheres e 5 unidades para homens) em um período curto de tempo (2 horas), houve um aumento significativo desta forma de consumo entre os anos de 2006 a 2012, de 45% para 59% na população de bebedores, havendo novamente um aumento maior no sexo feminino, de 36% para 49% (LENAD, 2014).

O Relatório Mundial sobre Álcool e Saúde (OMS, 2014) enfatiza que existem diferenças de gênero também em relação ao consumo do álcool, na mortalidade e morbidade, bem como nos níveis e padrões de consumo da substância. A porcentagem de mortes atribuíveis ao álcool entre os homens ascendem a 7,6% de todas as mortes globais em comparação a 4,0 % de todas as mortes entre as mulheres relacionadas ao álcool, sendo que no mundo todo, são atribuídas ao álcool 5,9% das mortes.

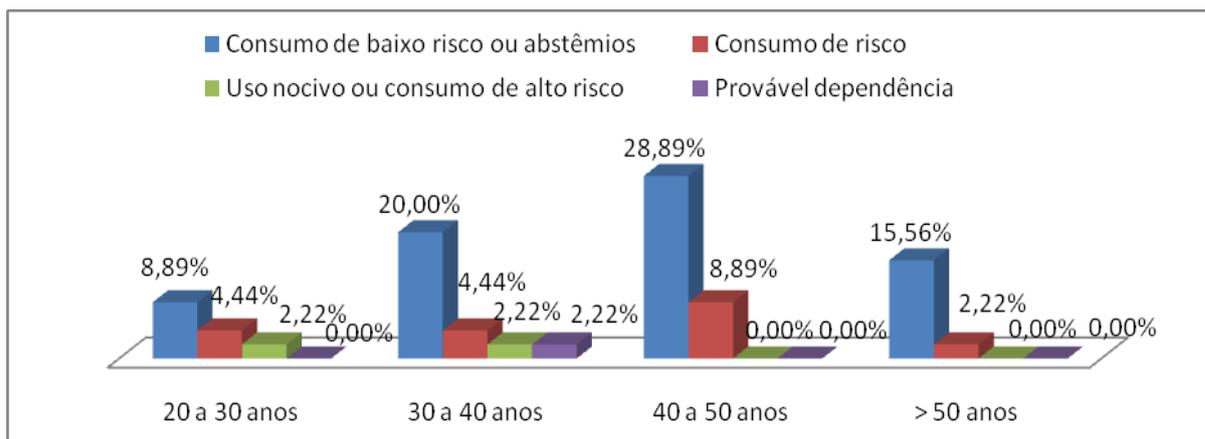
Dados estes que, demonstra a necessidade de consolidação e efetivação de políticas públicas sobre drogas no país, que tenham como foco as mulheres, a prevenção, como também a expansão no acesso ao tratamento e na redução de danos causados pela dependência química.

#### **4.5 Uso de drogas, idade e religião**

Ao se considerar a idade dos/as trabalhadores/as entrevistados/as e o padrão de

consumo do álcool, prevalece o uso de risco do álcool na faixa etária de 30 a 50 anos de idade, o que representa 13,33% dos/as empregados/as do CTCE dos Correios. O percentual de 4,44% dos entrevistados/as entre 20 e 40 de idade fazem o uso nocivo ou consumo considerado de alto risco, como também, a provável dependência ao álcool foi levantada em 2,22% dos sujeitos entre 30 a 40 anos de idade, conforme demonstra o gráfico 19:

**Gráfico 19 - Idade e padrão de consumo do álcool**



Fonte: Pesquisa direta/2014

A maioria dos/as entrevistados/as que fazem o uso do álcool está na faixa etária de 40 a 50 anos de idade ou mais, segundo aponta o gráfico 19, e, o maior índice de consumo de risco da substância também está nessa faixa etária (8,89%) como aponta o gráfico 18, entretanto, a provável dependência química foi encontrada na faixa etária um pouco mais jovem, entre 30 a 40 anos.

Dados estes que confirmam a pesquisa realizada pelo Serviço Social da Indústria - SESI no Rio Grande do Sul, em que a maioria dos trabalhadores/as entrevistados/as com provável dependência química encontra-se na faixa etária de 26 a 41 anos (FRIDMAN; PELLEGRINI, 1995).

Em outro estudo sobre uso de drogas entre trabalhadores/as, Mota (2011) aponta que a prevalência do uso de álcool é maior entre os/as trabalhadores/as com idade entre 25 à 44 anos, diferindo da pesquisa realizada nos Correios, em que a faixa etária entre 40 a 50 anos é a que tem o maior percentual de consumidores de risco do álcool (8,89%).

Como é sabido, o alcoolismo é uma doença de instalação lenta. Nesse sentido, Fridman; Pellegrini (1995) pontuam que é comum que os problemas relacionados ao uso do álcool sejam mais freqüentes e intensos entre os trabalhadores/as de mais idade.

Todavia, problemas decorrentes do uso álcool podem ocorrer com qualquer tipo de

usuário, como aponta Vaissman (2004) de 70 a 80% dos incidentes relacionados ao álcool não ocorrem entre bebedores pesados e sim entre os consumidores leves e moderados, tendo em vista que estes podem ingerir uma grande quantidade do álcool em uma única ocasião. Assim, todos os tipos de usuários do álcool e outras drogas estão sujeitos as consequências trazidas pelo consumo.

Mota (2011) relata que a prevalência do alcoolismo é maior entre os/as trabalhadores/as com idade entre 25 e 44 anos (8,2%) em comparação aos que se encontra acima dos 45 anos de idade (4,7%), dados estes aproximados da pesquisa realizada na ECT, em que a faixa etária de 30 a 40 anos de idade é a que apresentou provável dependência química, com 2,2% dos empregados, conforme demonstra o gráfico 19.

Laranjeiras e Nicastri (1998) apud Vaissman (2004) apontam que ao redor dos 30 anos o bebedor evolui para a condição de bebedor pesado ou bebedor-problema e começa a apresentar problemas associados ao uso, e a partir dos 30 a 35 anos a dependência química é instalada.

Assim, na pesquisa realizada, consideramos que a questão da prevalência do consumo do álcool se encontrar nas faixas etárias mais elevadas se deve ao fato da maioria dos/as empregados/as entrevistados/as estarem nessa faixa etária de 40 à 50 anos de idade (55,45%), como também, devido o consumo de risco e a dependência do álcool ser comumente detectado em idades mais elevadas, conforme relata Vaissman (2004):

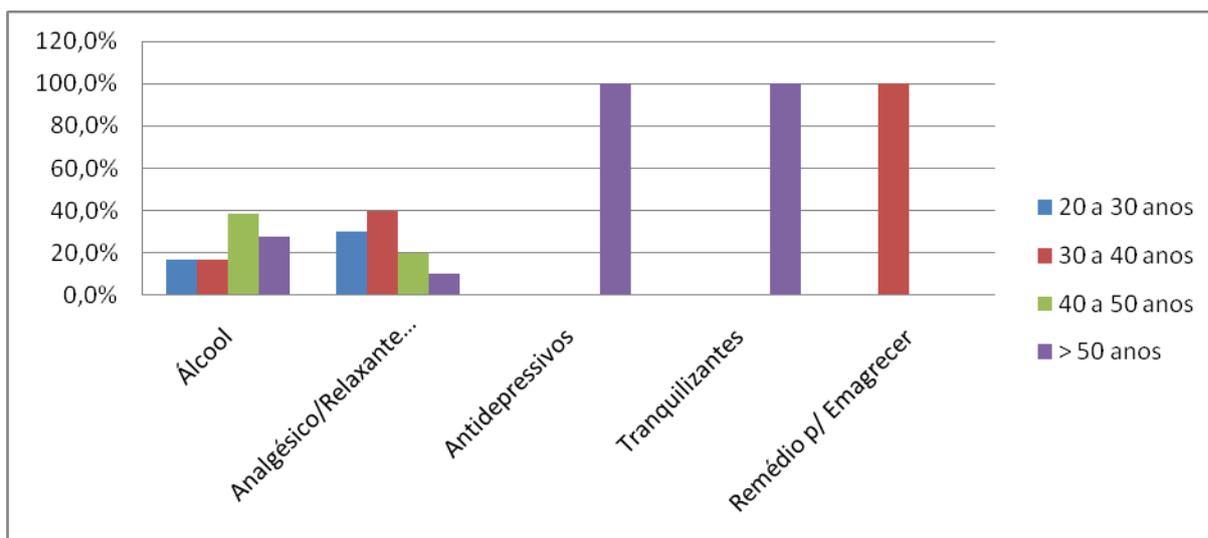
Note-se que a Organização Mundial de Saúde, através de estudos epidemiológicos em vários países, reuniu num consenso que na maioria das sociedades o mais elevado nível de consumo de álcool ocorre na faixa de 20-50 anos e entre pessoas empregadas... Assim, entre a faixa etária de 20 a 35 anos, os danos resultantes é basicamente em consequência da intoxicação (acidentes, disputas, ausência do trabalho), enquanto que na faixa de 35 - 55 anos, os dados causados pelo álcool incluem o dano ao fígado e ao comprometimento de outras vísceras, bem como as modificações psiconeurológicas resultantes do consumo regular do etanol (VAISSMAN, 2004, p. 58).

Certamente, tais dados demonstram preocupação e necessidade de expansão e efetividade de programas e políticas sociais sobre drogas, especificamente voltadas ao trabalhador/a e ao ambiente de trabalho, tendo em vista que a maioria dos/as usuários/as do álcool e outras drogas se encontram no mercado de trabalho e os problemas e incidentes relacionados ao uso podem atingir todo o contexto da vida do/a trabalhador/a.

Em relação à **idade e ao consumo atual de outras substâncias psicoativas**, na pesquisa realizada destaca-se após o álcool, o uso de analgésicos e/ou relaxantes musculares

por 22,22% dos entrevistados/as, onde 70% dos/as que fazem uso estão na faixa etária de 20 a 40 anos de idade, os tranquilizantes e ansiolíticos (benzodiazepínicos) são utilizados por 2,22% dos/as entrevistados/a, os quais são maiores de 50 anos de idade, conforme demonstra o gráfico 20.

**Gráfico 20 - Idade e consumo atual de drogas**



Fonte: Pesquisa direta/2014

No Brasil, conforme o II Levantamento Nacional sobre Drogas – LENAD (2014), 9,6% da população com 18 anos ou mais já utilizou pelo menos uma vez na vida tranquilizantes, sendo esta considerada uma das substâncias psicoativa mais consumida entre a população adulta no ano de 2012, que representa aproximadamente 8 milhões de usuários no último ano em todo país, equivalente a 6 % da população, dados superiores ao encontrado entre os empregados/as dos Correios (2,22%).

No país, a prevalência de uso de tranquilizantes em adolescentes são consideravelmente menores que as observadas entre adultos, mas ainda assim considerada expressiva - 2,5% dos/as adolescentes no Brasil já utilizaram tranquilizantes alguma vez na vida e 1,4% utilizou nos últimos 12 meses (população de aproximadamente 198 mil adolescentes no país) (II LENAD, 2014).

Em relação ao uso de drogas consideradas ilícitas, na pesquisa realizada não houve incidência de nenhum usuário/a, somente do uso alguma vez na vida. Fridman e Pellegrini (1995) relatam que em pesquisa realizada com trabalhadores/as houve a prevalência de 1% para o uso de drogas ilícitas, sendo que 5,8% dos entrevistados/as informaram que haviam parado o uso a cerca de seis meses. A maior incidência de usuários de drogas ilícitas esteve na

faixa etária mais jovem, entre os 18 e 23 anos de idade, na medida em que a idade avança tem-se uma redução ou ausência de consumo, ao contrário quando comparado ao uso abusivo ou dependência do álcool, em que há uma maior prevalência nas faixas etárias mais elevadas.

Segundo a SENAD (2010), os universitários e a população mais jovem superaram a população em geral no uso de drogas tanto lícitas como ilícitas, em qualquer que seja o critério de medida do consumo: uso na vida, uso nos últimos 12 meses ou uso nos últimos 30 dias, sendo que, os universitários bebem mais, fumam mais e usam mais drogas ilícitas do que o restante da população, não só no Brasil, mas em vários países do mundo.

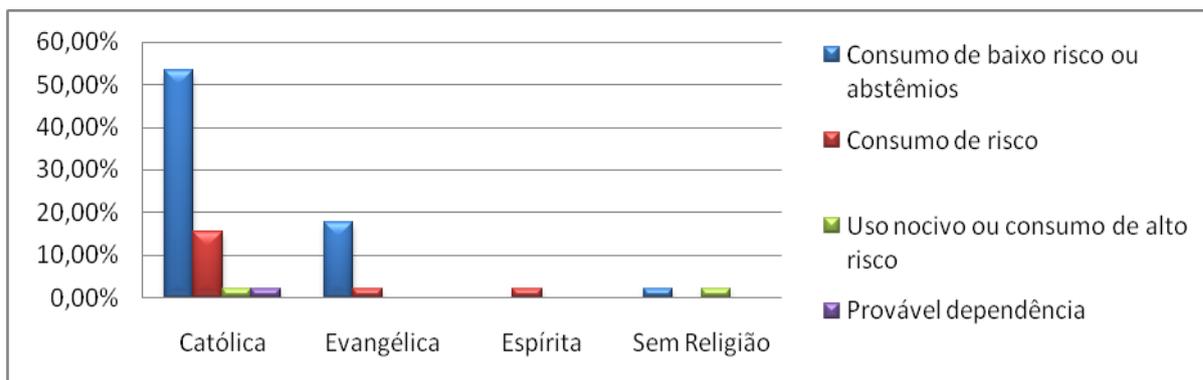
Dados estes que demonstram a emergente necessidade de consolidação das políticas sociais e das políticas públicas sobre drogas, voltada também ao público mais jovem, ao considerar as consequências que o consumo pode trazer para os indivíduos e toda a sociedade.

Em relação ao consumo de medicamentos psicoativos, a OIT aponta (2008, p. 11) que essas substâncias têm “efeitos secundários significativos que podem ter um impacto sobre o desempenho no local de trabalho”.

Pouco se sabe sobre o consumo de medicamentos e o seu impacto sobre a população trabalhadora, mas os resultados disponíveis das investigações já realizadas sugerem que se trata de um problema significativo e em crescimento, com efeitos graves sobre a segurança, saúde e produtividade nos locais de trabalho (OIT, 2008, p. 19).

Certamente, o Estado, empregadores/as e trabalhadores/as precisam estar conscientes e atentos aos diversos impactos que o uso abusivo e a dependência de drogas podem ter sobre os locais de trabalho, relações sociais estabelecidas e todos os demais contextos sociais, de saúde e de vida do/a trabalhador/a.

Em relação à **religião e o consumo do álcool e outras drogas**, dos/as entrevistados/as que realizam com frequência o consumo do álcool, 94,4% afirmaram serem católicos (gráfico 22), como também, todos os/as empregados/as que realizam o consumo considerado de risco do álcool declararam possuir alguma religião (católica, evangélica ou espírita), sendo que, aqueles que realizam o uso nocivo ou são prováveis dependentes, declararam-se católicos ou sem religião, com o total de 6,66%, conforme aponta o gráfico 21.

**Gráfico 21 - Padrão de consumo do álcool e religião**

Fonte: Pesquisa direta/2014

Em outra pesquisa sobre drogas com trabalhadores/as, Mota (2011) relata que ter uma religião está associado com significativa estatística em relação ao uso do álcool na vida, mas que, a prevalência do alcoolismo entre os/as trabalhadores/as que não possuem prática religiosa é maior (9,9%) em relação aos que possuem prática religiosa, com 4,9%, apesar de a autora afirmar que não foi possível identificar associação significativa entre uso de drogas e religião.

Tais dados apontados por Mota (2011) se diferencia da pesquisa realizada com os/as empregados/as do CTCE/Correios, pois o percentual de trabalhadores/as que apresentam consumo de risco, uso nocivo ou provável dependência do álcool possui em sua maioria alguma religião, conforme demonstrou o gráfico 21, entretanto, também não é possível afirmar que há uma associação expressiva entre o consumo de drogas e religião, ao considerar que há um percentual de empregados sem religião que realizam o consumo nocivo do álcool, como também não foi realizado levantamento sobre a prática efetiva da religião entre os/as entrevistados/as.

Alguns estudos sobre saúde mental e religião, apontam que esta última opera como um fator associado em relação ao alcoolismo e abuso de álcool e outras substâncias psicoativas em diferentes grupos da sociedade, ao se ter em vista que a religião se coloca como uma possibilidade de minimizar o sofrimento mental, que pode levar ao uso de álcool e ao alcoolismo (DALGALARRONDO, 2007).

Dalgalarrondo (2007) relata que possuir religião está associado à menor frequência de problemas relacionados ao álcool e os que não possuem religião apresentaram frequência mais elevada no consumo, sendo que, além da religião, outras variáveis também se associaram ao uso abusivo de álcool, como o gênero masculino, tipo de moradia, atividade laborativa, prática de esportes, tempo de estudo extracurricular, uso de tabaco e outras drogas

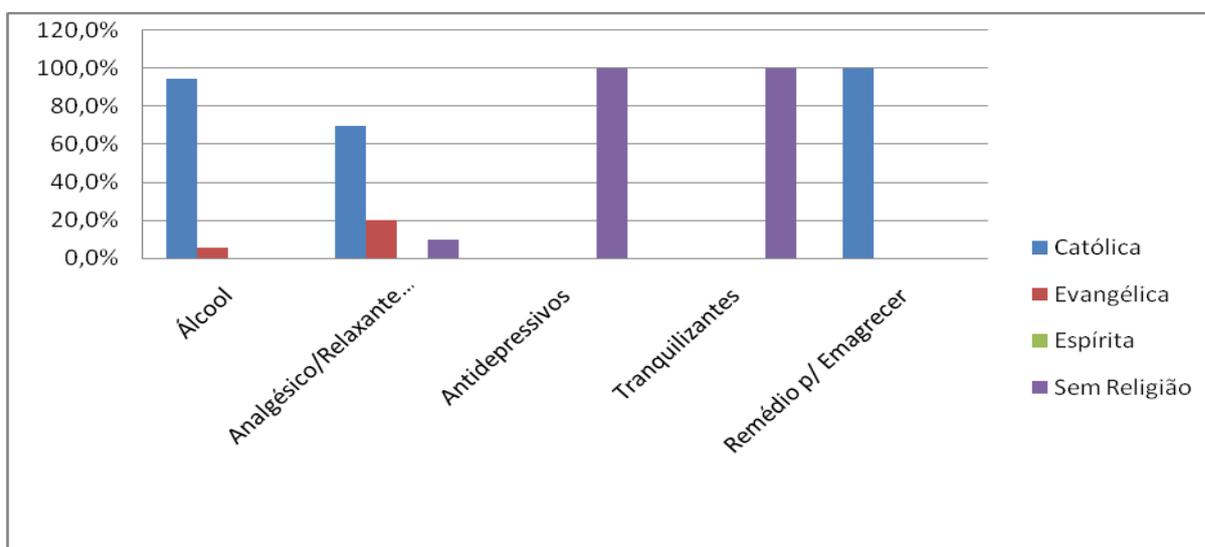
ilícitas, dentre outros.

Desse modo, a prática de uma religião pode ser considerada como fator de proteção para o não consumo de drogas, tendo em vista entre outros fatores, ao conjunto de valores, crenças e comportamentos apregoados, entre os quais se inclui em sua maioria a proibição do uso de drogas, no entanto, ainda são poucas pesquisas encontradas que têm explorado a relação entre drogas e religião, fazendo-se necessária expansão de pesquisas e estudos sobre o tema.

Dalgarrondo e Soldera (2004) em estudo realizado sobre drogas com estudantes adolescentes apontam que, os entrevistados protestantes apresentaram relativamente uma maior frequência de não usuários de drogas e os católicos e espíritas uma maior frequência (também relativa) de usuários pesados, verificando-se que as denominações mais conservadoras tendem a apresentar menos usuários de álcool e drogas, como também, uma maior educação religiosa durante a infância mostrou-se marcadamente importante no não consumo de psicoativos.

Na pesquisa realizada, conforme demonstra o gráfico 22, também houve percentual maior de usuários de psicoativos e padrão de consumo de drogas mais elevado entre os/as que se declaram católicos, espíritas ou sem religião em comparação aos que afirmam pertencer a religião protestante/evangélica.

Em relação ao uso de psicoativos medicamentosos, que é a segunda droga mais consumida pelos/as trabalhadores/as entrevistados/as do CTCE/Correios, os analgésicos/relaxantes musculares e remédios para emagrecer (anfetaminas) tiveram em sua maioria o uso afirmado pelos/as entrevistados/as que se consideram católicos e os antidepressivos e tranqüilizantes tiveram o uso afirmado pelos que se declararam sem religião, conforme demonstra o gráfico 22, apesar de não ser possível afirmar uma associação significativa entre uso de medicamentos e religião.

**Gráfico 22 - Consumo de drogas e religião**

Fonte: Pesquisa direta/2014

A Organização Internacional do Trabalho confirma que “existem fatores culturais, sociais e religiosos que influenciam os níveis de abuso de diferentes substâncias”, sendo que, tais fatores são frequentemente específicos quanto ao gênero, com maior incidência entre homens do que entre mulheres (OIT, 2008, p. 15).

A religião e o consumo de psicoativos apresentam características comuns, na busca por transcender a realidade, alterações na consciência, nas sensações e no refúgio para as aflições e sofrimentos humano, há inclusive o uso de psicoativos em algumas religiões, como o vinho na religião cristã e a planta *ayahuasca* nos rituais do Santo Daime, dentre outras.

Para Mota (2009) existe uma forte correlação entre as drogas e a prática da religião,

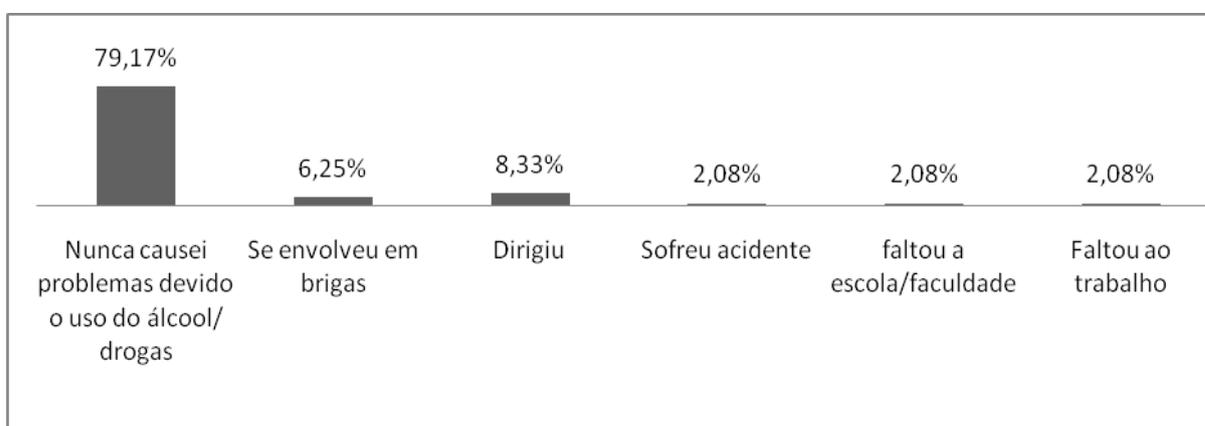
[...] Pois condições similares de alteração de consciência buscadas com o uso de drogas encontram seu correspondente em estados de êxtase religioso. Ambos estão buscando um alívio para a angústia de viver. Por isso mesmo a religião é tão utilizada na recuperação da dependência química... Tanto as drogas quanto a religião são alguns dos paliativos para o sofrimento humano mais utilizado ao longo da história (MOTA, 2009, p. 55).

Assim, a religião é considerada um fator de proteção para o uso abusivo de drogas, como também, esta pode se apresentar como um subterfúgio do usuário ou dependente de psicoativos, que buscar minimizar o seu sofrimento.

#### 4.6 Problemas relacionados ao uso de psicoativos

Em relação aos problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas, 20,82% dos/as empregados/as entrevistados/as afirmaram que já os vivenciaram, tais como: envolvimento em brigas, acidentes, dirigir alcoolizado, faltar à escola/faculdade e faltar ao trabalho devido o consumo abusivo de psicoativos, e que o maior percentual foi o de dirigir sobre o efeito do álcool, seguido pelo envolvimento em brigas e situações de violências, conforme demonstra o gráfico 23:

**Gráfico 23 - Drogas e problemas sociais**



Fonte: Pesquisa direta/2014

Dirigir sob a influência de álcool é causa de muitas mortes e prejuízos ao redor do mundo, com grande impacto também para o Brasil. Por esse motivo, o Código de Trânsito Brasileiro tem sofrido mudanças para adequar-se às tendências mundiais de controle de embriaguez no trânsito, como exemplo, em 2012 foi sancionada a Lei nº 12.760, que reforça a popularmente conhecida “Lei Seca” (nº 11.705/2008), a II LENAD (2014) aponta que tais mudanças na legislação contribuíram com queda de 21% entre os anos de 2006 e 2012 dos indivíduos que relatam dirigir após o consumo de álcool no último ano, entretanto, ainda assim 27,3% dos homens e 7,1% das mulheres no Brasil afirmam que já conduziram veículos após o consumo do álcool, dados acima do encontrado na pesquisa com os/as empregados/as dos Correios, que foi de 8,33% no total dos/as entrevistados/as.

Conforme o Relatório Mundial sobre Drogas, em todo o mundo, os acidentes de trânsito são a segunda causa mais comum de morte de pessoas entre 5 e 29 anos de idade, e, 90% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda. Estima-se que, 1,2 milhões de pessoas morrem todo ano em acidentes no trânsito e que, em 2030, os acidentes de trânsito

serão a quinta principal causa de morte, pois dirigir sob o efeito do álcool ou outras drogas é um poderoso prognosticador de mortes no trânsito (UNODC, 2013).

Apesar das mudanças na legislação e redução do comportamento de dirigir sobre o efeito do álcool, ainda assim registra-se elevados índices de acidentes de trânsito relacionados ao consumo da substância. De acordo com a OMS (2014), 15% das mortes decorrentes de acidentes de trânsito no mundo foram atribuídas ao álcool em 2012 e no Brasil estima-se que 18% e 5,2% dos acidentes de trânsito entre homens e mulheres, respectivamente, foram causados pelo uso de bebidas alcoólicas.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde no país aponta que, o consumo do álcool tem forte impacto nos atendimentos de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que uma em cada cinco vítimas de trânsito atendida nos prontos-socorros brasileiros ingeriu bebida alcoólica, o levantamento revela que entre as pessoas envolvidas em acidentes de trânsito, 22,3% dos condutores, 21,4% dos pedestres e 17,7% dos passageiros apresentavam sinais de embriaguez ou confirmaram consumo de álcool (BRASIL, 2013)

Dados este que, apontam a necessidade de maiores investimentos em políticas públicas e sociais, com foco educativo e preventivo, que contribuem com a redução dos danos causados pelo uso abusivo do álcool assim como de outras drogas, e com a diminuição dos fatores de risco relacionados ao uso, tendo em vista as diversas consequências sociais e individuais decorrentes do consumo abusivo e da dependência química.

Em referência aos diversos problemas decorrentes do consumo de drogas, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD (2014) realizado no Brasil aponta que:

- ✓ 32% dos adultos que bebem referiram já não ter sido capaz de conseguir parar depois de começarem a beber,
- ✓ 10% referiu que alguém já se machucou em consequência do seu consumo de álcool,
- ✓ 8% admitem que o uso do álcool já teve efeito prejudicial no seu trabalho,
- ✓ 4,9% dos bebedores já perderam o emprego devido ao consumo de álcool,
- ✓ 9% admitem que o uso de álcool já teve efeito prejudicial na sua família ou relacionamento.

Estas e outras estatísticas apontam com dados os diversos problemas relacionados ao uso abusivo do álcool, como também de outras drogas, que atingem diretamente a saúde do trabalhador/, o ambiente de trabalho e as demais relações sociais que são estabelecidas.

Conforme a Organização Internacional do Trabalho - OIT (2008), o uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores/as trás inúmeras consequências, dentre estas a incapacidade de

concentração e coordenação no ambiente de trabalho, que é provocado principalmente pelo consumo habitual de álcool, cocaína, maconha, heroína e remédios para controlar a ansiedade, principalmente em profissionais na faixa etária entre 20 e 35 anos, sendo que as características que mais relatam problemas no ambiente de trabalho relacionados com o consumo habitual de drogas estão atitudes de nervosismo, irritabilidade, falta de concentração e excessivos pedidos de dispensa.

Ainda segundo a OIT (2008), em todo o mundo, 67% das pessoas com algum tipo de dependência química estão integradas ao mercado de trabalho, 75% dos casos de acidentes no ambiente de trabalho relacionados com o consumo de drogas são verificados entre profissionais do sexo masculino e 25% do sexo feminino, já que há um consumo maior do álcool pelos homens conforme discutido anteriormente, apesar dessa diferença estar diminuindo com o passar dos anos, devido o aumento do consumo dos psicoativos, também, pelas mulheres.

Dados estes que se tornam preocupantes, uma vez que, quem faz uso do álcool em excesso triplica as chances de recorrer a licenças médicas, aumenta em cinco vezes a possibilidade de sofrer acidentes de trabalho e em oito vezes a utilização de diárias hospitalares, sendo que os prejuízos com o uso do álcool superam os bilhões movimentados pela poderosa indústria de bebidas no país (ABEAD, 2015).

Dentre outras consequências do uso dos psicoativos, Vaissman (2004) aponta:

[...] Alta frequência de problemas conjugais, sociais, legais, financeiros, de relacionamento, acidentes de trânsito, psicológicos e/ou psiquiátricos (violência, homicídios, suicídios, brigas, embriaguezes frequentes) e ocupacionais (afastamento, absenteísmos no trabalho, atrasos, problemas de relacionamento com colegas, indisciplina, queda na produtividade e qualidade no trabalho e finalmente os acidentes de trabalho) (VAISSMAN, 2004, p. 21).

Incontestavelmente, são diversos os problemas que decorrem do abuso e dependência do álcool e outras drogas, como também pôde confirmar a pesquisa realizada com os/as empregados/as entrevistados/as em que cerca de 20% afirmaram que já os vivenciaram, havendo maior menção do ato de dirigir alcoolizado e o envolvimento em situações de violências/brigas como demonstrou o gráfico 23, realidade esta que também se vivencia nas situações de violências e crimes a nível nacional e mundial.

Conforme o Ministério da Saúde (2013) há predominância no Brasil das situações de violência física (64,5%), psicológica/moral (25,2%) e violência sexual (18,8%) dentre outros,

em sua maioria contra as mulheres (66,6%) e 33,4% entre homens, sendo que, em torno de 22,8% dos agressores suspeita-se de ingestão de bebida alcoólica, sem contar as subnotificações devido às situações em que não são realizadas denúncias e não são contabilizados nos dados oficiais do Estado.

Em relação o maior número de violências contra as mulheres, devemos considerar como categoria de análise a questão de gênero, tendo em vista que a violência de gênero é aquela praticada em razão das diferenças sociais e das desigualdades atribuídas ao gênero, havendo uma relação de dominação historicamente de um sexo/gênero sobre o outro.

[...] Ocorre independentemente de qualquer fronteira de classes sociais, de tipos de cultura, de grau de desenvolvimento econômico, podendo ocorrer em qualquer lugar, no espaço público e no espaço privado, e ser praticada em qualquer etapa da vida das mulheres e por parte de estranhos ou parentes/conhecidos, especialmente destes últimos (SAFFIOTI, 2007, p. 8).

Certamente, são inúmeras as consequências trazidas pelo uso abuso dos psicoativos, perpassando todas as esferas e espaços sociais, independente do país, gênero, raça/etnia, idade, posição social ou condições socioeconômicas. Assim, o abuso e a dependência do álcool e de outras drogas não é um problema afeto a alguns grupos ou setores sociais, pois este tem se tornado generalizado e o consumo excessivo têm acompanhado a sociedade moderna nas suas contradições, considerado hoje como um grave e urgente problema de saúde e segurança pública, em que o ambiente de trabalho assim como os demais contextos da vida do/a trabalhador/a tem sido afetados diretamente pelas consequências desse aumento no consumo de psicoativos.

Conforme Mota (2009), a sociedade tende a produzir suas próprias “patologias”, como a sociedade moderna que trouxe o desenvolvimento dos processos de destilação do álcool, de drogas sintéticas potentes e um sistema social capitalista altamente competitivo e criador de necessidade e desejos ilimitados, contribuindo significativamente com a proliferação das dependências químicas. Assim, não devemos analisar “os problemas de saúde mental apenas como uma patologia de indivíduo mal ajustados às normas sociais, é imprescindível entender como o “desvio” é socialmente construído.

No caso dos operários, a rotina esgotante do trabalho insalubre, os baixos salários e as condições precárias de vida tornam a moderação dos apetites étlicos um fardo pesado demais para a classe trabalhadora. Explorados por um sistema que não respeita sua humanidade, o proletariado encontra nas bebidas alcoólicas o lenitivo para amortecer suas angústias. Ao mesmo tempo em que se alastra a compulsão pela produção, cresce também o vício (MOTA, 2009, p. 43).

Neste sentido, o próprio sistema econômico e social de produção capitalista, regido pelos princípios do lucro, acumulação, competição e marcado pelas desigualdades e injustiças sociais, tem contribuído consideravelmente com o aumento do consumo de drogas na modernidade, sendo que o ser humano que está nesse contexto social é refém de uma lógica na qual ele vive para a economia acumulativa/capitalista e não o oposto, diferenciando das sociedades arcaicas, em que o busca por bens materiais não tinha esta característica compulsiva.

Esta é uma questão quase imperceptível para o discurso médico-policial, que coloca nas “drogas” (uma substâncias inanimada) a culpa de praticamente todos os problemas sociais decorrentes de seu uso, enquanto se constitui em um ponto essencial da discussão sócio antropológica sobre este fenômeno por analisar as condicionantes culturais que permeiam as várias formas de uso de drogas (MOTA, 2009, p. 45).

Ao considerar o uso de drogas e o ambiente de trabalho, Vaissman (2004) relata que apesar de não ser possível afirmar um nexo causal entre o uso abusivo de drogas e as atividades laborais, as condições de vida e de trabalho podem contribuir com o beber problemático e a dependência química do trabalhador/a, como também os aspectos relacionados ao sexo, estado civil, escolaridade dentre outros.

As variáveis que melhor prediziam o alto risco do beber problemático foram: insatisfação no trabalho, anos de serviço, condições pré-morbidas de neurose, posto ocupado na hierarquia do trabalho e tipo de turno. Assim, a autora conclui que trabalhadores menos qualificados, os *blue-collar workers*, que exercem trabalhos manuais, têm pouca satisfação no trabalho, com restritas possibilidades de promoção, altas taxas de absenteísmo, além de serem menos eficientes. Ademais, possuem maior risco de um beber problemático aqueles com o seguinte perfil: sexo masculino, separado ou divorciado, trabalhando em turno e com baixo nível de instrução (VAISSMAN, 2004, p. 55).

Outrossim, o sistema capitalista, o processo de desenvolvimento da industrialização, urbanização, exclusão social e as condições de vida e de trabalho contribuem diretamente com o fácil acesso, o uso excessivo e a dependência química do álcool e outras drogas, que esta própria sociedade contribui e culturalmente incentiva o uso, especialmente do álcool, busca também meios de combatê-lo ainda que precariamente, tendo em vista os agravos trazidos, os quais têm atingido diretamente a classe trabalhadora e toda a sociedade, com prejuízos econômicos e sociais.

Assim, considerando os riscos e as consequências da dependência química e a importância do tratamento ao/a trabalhador/a usuário, foi perguntado aos/as sujeitos entrevistados se realizaram alguma vez na vida **tratamento para algum tipo de dependência química**, apenas 2,22%, ou seja, um único entrevistado do sexo masculino confirmou já ter realizado e que continua realizando tratamento para a dependência do álcool, conforme aponta o gráfico 24:

**Gráfico 24 - Tratamento para dependência química**



Fonte: Pesquisa direta/2014

Diante dos dados obtidos sobre o padrão de consumo do álcool e o uso de medicamentos psicoativos entre os/as trabalhadores/as entrevistados/as que demonstramos anteriormente nos gráficos 11 e 14, consideramos que se torna necessário uma maior efetivação de programas e ações de prevenção, orientações, como também de tratamento do uso abusivo e dependência de drogas entre os/as trabalhadores/as.

Na pesquisa, foram encontrados números significativos de usuários nocivos e prováveis dependentes do álcool e de consumidores contínuos de medicamentos psicoativos, porém, há pouca adesão e participação em programas de tratamento, realidade esta que se torna preocupante, visto que, quando o usuário se encontra no último estágio do consumo de psicoativos (dependência química) se torna mais complexa e difícil a sua recuperação.

Vaissman (2004) reafirma a importância de investimento na área preventiva e de atenção primária aos/as trabalhadores/a, e que não se deve restringir as ações e programas em medidas curativas e de atenção secundária e terciária, pois prevenir esses problemas nos locais de trabalho traz maiores resultados na satisfação do trabalhador, na sua produtividade e na saúde ocupacional, garantido um trabalho de maior rendimento e qualidade.

Entretanto, no Brasil ainda se faz necessário a consolidação, efetivação e universalização das políticas públicas sobre drogas focadas na prevenção e tratamento dos problemas decorrentes do uso de psicoativos, bem como de ações voltadas aos/as trabalhadores/as e ao ambiente de trabalho, considerando que, o local de trabalho é um espaço

privilegiado para o desenvolvimento de políticas sobre drogas, devido fazer parte da esfera de produção e reprodução da vida social, onde o trabalhador estabelece inúmeras relações, aprendizados e passa a maior parte do seu tempo diariamente.

As políticas e programas relacionados ao consumo do álcool e outras drogas devem promover a prevenção, a redução e o tratamento dos problemas relacionados com o consumo dos psicoativos no ambiente de trabalho, devendo existir um quadro político a nível nacional para lidar com a utilização e o abuso de álcool e outras drogas, especialmente para os/as trabalhadores/as e as empresas, conforme aponta a OIT (2008):

É igualmente importante que esse quadro dê apoio ao desenvolvimento de políticas e programas a nível das empresas. A ausência desse quadro político torna muito mais difícil a abordagem da questão do abuso de substâncias por parte dos empregadores e trabalhadores. As organizações de empregadores e trabalhadores devem trabalhar com os respectivos governos no sentido de elaborarem leis e regulamentos que suportem os programas de prevenção de abuso de substâncias nos locais de trabalho. No mínimo, os governos e as organizações de empregadores e trabalhadores devem assegurar-se de que não existem disposições legais ou regulamentares que constituam um entrave ao desenvolvimento de tais programas (OIT, 2008, p. 06).

#### **4.7 Drogas e fatores de riscos analisados**

Para o desenvolvimento de ações e programas de prevenção sobre drogas, conforme a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD (2008) precisamos saber os fatores de risco e de proteção relacionados ao consumo dos psicoativos, pois é necessário conhecer os fatores que colocam o/a trabalhador/a em risco e os que protegem, a fim de atuar para minimizar os primeiros e fortalecer os segundos. Tais fatores não podem ser considerados de forma individual e/ou isolada, pois o consumo de psicoativos, como qualquer outro comportamento humano, está relacionado à interação do indivíduo com todo o seu contexto social.

Segundo a SENAD (2008), os fatores de risco e de proteção estão relacionados com a interação dinâmica entre o indivíduo e seu contexto social e cultural, estando estes fatores presentes em diversas esferas da vida, como exemplo:

##### **Fatores de risco**

- ✓ Propensão à depressão, ansiedade ou auto-estima baixa,
- ✓ Disponibilidade das drogas,
- ✓ Fatores econômicos (alto ou baixo poder aquisitivo),

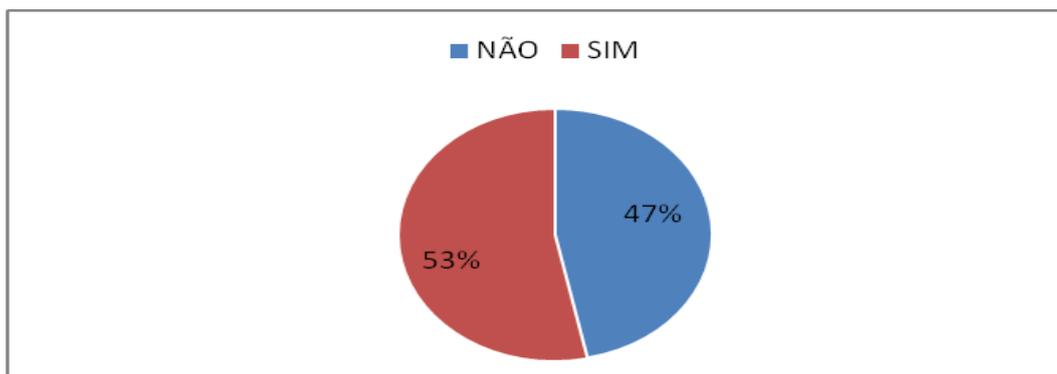
- ✓ Modelos sociais que aprovam ou incentivam o consumo de drogas,
- ✓ Influências de grupos,
- ✓ Falta de informação adequada sobre as drogas e seus efeitos,
- ✓ Violência familiar,
- ✓ Vínculos negativos com pessoas e instituições,
- ✓ Publicidade (comerciais que estimulam o consumo) dentre outros.

**Fatores de proteção:**

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

Neste sentido, a pesquisa realizada com os/as trabalhadores/as do CTCE/Correios abordou alguns aspectos relacionados aos fatores de risco ou proteção para o consumo de drogas. Como exemplo, a prática de atividades físicas, tendo em vista que esta contribui com a manutenção da saúde, estabelecimentos de vínculos e de relações sociais, portanto, considerado um fator de proteção na prevenção do uso abusivo e dependência de drogas, conforme citação anterior apontada pela SENAD, assim, se faz importante na prevenção às drogas, dentre outros fatores, a “existência de oportunidades de estudo, trabalho, **lazer** e inserção social que possibilitem ao indivíduo realizar seu projeto de vida” (SENAD, 2013, p.104, *grifo nosso*).

Dos trabalhadores/as entrevistados/as, mais da metade (53%) disseram que praticam algum tipo de atividade física, segundo aponta o gráfico 25:

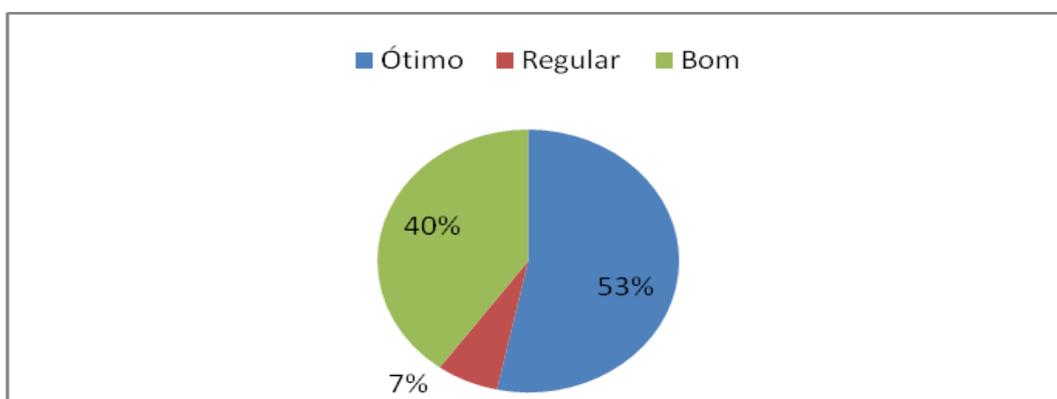
**Gráfico 25 - Prática de atividades físicas**

Fonte: Pesquisa direta/2014

Em outra pesquisa sobre drogas dirigida aos/as funcionários/as da Universidade Federal de Mato Grosso, Mota (2011) relata que a prática de atividade física é realizada por menos da metade dos/as entrevistados/as (44,6%), resultado inferior ao encontrado nesta pesquisa realizada.

Entre outros aspectos relacionados aos fatores de proteção ou de risco que podem contribuir para o consumo de drogas entre os/as trabalhadores/as, a pesquisa também buscou avaliar as relações sociais estabelecidas pelo/a trabalhador/a no ambiente de trabalho e na família, por serem estes os locais que cotidianamente ocupam a maior parte do seu tempo, assim, procuramos conhecer o nível de satisfação dessas relações.

Em relação ao relacionamento familiar, a maioria dos/as entrevistados/as, 93% afirmaram que consideram as relações estabelecidas ótimas ou boas, sendo que 7% consideram regular, conforme o gráfico 26:

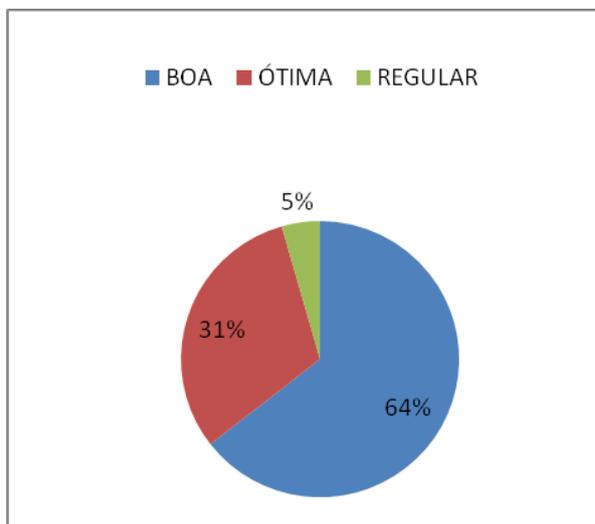
**Gráfico 26 - Relacionamento familiar**

Fonte: Pesquisa direta/2014

Sobre as relações estabelecidas no ambiente de trabalho, a maioria dos/as entrevistados/as, 95% consideram que o relacionamento com os colegas de trabalho é ótimo

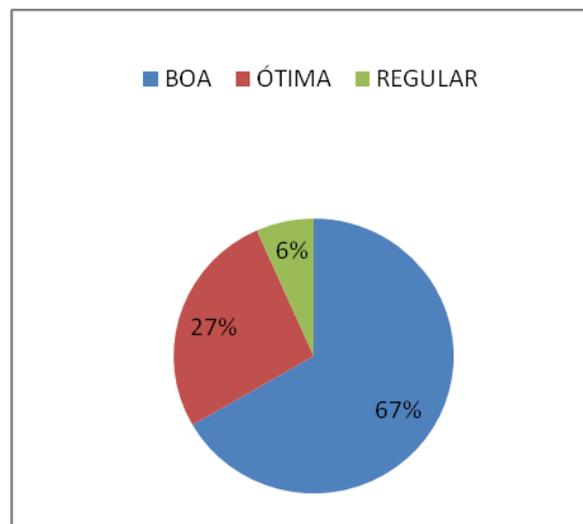
ou bom e os demais (5%) o consideraram regular (Gráfico 27), a cerca do relacionamento com a chefia/gerência, 94% o consideraram bom ou ótimo, sendo que 6% definem como regular, como demonstra o gráfico 28.

**Gráfico 27 - Relação no trabalho**



Fonte: Pesquisa direta/2014

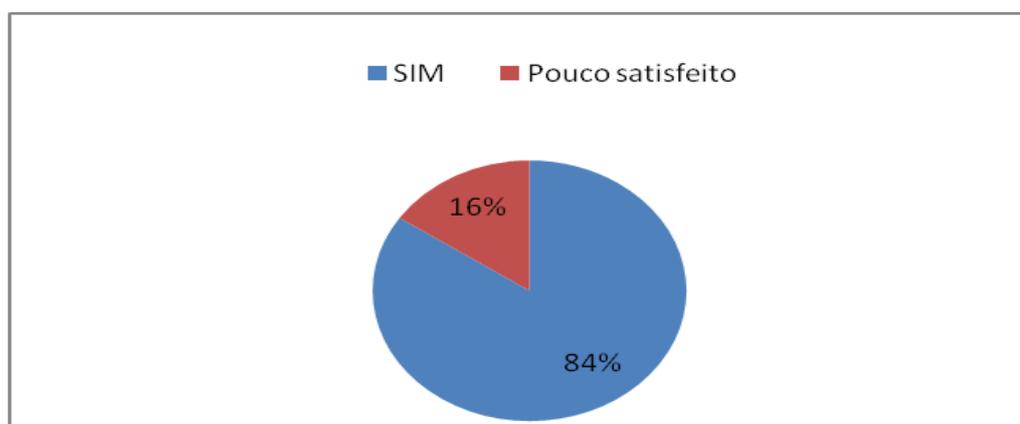
**Gráfico 28 - Relação com a chefia**



Fonte: Pesquisa direta/2014

Em relação à satisfação dos empregados/as com o trabalho desenvolvido na empresa, 16% responderam que estão pouco satisfeito, sendo que os demais (84%) consideram-se satisfeito com o trabalho, como aponta o gráfico 29:

**Gráfico 29 - Satisfação no trabalho**



Fonte: Pesquisa direta/2014

Na pesquisa, a maioria dos/as empregados/as entrevistados/as considerou-se satisfeito com o trabalho desenvolvido, como também com as relações sociais estabelecidas no ambiente de trabalho e na família, assim, tais resultados podem ser considerados positivos,

tendo em vista que tais vivências e situações também podem contribuir como fatores de risco ou prevenção para o consumo abusivo e a dependência dos psicoativos, entre outras relações e contextos sociais que são estabelecidos pelo/a trabalhador/a.

Entretanto, apesar do percentual menor de sujeitos que se consideram insatisfeitos com o trabalho executado na empresa (16%), com as relações sociais estabelecidas na família (7%) e no ambiente de trabalho (entre 5% e 6%), tais dados podem contribuir como fator de risco para o atual e/ou futuro consumo abusivo e a dependência de substâncias psicoativas, principalmente em relação ao percentual encontrado referente a insatisfação dos/as empregados/as com o trabalho desenvolvido, tendo em vista que o trabalho tem um papel fundamental para os indivíduos e toda a sociedade.

Outrossim, o trabalho contribui com a formação da identidade dos sujeitos e sua participação na vida social, estando diretamente relacionado à saúde, daí a necessidade de se conhecerem os fatores que interferem na qualidade de vida e no trabalho, ao se ter em vista também que cada categoria profissional tem suas especificidades, e dependendo das condições de trabalho, este também poder ser considerado um fator de risco ou prevenção para a dependência de drogas.

O trabalho é considerado vital e uma condição ontológica própria do ser social, portanto, fundante do ser em sociedade, possibilitando a transformação de si próprio ao mesmo tempo do meio em que vive. Conforme Marx (2004), o trabalho é de forma genérica, o modo pelo qual os seres humanos produzem a sua humanidade, ou seja, produzem e reproduzem a sua existência, o elemento mediador da relação entre ser humano e natureza. Assim, o ser humano ao trabalhar enquanto um agir de forma intencionalizada e consciente sobre a natureza com a finalidade de transformá-la, diferente dos animais, também produzem história e sua própria subsistência, e ao mesmo tempo, produzem cultura, idéias, crenças, valores, enfim, conhecimento sobre a realidade.

Em relação ao uso de drogas e trabalho, Vaissman (2004) relata que a partir do momento em que se parte da premissa de que os efeitos do uso nocivo do álcool e outras drogas no ambiente de trabalho trás além dos prejuízos para a saúde, e que constituem-se numa das grandes causas de acidentes de trabalho, absenteísmo, violência, perda da produtividade, atingindo, sobretudo, o contexto familiar do trabalhador, constata-se que há significativas perdas financeiras para as companhias.

Então, compreende-se que o próprio ambiente de trabalho passa a ser visto como um local privilegiado para o desenvolvimento de programas e de ações de prevenção e tratamento.

Assim, diante da complexidade e da diversidade de fatores de risco que podem contribuir com o alcoolismo e a dependência de outras drogas, faz-se necessário maiores investimentos e expansão de novas pesquisas sobre drogas entre os trabalhadores/as e demais segmentos sociais, com objetivo de agregar conhecimentos sobre a realidade de forma a contribuir com o planejamento e consolidação de políticas públicas e sociais de prevenção ao abuso e dependência de drogas e de atendimento aos/ usuários/as de psicoativos, a partir de um olhar do ser social em sua totalidade, analisando os fatores multicausais que podem contribuir com a dependência química, tornando mais fácil a compreensão do problema, da prevenção das causas e de suas conseqüências à toda a sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação e pesquisa não têm por objetivo concluir questões ou trazer todas as respostas ao problema de pesquisa, mas sim contribuir com o tema para acirrar as discussões sobre a drogadição e o ambiente de trabalho, bem como sua repercussão na saúde do trabalhador/a e a importância das políticas públicas sobre drogas. A pesquisa se deu a partir da coleta de dados entre os/as trabalhadores/as do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas – CTCE dos Correios de Mato Grosso sobre o atual consumo de drogas lícita e ilícitas e sua relação com a questão de gênero, o trabalho e os principais fatores de risco relacionado ao uso, com objetivo de refletir também sobre o papel que o Poder Público, em suas mais variadas esferas, vem assumindo diante desta questão.

Historicamente o uso de substâncias psicoativas tem acompanhado o desenvolvimento da humanidade e da sociedade em seus diferentes contextos e aspectos, como na esfera alimentar, militar, sagrada, religiosa, festiva, cultural, recreativa, etc., independente do sexo, idade, raça/etnia, religião, classe social e demais questões sócio-culturais, porém, na modernidade temos vivenciado um aumento do consumo dos psicoativos, como adicção.

Ainda que as drogas sejam consideradas substâncias históricas, culturais e de alcance mundial, não podemos desconsiderar que nas últimas décadas estas tem se tornado motivo de preocupação, em vista dos problemas com a exarcebação do consumo, a dependência química e o tráfico de drogas, que tem trazido consigo diversas conseqüências sociais, físicas, mentais, político-econômicas e outras, que envolvem o indivíduo, a família e toda a sociedade. Assim, tal uso torna-se cada vez maior e mais complexo, dificultando a prevenção, controle e tratamento.

Na atualidade, as conseqüências trazidas pelas substâncias psicoativas tornaram-se um desafio de abrangência mundial, sendo a dependência química reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como doença e o fenômeno das drogas como uma questão de saúde e segurança pública, somado aos novos psicoativos que surgem constantemente, além da questão do narcotráfico e do aumento do uso de drogas prescritas - medicamentos. Entretanto, sabemos que a questão das drogas não se limita à esfera da saúde ou doença e muito menos deve ser tratado como um problema moral, ético ou policial, tendo em vista que há diversas interfaces históricas, sociais, político-econômicas e culturais envolvidas nessa questão.

O consumo de drogas tal como se expressa nos dias de hoje é considerado uma expressão da questão social, uma vez que tem seu agravamento no período de

desenvolvimento da Ciência e da Revolução Industrial a partir do século XVIII, a qual trouxe consigo a pauperização da classe trabalhadora, por conseguinte o êxodo rural, desemprego, fome, condições precárias e insalubres de moradia e sobrevivência, juntamente com a exploração da força de trabalho e a ausência de políticas públicas e sociais.

Contudo, foi especificamente no século XX que se iniciaram as primeiras intervenções do Estado relacionado às drogas, ainda que numa perspectiva de legislação jurídica, repressiva e de coibição, características estas que tem se perpetuado até os dias atuais. Apesar da dependência química já ser reconhecida como uma questão de saúde e um problema social, o foco em relação às drogas ainda se encontra na repressão do indivíduo e das comunidades, especialmente das classes mais pobres, considerando estarem essas em situação de maior vulnerabilidade ou porque são nestas que tais questões aparecem de forma mais recorrente.

Apesar dos avanços nas políticas públicas, prevenção e tratamento em relação às drogas, as intervenções que tem o foco maior na proibição e repressão tem demonstrado a necessidade de mudanças nas ações e atuações do Estado, como também do imaginário e crença popular que estigmatiza o/a usuário/a de psicoativos, ao acreditar que a questão do consumo se encontra centrada no indivíduo, suas características e personalidade, que reproduz ideários de usuário/a apenas como o “marginal”, “noiádo/a”, “vagabundo” e de culpabilização do indivíduo, o que dificulta a compreensão do consumo abusivo de drogas também como um problema social e de multicausalidades.

Torna-se, portanto, imprescindível a consolidação e execução de uma política pública sobre drogas no país que atenda de fato às necessidades da classe trabalhadora e de toda a população, que tem como foco a prevenção, o tratamento interdisciplinar e integrado com as demais políticas públicas e sociais. Há necessidade, também, de se focar na redução de danos em dependência química e no desenvolvimento constante de pesquisas, com destaque aos sujeitos trabalhadores/as e o ambiente de trabalho, ao considerar que ainda são poucas as pesquisas sobre o tema, como também são escassas as empresas e instituições empregadoras no Brasil que desenvolvem programas e políticas de atenção às drogas, o que demonstra que ainda há necessidade de efetivo investimento e intervenção do Estado nesta área, como também da esfera privada, considerando as diversas perdas e consequências relacionadas ao “mundo do trabalho”.

Portanto, é fundamental os movimentos sociais em prol da consolidação dos direitos da classe trabalhadora, a intervenção e mediação do Estado através das políticas públicas e sociais que de fato contribuem com a melhoria das condições de vida da população, para a redução da dependência química e do tráfico de drogas, tendo em vista que até os dias atuais o

posicionamento do Estado diante desta questão tem sido muito mais pela via da repressão do que pela prevenção e enfrentamento das causas que levam ao abuso e à dependência das drogas.

Certamente, as políticas públicas e sociais ainda são consideradas incipientes e precárias no país, não possuem características de totalidade e universalidade, assim como as políticas sobre drogas que surgiram a partir da década de 1990 e não apresentam ainda total efetividade e abrangência, considerando também que estas se encontram ameaçadas pela contra-reforma do Estado Brasileiro iniciada nos anos 1970 e 1980 com a reestruturação produtiva e com a expansão do ideário neoliberal nos anos 90, que perdura até hoje e tem como foco o desenvolvimento do Mercado e do Capital, mantendo o Estado mínimo socialmente.

Neste cenário de redução dos investimentos do Estado na área social com a falta ou ausência de políticas sociais, tem-se a desresponsabilização do Estado e responsabilização dos indivíduos pelas respostas às suas necessidades humanas e sociais, contribuindo com o aumento do chamado terceiro setor, através das ONGS (Organizações não governamentais), instituições filantrópicas, fundações empresariais e voluntárias organizadas pela própria sociedade civil, tendo na maioria das vezes o apoio financeiro do Estado como parceiro.

Nas ações sobre drogas, temos como exemplo o crescimento de Grupos de auto e mútua-ajuda aos usuários e seus familiares, Casas de apoio, aumento de Instituições e Comunidades Terapêuticas para tratamento, as quais hoje em sua maioria têm o apoio financeiro do Estado e apresentam ausência de profissionais de saúde, dentre outras instituições organizadas pelas comunidades, religiões e demais setores da sociedade civil, que buscam intervir, ainda que precariamente, no tratamento em dependência química, considerando a ausência de consolidação e universalização de uma política pública sobre drogas no país.

Certamente, a ausência do Poder Público, o acirramento das desigualdades e injustiças sociais, o enxugamento dos investimentos na área social e a precarização do mundo do trabalho e das políticas e direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora, trazem consigo diversos problemas sociais que podem contribuir com o aumento da dependência de substâncias psicoativas e as conseqüências relacionadas ao seu consumo.

Os problemas decorrentes do uso abusivo e a dependência do álcool e outras drogas são diversos na sociedade, contribuindo com o aumento dos índices de todas as formas de violência, acidentes de trânsito, surgimento ou agravamento de doenças e transtornos mentais, conflitos nas relações familiares e sociais, atingindo diretamente também o ambiente de

trabalho, através do absenteísmo, licenças médica, acidentes de trabalho, aposentadorias precoces, problemas de relacionamentos, dentre outras consequências físicas, mentais, familiares e sociais ao usuário/a.

Neste sentido, a pesquisa realizada com os/as empregados/as do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas (CTCE) dos Correios de Mato Grosso demonstra a importância das pesquisas sobre drogas e as condições de vida dos/as trabalhadores/as, tendo em vista a oportunidade de conhecimento sobre a realidade do consumo de drogas e sua influência ou não no ambiente de trabalho, objetivando uma posterior intervenção que atenda de fato as reais necessidades da classe que vive do trabalho.

Através da pesquisa, podemos observar, entre outros aspectos, diferenças na quantidade e nas substâncias psicoativas mais consumidas por trabalhadores do sexo feminino e masculino, com predominância do uso atual e uso na vida dos homens pelo álcool e de medicamentos psicoativos pelas mulheres, especialmente os analgésicos, relaxantes musculares e remédios para emagrecer (anfetaminas).

Essa realidade vem de encontro com os resultados das últimas pesquisas nacionais e mundiais realizadas sobre drogas, as quais apontam o aumento nos últimos anos do consumo de drogas em geral pelo sexo feminino, especialmente dos medicamentos psicoativos. Sobre este aspecto podemos considerar, sobretudo, as mudanças atuais da participação da mulher na sociedade, que na modernidade vai além do espaço privado/familiar, havendo uma maior participação desta na esfera do trabalho, da política e da vida pública e social, o qual historicamente era atribuído e privado ao sexo masculino

Contudo, os dados levantados na pesquisa, demonstram a necessidade de maiores investimentos em políticas e programas que contribuam com a redução do consumo de risco e a dependência etílica e de outras drogas entre os/as trabalhadores/as, tanto nos Correios como das demais instituições empregadoras, sendo necessárias políticas de atenção às mulheres e à saúde integral do/a trabalhador/a, considerando o aumento geral do consumo de psicoativos e as diversas consequências que o consumo de drogas implica aos sujeitos e ao ambiente de trabalho.

As últimas pesquisas realizadas sobre drogas demonstram que o álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo todo, o que também pôde confirmar a pesquisa realizada com os/as trabalhadores/as do CTCE/Correios, em que o álcool é a droga de maior consumo entre os/as empregados/as, sendo que, 40% dos entrevistados/as afirmaram que fazem o uso, 60% fazem menção do uso alguma vez na vida e 26,66% realizam o consumo considerado de risco, nocivo ou apresentam provável dependência etílica. Entretanto,

consideramos que os dados encontrados podem ser mais elevados em relação ao consumo atual do álcool e o uso alguma vez na vida, tendo em vista ser esta uma substância lícita, culturalmente aceita e até mesmo incentivada na sociedade, contudo, entre outros aspectos, ressaltamos que devido a pesquisa ter sido realizada no ambiente de trabalho, pôde haver receios nas respostas dos trabalhadores/as entrevistados.

Na pesquisa realizada, aparece em segundo lugar os medicamentos como a substância psicoativa mais consumida após o álcool, diferenciando da maioria das pesquisas sobre drogas em que o tabaco é a segunda substância de maior consumo. Entretanto, não houve menção do consumo atual do tabaco entre os/as entrevistados/as, somente a afirmação do uso alguma vez na vida. Sobre este aspecto, podemos considerar o investimento do governo federal desde os anos de 1980 em políticas, programas e leis de enfrentamento ao tabagismo, como também programas e ações em saúde realizadas pela própria empresa ECT, sendo que, ao longo dos anos, as pesquisas sobre drogas no Brasil têm demonstrado que está havendo uma redução do número de tabagistas, conforme o II LENAD (2014) o consumo de tabaco caiu em 20% no Brasil nos últimos seis anos, entre 2006 e 2012.

Em relação ao consumo de drogas consideradas ilícitas, não houve a afirmação do uso atual de nenhuma substância, somente do uso alguma vez na vida da maconha. Consideramos que este fato se deve por motivo dessas substâncias serem consideradas ilegais e de termos que limitar o tamanho da amostra na pesquisa, como também em razão desta ter sido realizada no ambiente de trabalho, o que pode contribuir para a inibição e a negação dos sujeitos entrevistados.

Assim, com o intuito de minimizar as questões pontuadas, sugerimos que em outros estudos a pesquisa e a entrevista sejam indiretas, sem a presença do/a pesquisador/a in loco para a entrevista no ambiente de trabalho, podendo haver a distribuição dos questionários em envelopes lacrados para posterior devolução ao pesquisador/a, como também, pontuamos a necessidade de ampliação do tamanho da amostra e expansão da pesquisa para os/as demais empregados/as dos Correios, no estado de Mato Grosso e no Brasil. Outrossim, também sugerimos que em outros lócus de pesquisas continuem investigações sobre os principais fatores de risco, motivos e causas que contribuem para o uso abusivo e a dependência de drogas, objetivando uma maior compreensão do fenômeno e posteriores intervenções focadas na prevenção e nas necessidades encontradas na realidade social.

Desse modo, se torna relevante, a necessidade de expansão da pesquisa entre os/as empregados/as lotados em outras unidades de trabalho dos Correios como também em outras instituições empregadoras, com o objetivo de confirmação/validação ou não destes dados em

outros espaços de trabalho, já que a realidade pode se mostrar diferenciada devido à especificidade e particularidades dos indivíduos e dos fenômenos sociais. Como também, devido à importância do desenvolvimento de pesquisas sobre drogas no ambiente de trabalho, que buscam conhecer essa realidade social, pois ainda são poucos os estudos sobre drogas realizados com trabalhadores/as, apesar da importância destes para o desenvolvimento efetivo de políticas e programas sociais que atendam de fato as necessidades da classe trabalhadora e contribuem para a saúde e o ambiente de trabalho, bem como a prevenção do abuso de drogas.

Neste sentido, o ambiente de trabalho se torna um local ideal para o desenvolvimento de pesquisas e políticas relacionadas ao tema, por estar o/a trabalhador/a a maior parte do seu tempo neste espaço, estabelecendo relações sociais que lhe conferem identidade social e profissional.

No entanto, ainda se faz necessário uma maior atenção na prevenção ao consumo abusivo e a dependência de drogas (lícitas e ilícitas), com maiores investimentos e foco na educação, acesso à saúde, lazer, emprego, cultura, qualificação profissional, salários dignos que atendam de fato a necessidade do/a trabalhador/a e sua família, na efetivação dos direitos e das políticas sociais, os quais já foram conquistados pela classe trabalhadora através de lutas e movimentos sociais e legalizados com a Constituição Federal do país.

Em relação às políticas públicas sobre drogas e prevenção, podemos lembrar-nos do foco na prevenção ao tabagismo desde a década de 1980 no Brasil, que resultou na diminuição significativa de fumantes ao longo dos anos, conforme pontuamos anteriormente, o que demonstra a importância e a efetividade de políticas públicas focadas na prevenção e no olhar sobre o abuso de drogas.

Assim, demonstra-se a necessidade de consolidação e efetivação das políticas sociais e de uma política pública sobre drogas no Brasil que de fato contribuam com a melhoria das condições de vida da classe trabalhadora, com a prevenção da dependência química e consequentemente com a redução do tráfico de drogas. Advogamos para a melhoria e expansão no atendimento a todos/as os/as usuário/a de psicoativos e seus familiares, sem perder de vista a especificidade que cada grupo social demanda, promovendo assim a efetiva universalização das políticas sociais.

Entretanto, não podemos deixar de considerar que o consumo de drogas tem acompanhado o desenvolvimento da humanidade e dificilmente deixará totalmente de existir na sociedade, no entanto, certamente é possível contribuir com mudanças de comportamento em relação às drogas, na redução do uso abusivo, da dependência química e diminuição do narcotráfico. Ademais, através da expansão de políticas públicas sociais e o desenvolvimento

de uma sociedade mais justa e igualitária, pautada na valorização do ser humano em sua totalidade e não na mercadoria e no Capital, tendo, portanto, como princípio, a cidadania, a dignidade humana, os direitos sociais e a saúde em sua integralidade, o que certamente contribuirá com a redução da dependência de drogas.

Espera-se que, os achados neste estudo possam contribuir de forma efetiva para a elaboração de políticas e programas de assistência à saúde do/as sujeitos entrevistados/as lotados/as no Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas - CTCE/Correios de Mato Grosso e em outros espaços ocupacionais da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, como também aos/as demais trabalhadores/as de outras empresas e instituições, especialmente a atenção no âmbito do uso do álcool e outras drogas.

Assim, terminamos este estudo, certas de que a pesquisa em si não se encerra, pois toda investigação produz novos conhecimentos e diferentes dúvidas e interrogações, sendo que, os resultados e as considerações apontadas por esta pesquisa serão sempre um conhecimento transitório, temporário e histórico, que ensejará novos estudos do tema.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. O adoecimento do trabalho como falha metabólica do capital. In: NAVARRO, Vera Lúcia; LOURENÇO, Edvânia A. de S. (orgs). *O avesso do trabalho III – Saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. 1ª ed., São Paulo: Outras Expressões, 2013.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho? ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 15. ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. (org.). *A Dialética do trabalho*. Volume I, São Paulo: Expressão Popular, 2013.

\_\_\_\_\_. A Corrosão do trabalho e a precarização estrutural. In: LOURENÇO, Edvânia A. dos Santos; NAVARRO, Vera L. (orgs.). *O Avesso do Trabalho III, Saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. 1º ed., São Paulo: Outras Expressões, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (ABEAD). *Brasil perde 7,3% do PIB por ano com consumo excessivo de bebidas alcoólicas*. Disponível em: <<http://www.abead.com.br/site/?p=2490>> Acesso em: 3 fev, 2015.

BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo: a experiência vivida*. 2º ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967.

BARRETO, Josemar Honório. *Alcoolismo e Dependência Química, Causas, Consequências e Tratamento*. Revisão: Dinaura Batista, Cuiabá/MT, 2011.

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

BEHRING, Elaine Rossetti. *As reformas na Política de Assistência Social: da benemerência ao direito social, da solidariedade às parcerias entre o público e o privado*. Universidade e Sociedade, Brasília-DF, ano X, n. 22, nov./ 2000.

\_\_\_\_\_. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 9º ed., v. 2, São Paulo: Cortez, 2011.

BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

BOTELHO, Adauto; FILHO, Pernambuco. *Vícios Sociais Elegantes: (Cocaína, ether, diamba, ópio e seus derivados etc) - Estudo Clínico, Médico-legal e Prophylatico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1924.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 4.294 de 06 de julho de 1921*. Estabelece

penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Disponível em:

<<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=29277&norma=44829>>. Acesso em: 11 fev, 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto 14.969 de 03 de Setembro de 1921*. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. Disponível em: <[http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=14969&tipo\\_norma=DEC&data=19210903&link=s](http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=14969&tipo_norma=DEC&data=19210903&link=s)>. Acesso em: 9 fev, 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Lei 6.368 de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm)>. Acesso em: 9 fev, 2015

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 6.538, de 22 de junho de 1978*. Dispõe sobre os Serviços Postais. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6538.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6538.htm)>. Acesso em: 11 fev, 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 3.696/2000*. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3696.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3696.htm)>. Acesso em: 10 fev, 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Lei de Drogas. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)> Acesso em: 11 Abr, 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 6.117/2007*. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm)>. Acesso em: 10 fev, 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 6.135, de 26 de Junho de 2007*. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6135.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6135.htm)>. Acesso em: 26 jan, 2015.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório Brasileiro sobre Drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*; IME USP, Brasília: SENAD, 2009.

BRASIL, Presidência da República. *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); GREA/IPQ-HC/FMUSP; organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira*. – Brasília: SENAD, 2010.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 7.179 de 20 de Maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 11 fev, 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. Disponível: <[http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/legislacao\\_no\\_brasil.pdf](http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/legislacao_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 30 jun, 2015.

BRASIL. Presidência da República. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_202011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_202011_rep.html)>. Acesso em: 11 mai, 2015.

BRASIL, Presidência da República. *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias* / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 5. ed., Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual de redução de danos, saúde e cidadania*. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_0277\\_%20M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf)>. Acesso em: 24 jul, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1)>. Acessado em: 24 jul, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 jun, 2014.

BRASIL, Ministério da Previdência Social. *Impacto financeiro à Previdência Social decorrente de benefícios Concedidos com base em problemas de saúde pelo consumo de álcool no Brasil*. Informe de Previdência Social. Volume 25, nº 07, Julho-2013. Disponível em: <[http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1\\_130731-170408-658.pdf](http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_130731-170408-658.pdf)>. Acesso em: 26 jul, 2014.

BRASILIANO, Sílvia. Fatores psicológicos no abuso e dependência de drogas. In:

ANDRADE, A. G.; NICASTRI, S.; TONGUE, E. *Drogas: atualização em prevenção e tratamento*. Curso de Treinamento em Drogas para Países Africanos de Língua Portuguesa. São Paulo: [s.n.], 1993.

CAMPBELL, Drusilla; GRAHAM, Marilyn. *Drogas e álcool no local de trabalho*. Rio de Janeiro: Nórdica, 1991.

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO Henrique (org.). *Álcool e drogas na história do Brasil*, São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.

CARNOY, Martin. *Estado e Teoria Política*. Campinas, SP: Papyrus, 1986.

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

CARLINI, E. A; et al. *I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001* - São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CASTELO, Rodrigo. *O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 112, p. 613-636, out./dez. 2012.

CEBRID (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS). *O que são drogas psicotrópicas?* Folhetos, 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/Adalisa/Downloads/o\_que\_sao\_drogas\_psicotropicas.pdf>. Acesso em: 11 mar., 2014.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Contra a Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. 2ª ed. revista e atualizada. São Paulo: Cortez, 2008.

COUTO, Berenice Rojas. A construção dos direitos civis, políticos e sociais no Brasil: trajetória social e jurídica. In: *O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2004.

COLETT, Clarice. *Dependência Química e Relações Sociais no Centro de Detenção Provisória de São José dos Pinhás-PR*, Matinhos/PR, 2010. (Monografia de Especialização em Serviço Social: Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar), Universidade Federal do Paraná - Litoral.

COSTA, Lúcia Cortes. *Os impasses do estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil*. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, S. F. *As políticas públicas e as comunidades Terapêuticas no atendimento à dependência química*. Palestra proferida no I Fórum sobre Dependência Química de Maringá,

em 28 de junho de 2006. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20as%20pol%cdcas%20p%20dablicas%20e%20as%20comunidade%20terap%cauticascom%20revis%20c3o%20do%20autor.pdf>>. Acesso em: 14 jan., 2014.

CRUZ, Marcelo Santos. *Redução de Danos, Prevenção e Assistência*. In: *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. - 2 ed. - Brasília, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

DALGALARRONDO P. *Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais*. Rev. Psiq. Clín. 34, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo; SOLDERA, Meire Aparecida; CORREA FILHO, Heleno Rodrigues and SILVA, Cleide Aparecida M. *Religião e uso de drogas por adolescentes*. Rev. Bras. Psiquiatria. [online], vol.26,n.2, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000200004>>. Acesso em: 4 jun., 2015.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: DAGNINO, Evelina (org). *Os Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez-Aboré, 1992.

DUARTE, Claudio Elias; MORIHISA, Rogério Shigueo. *Experimentação, uso, abuso e dependência*. In: *Prevenção do uso de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas, 5º ed.*, Brasília: SENAD, 2013.

DUARTE, Paulina C. A. V. Álcool e redução de danos no ambiente de trabalho. In: *Curso de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: Conhecer para Ajudar*. SENAD (Secretaria Nacional de Política sobre Drogas), 2008.

DUARTE. Paulina D.C.A.V.; CRUZ. D.D.D.O.C; TROIAN. S.M.D.L. *Prevenção*. In: *Curso de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: Conhecer para Ajudar*. SENAD (Secretaria Nacional de Política sobre Drogas), 2008.

EDWARDS, G; GROSS M. *Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome*. Bristish Medical Journal, v. 1, 1976.

EDWARDS, G; ORFORD, J.; EGERT, S.; GUTHRIE, S.; HAWER, A.; HESMAN, C.; MITCHESON, M.& TAYLOR, C. *Alcoholism: a controlled trial of “treatment” and “advice”*. J Stud Alcohol, 38:1004-1031,1977.

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS - ECT. *Boletim Interno*, nº 061/94, nota GERECS/Serviço Social, Cuiabá/MT, 1994.

\_\_\_\_\_. *História Postal*. Disponível em: <<http://www.correios.com.br/sobre-correios/a-empresa/historia/carteiros-no-brasil>>. Acesso em: 10 fev., 2015.

\_\_\_\_\_. *Programa de Prevenção e Tratamento dos Problemas Decorrentes do Uso do Álcool e outras Drogas*, Serviço Social e Benefícios, Brasília-DF, 2000a.

\_\_\_\_\_. *Programa de Prevenção e Controle de Dependência Química*. Pesquisa realizada na ECT, Cuiabá-MT, Agosto/2000b.

\_\_\_\_\_. *Programa Nacional de Qualidade de Vida – Tabagismo. Aplicação da Pesquisa e Resultados*, Coordenação do Serviço Social de Mato Grosso – Seção de Relações do Trabalho, Gerência de Recursos Humanos, Cuiabá-MT, 2001.

\_\_\_\_\_. *Central de Gestão de Pessoas (CEGEP)*, Brasília-DF, ECT, Dezembro/2014.

ENGELS, Friedrich. *A origem da família, da propriedade e do Estado*; tradução de Leandro Konder. 3ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

ESCOHOTADO, António. *História Elementar das Drogas*, Antígona Editores Refractários, Lisboa, 1ª ed., 2004.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. “After the Golden Age: The Future of the Welfare State in the New Global Order”. Genebra, UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development), 1994. Tradução de Simone Rossi Pugin. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n35/a04n35.pdf>>. Acesso em: 05 nov., 2014.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. Coordenação de ensino Marina Baird Ferreira – 8º ed., Curitiba: Positivo, 2010.

IORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO Henrique (org.). *Álcool e drogas na história do Brasil*, São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUCMinas, 2005.

FRIDMAN, Ida S., PELLEGRINI, Inês L. *Trabalho & Drogas - Uso de substâncias psicoativas no trabalho*. Porto Alegre: UNDCP/SESI/FIERGS/EDIPUCRS, 1995.

GALDURÓZ J.C.F., NOTO A.R., NAPPO S.A., CARLINI E.A. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999*. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2002.

GALDURÓZ, José Carlos Fernandes. Epidemiologia do Uso de Substâncias Psicotrópicas no Brasil: Dados recentes. In: *Prevenção do uso de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias* / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas, 5º ed., Brasília: SENAD, 2013.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

GOUGH, Ian. *Los orígenes del Estado del Bienestar*. In: *Economía política del Estado del bienestar*. Madrid: Blume Ediciones, 1982.

GONÇALVES, Georgiana G.R. (et al). A toxicomania e a busca da felicidade na sociedade de consumo. In: *Drogas e pós-modernidade – prazer, sofrimento, tabu*. Marcos Baptista, Marcelo S. C. (et al), volume 1, Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

GOMES, Romeu et. al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de S. ASSIS, Simone G. e SOUZA, Edinilsa R. (Orgs.) *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. 1ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO. *Plano Estadual de Enfrentamento às Drogas em Mato Grosso*. Secretaria de Estado de Segurança Pública – Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos, Cuiabá-MT, 2011.

GUIMARÃES, Carlos Magno. Os quilombos, a noite e a aguardente nas Minas coloniais. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO Henrique (org.). *Álcool e drogas na história do Brasil*, São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUCMinas, 2005.

IAMAMOTO, Marilda e CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 8ª ed. São Paulo. Cortez. 1991.

IAMAMOTO, Marilda. *O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*, 1º trimestre de 2015. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_continua/Trimestral/Comentarios/pnadc\\_201501\\_trimestre\\_comentarios.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Comentarios/pnadc_201501_trimestre_comentarios.pdf)>. Acesso em: 22 mai., 2015.

\_\_\_\_\_. *Censo 2010*. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 3 fev., 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. *Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In. ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, p. 83-112, 1996.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*, 7ª edição, São Paulo: Altas, 2010.

LESSA, Sérgio. A categoria trabalho. In: *Para compreender a ontologia de Lukács*. 3. ed., rev. e ampl., Ijuí: Unijuí, (Coleção filosofia; 19), 2007.

*II LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS – LENAD*, 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

- LUKÁCS, Georg. *Il Lavoro*. In: *Per una Ontologia dell'essere sociale*. Roma: Riuniti, 1981.
- \_\_\_\_\_. *Sobre a toxicomania da sociedade*. In: *Drogas e pós-modernidade - faces de um tema proscrito*, Marcos Baptista, Marcelo S. C. (org), volume 2, Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.
- MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. (Org.). *Guia Prático sobre o Uso, Abuso e Dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais de saúde*. Secretaria de Participação e Parceria. Prefeitura da Cidade de São Paulo. 2006. Disponível: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome\\_c/dr\\_drogadicao/dr\\_doutrina\\_drogadicao/Guia%20Pratico%20sobre%20%20Uso%20e%20Dependencia%20de%20Drogas.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_doutrina_drogadicao/Guia%20Pratico%20sobre%20%20Uso%20e%20Dependencia%20de%20Drogas.pdf)> . Acesso em: 26 jul., 2013.
- MARX, Karl. *Manuscritos econômico-filosóficos*. Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2004.
- \_\_\_\_\_. *O capital*. Vol. 1, T. 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- MENÉNDEZ, Eduardo. *Morrir de álcool: saber y hegemonía médica*. Cidade do México: Alianza Editorial Mexicana/ Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1990.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odésio. *Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?* Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, jul/set, 1993.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Sobre a toxicomania da sociedade*. In: M. Baptista; m.s. Cruz & R. Matias. (Orgs) *Drogas e Pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2003.
- \_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- MOTA, Leonardo. *Dependência Química e representações sociais: pecado, crime ou doença?* Curitiba: Juruá, 2009.
- MOTA, Virgínia de Albuquerque. *Uso de álcool e alcoolismo e fatores associados entre servidores públicos universitários*. Cuiabá/MT, 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Mato Grosso.
- MONTAÑO, C., DURIGUETTO, M. L. *Estado, Classe e Movimento Social*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- MUNTANER, C. Anthony, J. M.; Crum, R. M. & Eaton, W.W. *Psychosocial dimensions of work an the risk of drug dependence*. American Journal of Epidemiology, 142, p. 183-191, 1995.
- NETTO, José Paulo. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.

NICASTRI, Sérgio. *Drogas: Classificação e efeitos no organismo*. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 5. ed. – Brasília: SENAD, 2013. Disponível em: <[http://www.conseg.pr.gov.br/arquivos/File/Livro\\_completo\\_SENAD5.pdf](http://www.conseg.pr.gov.br/arquivos/File/Livro_completo_SENAD5.pdf)>. Acesso em: 18 fev., 2014.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado*. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, nº 82, Jul/2005 (p. 5 - 21).

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

\_\_\_\_\_. *Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho: a evolução para a prevenção*. Bureau Internacional do trabalho, Genebra, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

\_\_\_\_\_. *Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum*. Bull World Health Organ, 1981.

\_\_\_\_\_. *As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*, Lisboa, Departamento de Estudos e Planejamento do Ministério da Saúde, 1985.

\_\_\_\_\_. *Carta de Otawa para la promoción y educación para la salud*. *Revista de Sanidad y Higiene Pública*, 61, 1987.

\_\_\_\_\_. *Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento*, 2003. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo\\_saude.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf)>. Acesso em: 22 agost., 2015.

\_\_\_\_\_. *Relatório Mundial sobre álcool e saúde*, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 18 jan., 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, *Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE)*. *Relatório Anual*. ONU: Nova Iorque, 2014. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/Ipobrazil//Topics\\_drugs/INCB/2014/Referencias-ao-Brasil.pdf](http://www.unodc.org/documents/Ipobrazil//Topics_drugs/INCB/2014/Referencias-ao-Brasil.pdf)>. Acesso em: 21 mai, 2014.

PEREIRA, Potyara. A. *Concepções e propostas de política social: tendências e perspectivas*. In *Política Social. Temas e Questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. *Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o Neoliberalismo*. In: *Política Social: Alternativas ao Neoliberalismo* / organizadores: Ivanete Boschetti, Potyara A.P. Pereira, Maria Auxiliadora César, Denise B. B. de Carvalho. Brasília: UnB, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004.

\_\_\_\_\_. *Políticas de satisfação de necessidades no contexto brasileiro*. In: *Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

PESSOA, Leandro. *Análise dos enquadramentos construídos pela mídia impressa na cobertura da marcha da maconha*. Salvador, 2010, 70 f. Monografia (Graduação em Comunicação Social - Jornalismo), Faculdade Social da Bahia.

PRATTA E. M. M.; SANTOS M. A. *Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico*. Estudos de Psicologia, 2006.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. *A Evolução do Conceito de Dependência Química*. In: GIGLIOTTI, Analice; GUIMARÃES, Ângela. *Dependência, Compulsão e Impulsividade* – Rio de Janeiro: Rubio, 2007.

RIBEIRO, João Salvado. *Dependência ou Dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos*, Toxicodependências, nº 3, ano 1, Lisboa, 1995.

RICHARDSON, Roberto Jarry. Colaboradores José Augusto de Souza Peres (et al.). *Pesquisa Social: métodos e técnicas*, 3º ed. 14º reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

RODRIGUES, Thiago. *Narcotráfico: um esboço histórico*. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO Henrique (org.). *Álcool e drogas na história do Brasil*, São Paulo: Alameda, Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.

\_\_\_\_\_. *Política e Drogas nas Américas*. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2004.

RODRIGUES, Fernando. *Número de internados por uso de drogas já é igual ao de alcoolatras*, 2014. Disponível em: <<http://fernandorodrigues.blogosfera.uol.com.br/2014/03/06/internados-por-uso-de-drogas-ja-e-igual-ao-de-alcoolatras>>. Acesso em: 13 abr., 2014.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, Heleieth. *Gênero, Patriarcado, Violência, Brasil Vigente*, 1º reimpressão, Editora Perseu Abramo, 2007.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. *Cálculo amostral*: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 01 jul., 2014.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar*. Serviço Social da Indústria: Brasília, 2008.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. *Questão Social e Serviço Social no Brasil: fundamentos sóciohistóricos*. Cuiabá: EdUFMT, 2008.

SILVA. Ovandir, A.; DUARTE, Paulina C. A. V. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho*. Curso de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: Conhecer para Ajudar. SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), 2008.

SOUZA, D. P. O. de; ARECO, K. N.; FILHO, D. X. da S. *Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá*, Mato Grosso. Rev. Saúde Pública, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n4/25530.pdf>>. Acesso em: 02 jul, 2014.

TELLES, Vera da Silva. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: UFMG, 1999.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUGS AND CRIMES (UNODC). *World Drug Report*. New York, 2009. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/WDR2009\\_eng\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf)>. Acesso em: 13 set., 2014.

\_\_\_\_\_. *World Drugs Report*. New York, 2013. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html>>. Acesso em: 30 abr, 2014.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP. *Ensino e Educação com Igualdade de Gênero na Infância e na Adolescência – Guia prático para educadores e educadoras*. USP/NEMGE/CECAE: São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. *Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade*. Disponível em: <[http://paipad.fmrp.usp.br/servicos/treinamento/instrucao\\_audit.php](http://paipad.fmrp.usp.br/servicos/treinamento/instrucao_audit.php)>. Acesso em: 23 mai, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP. *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIAD/UNIFESP, 2013. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/sobre-o-lenad-ii/>>. Acesso em: 20 abr, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. *A política estadual sobre drogas em Mato Grosso: um desafio à sua implantação e efetivação*. Cuiabá: ICHS/Serviço Social, 2012 (Relatório de pesquisa: “O desvelar da realidade acerca das drogas em Mato Grosso”).

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

VIANNA, Maria L. W. A segurança social no contexto dos anos 80: crise, mudanças e continuidades. In: *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.

VIEZZER, Moema. *O problema não está na mulher*. São Paulo: Cortez, 1989.

YAZBECK, Maria C. Estado, Políticas Sociais e Implementação do SUAS. In: Brasil. CapacitaSUAS V.1 (2008). *SUAS: configurando os Eixos de Mudança/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*, Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- 1 ed. Brasília: MDS, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global status report on alcohol and health*, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>>. Acesso em: 18 mai, 2014.

ZILBERMAN. Mônica. L.; GIUSTI. Jackeline S. A mulher e a Dependência Química: uma Perspectiva Feminina. In: GIGLIOTTI, Analice; GUIMARÃES, Ângela. *Dependência, Compulsão e Impulsividade* - Rio de Janeiro: Rubio, 2007.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL - MESTRADO**

**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Drogas e ambiente de trabalho: um olhar a partir do estudo realizado em uma empresa pública de Mato Grosso.

**I - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

**1.0 Idade:** \_\_\_\_\_ **1.1 Sexo:** \_\_\_\_\_ **1.2 Cargo:** \_\_\_\_\_

**1.3 Estado Civil:** ( ) casado, ( ) união estável, ( ) Solteiro, ( ) outro \_\_\_\_\_

**1.4 Escolaridade:** ( ) Ensino médio, ( ) 3º Grau completo; ( ) 3º Grau incompleto ou cursando ( ) Pós-graduação.

**1.5 Renda mensal familiar:** ( ) 1 a 2 salário mínimo ( ) 3 à 4 s/m ( ) 5 à 6 s/m ( ) mais de 7 s/m.

**1.6 Religião:** ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) sem religião ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**1.7 Raça/Cor:** ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ou morena ( ) Amarela/oriental ( ) Vermelha / indígena ( ) Não sabe ( ) Não quer informar

**II - PADRÃO DE CONSUMO DO ÁLCOOL (QUESTIONÁRIO AUDIT)**

**2.0 Com que frequência (quantas vezes por semana) você consome bebidas alcoólicas?**  
( ) Uma vez por mês ou menos ( ) 2-4 vezes por mês ( ) 2-3 vezes por semana ( ) 4 ou mais vezes por semana ( ) Nunca

**2.1 Quantas doses de álcool você consome num dia normal?**  
( ) 0 ou 1 ( ) 2 ou 3 ( ) 4 ou 5 ( ) 6 ou 7 ( ) 8 ou mais

**Obs:** Uma dose = um drink / 150 ml de vinho, 350 ml de cerveja, 1 coquetel, 1 dose de destilado (40 ml).

**2.2 Com que frequência você consome cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?**

- menos que uma vez por mês  uma vez por mês  Uma vez por semana  
 Quase todos os dias  nunca

**2.3 Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber, uma vez tendo começado?**

- nunca  menos que uma vez por mês  uma vez por mês  Uma vez por semana   
Quase todos os dias

**2.4 Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?**

- nunca  menos que uma vez por mês  uma vez por mês  Uma vez por semana   
Quase todos os dias

**2.5 Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?**

- nunca  menos que uma vez por mês  uma vez por mês  Uma vez por semana   
Quase todos os dias

**2.6 Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?**

- menos que uma vez por mês  uma vez por mês  Uma vez por semana  
 Quase todos os dias  nunca

**2.7 Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?**

- menos que uma vez por mês  uma vez por mês  Uma vez por semana  
 Quase todos os dias  nunca

**2.8 Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?**  sim, mas não no último ano  sim, durante o último ano  não

**2.9 Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?**

- não  sim, mas não no ultimo ano  sim, durante o ultimo ano

### III - QUESTÕES GERAIS SOBRE O USO DE DROGAS

**3.0 Você já realizou algum tipo de tratamento para a dependência química?**

- Sim. Para qual droga? \_\_\_\_\_  Não

**3.1 Você já experimentou ou fez uso alguma vez na vida de substância psicoativa? Qual? (pode marcar mais de uma alternativa)** ( ) Não ( ) Sim

**Quais:** ( ) Cigarro ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança-perfume ( ) LSD ( ) Ecstasy ( ) Heroína ( ) Remédios Tranquilizantes, ansiolíticos, calmante ( ) Remédios para emagrecer ou para ficar acordado (anfetaminas) ( ) Antidepressivos ( ) Analgésicos / relaxante muscular ( ) Anabolizantes ( ) Outras. Qual? \_\_\_\_\_

**3.2 Atualmente você faz uso de alguma substância psicoativa? Qual? (pode marcar mais de uma alternativa)** ( ) Não ( ) Sim

**Quais:** ( ) Cigarro ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança-perfume ( ) LSD ( ) Ecstasy ( ) Heroína ( ) Remédios Tranquilizantes, ansiolíticos, calmante ( ) Remédios para emagrecer ou para ficar acordado (anfetaminas) ( ) Antidepressivos ( ) Analgésicos / relaxante muscular ( ) Anabolizantes ( ) Outras. Qual? \_\_\_\_\_

**3.3 Depois de beber álcool em excesso ou usar outro tipo de substância psicoativa, você já: (pode assinalar mais de uma alternativa)**

( ) Nunca usei álcool ou outras substância psicoativa em excesso. ( ) Se envolveu em brigas ( ) Sofreu acidentes (atropelamentos, quedas etc) ( ) Dirigiu ( ) Faltou à escola ou faculdade ( ) Faltou ao trabalho ( ) Outro \_\_\_\_\_

#### IV - DROGA E RELAÇÕES SOCIAIS

**4.0 Você pratica alguma atividade física com frequência?**

( ) Não ( ) Sim. Qual \_\_\_\_\_

**4.1 O seu relacionamento com sua família, você considera:**

( ) Que não tem ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Péssimo

**4.2 Você está satisfeito (contente) com o trabalho que desenvolve?**

( ) Não ( ) Sim ( ) Pouco satisfeito

**4.3 Em seu local de trabalho você mantém com sua chefia, uma relação de trabalho:**

( ) Ótima ( ) Boa ( ) Regular ( ) Péssima ( ) Indiferente

**4.4 Atualmente, no seu emprego, você mantém com seus/suas colegas uma relação de trabalho:** ( ) Ótima ( ) Boa ( ) Regular ( ) Péssima ( ) Indiferente

**4.5 Onde você estava quando começou a usar o álcool ou outras substâncias psicoativas pela primeira vez?**

( ) Nunca usei ( ) Em minha casa/ família ( ) Bares/boates/festas ( ) Escola/faculdade ( ) Em companhia de colegas de trabalho ( ) Amigos/as ( ) Não lembro

**4.6 Em que local geralmente você faz uso do álcool?**

( ) Bares próximo a residência ( ) Bares próximo ao trabalho ( ) Em casa/família ( ) Trabalho ( ) Festas/boates/bar ( ) outros \_\_\_\_\_

**4.7 Você classificaria seu estado de saúde como:**

( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Não sabe ( ) Não quer informar



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL – MESTRADO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**

Apresentamos a você o projeto de pesquisa com o título: **DROGAS E AMBIENTE DE TRABALHO: UM OLHAR A PARTIR DO ESTUDO REALIZADO EM UMA EMPRESA PÚBLICA DE MATO GROSSO**, sob a responsabilidade da pesquisadora Adalisa Martins Marques Pultrini e a pesquisadora orientadora professora Dr<sup>a</sup>. Irenilda Ângela dos Santos. Você está sendo convidado/a para participar dessa pesquisa por ser empregado/a lotado no Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos em MT, local escolhido para a pesquisa, porém, a sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Este trabalho é uma forma de avaliação para que a pesquisadora receba o título de Mestre em Política Social, através do Curso de Mestrado em Política Social, Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso.

O objetivo desta pesquisa é conhecer e analisar sobre o consumo do álcool e outras drogas entre os/as trabalhadores/as da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos lotados no Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas – CTCE de Mato Grosso, bem como os fatores de risco relacionados ao uso das substâncias psicoativas.

Para o alcance dos objetivos propostos, serão realizadas entrevistas e aplicação de questionário com uma amostra dos trabalhadores/as, onde serão feitas algumas perguntas sobre o uso de substâncias psicoativas, relacionamento no ambiente de trabalho e demais relações e contextos sociais vivenciados pelo/a trabalhador/a que podem estar relacionados aos riscos para o uso de drogas. **A pesquisadora se compromete em fornecer a cada participante todos os esclarecimentos sobre a entrevista e também uma cópia para leitura e discussão, antes de cada entrevista, da resolução nº 466/2012 que trata sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos.**

Sua participação nessa pesquisa poderá contribuir com a formação de dados sobre a realidade social do consumo de substâncias psicoativas entre os/as trabalhadores/, como também a reflexão sobre a temática drogas e ambiente de trabalho, e com a discussão, planejamento e execução de políticas sociais e políticas sobre drogas. Informamos que a pesquisa não terá a identificação dos nomes dos/as entrevistados/as.

Ao término da pesquisa, as informações recebidas através das entrevistas serão arquivadas, sob responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos, não podendo ser utilizado para futura pesquisa e após esse período as entrevistas serão destruídas.

**O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será preenchido em 02 vias, sendo uma cópia do participante e outra da pesquisadora.**

Dúvidas sobre a pesquisa e sua participação podem ser sanadas com a pesquisadora principal Adalisa Martins - Telefone: (65) 3688-1087 e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) / Hospital Universitário Júlio Muller/UFMT/Cuiabá/MT - Coordenadora Shirley Ferreira - Telefone: (65) 3615-8254.

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Irenilda Ângela dos Santos  
Orientadora e pesquisadora responsável

Adalisa Martins Marques Pultrini  
Pesquisadora Principal



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL - MESTRADO**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO PARA**  
**PUBLICAÇÃO DE RESULTADOS DO INFORMANTE DE PESQUISA CONFORME**  
**RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.**

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Após a leitura e discussão da Resolução nº 466/2012 que trata sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos, como também a apresentação da pesquisa, seus objetivos e benefícios da mesma, eu \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à Rua/Av. \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, e estado \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, afirmo que:

**Aceito** colaborar com a pesquisa, respondendo às questões da entrevista/questionário na condição de voluntário e estou ciente que minha identidade será mantida em segredo, que poderei desistir da participação a qualquer momento, cancelando este consentimento e autorização para publicação das informações que darei, sem que isto me traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento, pois as informações serão utilizadas somente para a pesquisa em questão. Portanto, autorizo a pesquisadora a realizar a entrevista para que possa alcançar os objetivos propostos do trabalho/pesquisa.

Cuiabá/MT \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do/a entrevistado/a

---

Dúvidas sobre a pesquisa e sua participação podem ser sanadas com a pesquisadora principal Adalisa Martins - Telefone: (65) 3688-1087 e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) / Hospital Universitário Júlio Muller/UFMT/Cuiabá/MT - Coordenadora Shirley Ferreira - Telefone: (65) 3615-8254.

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DROGAS E AMBIENTE DE TRABALHO: UM OLHAR A PARTIR DO ESTUDO REALIZADO EM UMA EMPRESA PÚBLICA DE MATO GROSSO

Pesquisador: ADALISA MARTINS MARQUES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43407915.5.0000.5541

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas e Sociais da UFMT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

Número do Parecer: 1.155.635

Data da Relatoria: 13/07/2015

**Apresentação do Projeto:**

O presente projeto de pesquisa "DROGAS E AMBIENTE DE TRABALHO: UM OLHAR A PARTIR DO ESTUDO REALIZADO EM UMA EMPRESA PÚBLICA DE MATO GROSSO" buscará analisar a realidade social sobre o consumo do álcool e outras drogas entre os/as trabalhadores/as da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos lotados no Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas – CTCE de Mato Grosso e sua relação com o trabalho, a questão de gênero e os fatores de riscos relacionados no âmbito das relações sociais e das características sociodemográficas.

**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário:**

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a realidade social sobre o consumo do álcool e outras drogas entre trabalhadores/as da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos lotados no Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas – CTCE de Mato Grosso.

**Objetivos Secundários:**

- Levantar informações sobre o uso do álcool e outras drogas entre os/as trabalhadores/as da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos lotados no Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas – CTCE de Mato Grosso Conhecer o padrão de consumo do álcool entre estes/as

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n  
Bairro: Alvorada CEP: 78.048-902  
UF: MT Município: CUIABA  
Telefone: (65)3615-7254 E-mail: shirleyfp@bol.com.br



Continuação do Parecer: 1.155.635

trabalhadores/as;

- Identificar quais são as substâncias psicoativas mais utilizadas pelos/as trabalhadores/as;
- Analisar os principais fatores de risco que contribuem ou podem contribuir para o uso abusivo do álcool e outras drogas entre os/as empregados/as, no âmbito das relações sociais e das características sociodemográficas.
- Identificar as atuais e principais políticas públicas sobre drogas no Brasil, contextualizando a intervenção do Estado diante desta questão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos:

A pesquisa apresentará risco mínimo por envolver aplicação de entrevista/questionário.

Benefícios indiretos:

Conhecimento sobre o consumo atual de substâncias psicoativas pelos trabalhadores/as dos Correios de Mato Grosso, contribuindo com a reflexão sobre drogas, ambiente de trabalho e saúde do trabalhador/a e com o desenvolvimento e consolidação de uma política e programa da Empresa de acordo com a demanda da realidade, como também com o desenvolvimento de uma política pública e social sobre drogas para a classe trabalhadora e instituições empregadoras.

Benefícios diretos:

A referida pesquisa terá como benefício direito aos participantes/sujeitos entrevistados o desenvolvimento de um programa de prevenção sobre drogas a ser realizado através de ações sócio-educativas de acordo com as necessidades encontradas/levantadas na realidade social, tendo como público-alvo os entrevistados/as e demais empregados lotados na unidade de trabalho CTCE/Correios (lôcus da pesquisa), como também os demais empregados/as da referida empresa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários e sem considerações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto encontra-se devidamente preenchida.

A autorização para realização da pesquisa encontra-se assinada e carimbada.

O TCLE encontra-se de acordo com a resolução 466/12.

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n | CEP: 78.048-902              |
| Bairro: Alvorada                              |                              |
| UF: MT  | Município: CUIABA            |
| Telefone: (65)3615-7254                       | E-mail: shirleyfp@bol.com.br |



Continuação do Parecer: 1.155.635

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O cronograma foi atualizado (conforme anexo), mas não foi acrescentado no formulário de informações básicas do projeto conforme solicitado no parecer anterior. Entretanto, por tratar-se de quarta versão do presente projeto e considerando a resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado.**

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado em relação a análise ética. Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente a pesquisa. Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP/HUJM/UFMT os relatórios parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

CUIABA, 21 de Julho de 2015

---

Assinado por:  
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA  
(Coordenador)

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n  
Bairro: Alvorada CEP: 78.048-902  
UF: MT Município: CUIABA  
Telefone: (65)3615-7254 E-mail: shirleyfp@bol.com.br