

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

AUTORA: ALICE DOLOR PEREIRA

POSSIBILIDADES E LIMITES DO SERVIÇO SOCIAL NA CASAN/ARFL:
ATENDIMENTO AOS FAMILIARES DE FUNCIONÁRIOS COM PROBLEMAS
RELACIONADOS AO ABUSO DE DROGAS.

FLORIANÓPOLIS - SC

2004

ALICE DOLOR PEREIRA

**POSSIBILIDADES E LIMITES DO SERVIÇO SOCIAL NA CASAN/ARFL:
ATENDIMENTO AOS FAMILIARES DE FUNCIONÁRIOS COM PROBLEMAS
RELACIONADOS AO ABUSO DE DROGAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Professora Jaira Freixiela Adamczyk.


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 09/12/04


Florianópolis - SC

2004

ALICE DOLOR PEREIRA

**POSSIBILIDADES E LIMITES DO SERVIÇO SOCIAL NA CASAN/ARFL:
ATENDIMENTO AOS FAMILIARES DE FUNCIONÁRIOS COM PROBLEMAS
RELACIONADOS AO ABUSO DE DROGAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.



Professora Jaira Freixiela Adamczyk

- Orientador -



Professora Kátia de Macedo Rabelo

- 1º Examinador -



Assistente Social Alzira Maria de Matos

- 2º Examinador -

Florianópolis, dezembro de 2004.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me acompanhado e amparado nos momentos em que mais precisei.

Aos meus pais. Em especial à minha mãe, por estar presente em minha vida e lutar a cada dia para que, hoje, eu pudesse estar realizando um sonho tanto dela, quanto meu.

À minha irmã, pelos momentos de distração e companhia.

Ao meu noivo, pela paciência e dedicação.

À Assistente Social Alzira, pela confiança e disponibilidade.

A todos os funcionários da CASAN, que contribuíram para minha formação acadêmica.

À minha orientadora, Prof^ª. Jaira Freixiela Adamczyk, pelo auxílio na elaboração deste trabalho.

Às colegas, Jaqueline, Patrícia e Juliana, pela troca de experiências ao longo desta jornada acadêmica.

Aos colegas de estágios da Ouvidoria da Saúde – SES, em especial a supervisora Josiane.

A todos que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para mais esta etapa concluída.

Muito obrigada!

RESUMO

PEREIRA, Alice Dolor. *Possibilidades e limites do Serviço Social na Casan/ARFL: atendimento aos familiares de funcionários com problemas relacionados ao abuso de drogas*. Trabalho de Conclusão de Curso do Serviço Social. UFSC, Florianópolis, 2004.

O presente trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo conhecer as possibilidades e os limites da prática profissional do assistente social na intervenção junto aos familiares de funcionários com problemas relacionados ao uso abusivo de drogas e propiciar aos que gerenciam a empresa subsídios para avaliação e reflexão da problemática. A motivação para este estudo partiu da experiência de estágio desenvolvida na CASAN/ARFL – Companhia Catarinense de Águas e Saneamento/Agência Regional de Florianópolis, no período de novembro de 2003 a outubro de 2004, desenvolvido no Serviço Social. O trabalho está distribuído em três capítulos que abordam respectivamente: no primeiro capítulo as drogas e seus conceitos, o contexto social das drogas, a família, a co-dependência; o segundo capítulo por sua vez no mostra o contexto da Instituição, o Serviço Social no contexto Institucional, a contribuição do Serviço Social a Prevenção do Uso Abusivo de Drogas, o Custo Benefício de um Programa e para finalizar o terceiro capítulo trará a pesquisa e seus resultados.

Palavras chaves: Drogas, Serviço Social, Família, Empresa.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
1 DROGAS E SEUS FATORES SOCIAIS	
1.1 As Drogas e suas Conceituações	10
1.2 Contexto Social e Histórico do Consumo de Substâncias Psicoativas	15
1.3 Fatores de Risco Associado ao Abuso de Drogas	17
1.4 O Abuso de Drogas na Família	22
1.5 A Co-dependência	27
2 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL	
2.1 Caracterização da Instituição: CASAN/ARF	33
2.2 Serviço Social no Contexto Institucional	38
2.3 A Contribuição do Serviço Social à Prevenção do Abuso de Drogas	42
2.4 Custo-benefício de um Programa	45
3 CASAN/ARFL E A QUESTÃO DAS DROGAS	
3.1 Procedimentos Metodológicos	50
3.2 Análise dos Dados	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
RECOMENDAÇÕES	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é parte dos requisitos para a conclusão do curso de Serviço Social, bem como para obtenção do título de Assistente Social.

Este estudo tem como base a experiência do estágio curricular obrigatório, realizado no período de novembro de 2003 à outubro de 2004, no Serviço Social da Companhia Catarinense de Águas e Saneamento da Agência Regional de Florianópolis - CASAN/ARFL.

A importância de tal trabalho encontra-se na tentativa de fornecer uma maior compreensão sobre a atuação do Serviço Social no atendimento aos familiares de funcionários com problemas relacionados ao abuso de drogas.

A dependência e o abuso de substâncias psicoativas¹ têm sido assunto amplamente discutido em todos os âmbitos da sociedade, inclusive nos meios de comunicação, notadamente em função da magnitude de seus custos sociais. Suas conseqüências perpassam todas as esferas sociais e inúmeros problemas se refletem no indivíduo, na família e nas relações interpessoais de um modo geral, dentre as quais estão as relações de trabalho.

A problematização das implicações e possibilidades de intervenção, no abuso e dependência de substâncias psicoativas, no local de trabalho, são recentes, apesar do problema do consumo dessas substâncias ser antigo. De acordo com Bucher (1989), consumir drogas corresponde a uma prática humana milenar e universal. Não existe

¹ De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, substâncias psicoativas são quaisquer substâncias, que introduzidas no organismo vivo, seja por via oral ou injetável, entram na corrente sanguínea e atingem o cérebro, alterando seu equilíbrio e modificando algumas de suas funções.

sociedade sem drogas. Porém, o autor considera que o abuso e a dependência de substâncias psicoativas constituem práticas recentes, surgidas a partir de evoluções características das sociedades modernas desde o início da industrialização.

Num breve histórico sobre o uso de drogas, a Revista Galileu (2003) nos informa que, em 2100 a.C., os médicos sumérios receitavam a cerveja para a cura de diversos males, conforme inscrições em tabuletas de argila. Por volta de 1850 -1855, a coca passa a ser usada como uma forma de anestesia em operações de garganta. Logo, 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.

Na década de 80, o uso de drogas associava-se a utopia *hippie*. Tratava-se, ali, de explorar novos espaços para a consciência e a vida, de criar uma alternativa existencial dissociada dos padrões morais e produtivos da sociedade industrial. O mundo, então, passou a ser dividido entre "caretas" e "não caretas".

No entanto, esta divisão, tal como surgiu originalmente, não se consolidou, já que atualmente exige-se uma abordagem técnica. Deste modo, a dependência química, precisa ser tratada como doença.

Ao longo dos anos, o consumo abusivo de drogas vem aumentando, tornando assim necessário que as empresas se preparem para o gerenciamento desta problemática com a intenção de prevenir e tratar seus funcionários, pois, mesmo quando as drogas são usadas fora da jornada de trabalho, há repercussões no ambiente de trabalho.

Campana (1987) afirma que, além do absenteísmo e acidentes de trabalho, o consumo de drogas é responsável pelos freqüentes atrasos (especialmente na

segunda-feira), diminuição da qualidade de trabalho; perdas de material; excesso de horas extras para manter o índice de produtividade; problemas de relacionamentos com colegas e de insubordinação às chefias e empréstimos financeiros excessivos. Silva (2001) acrescenta também, à lista de problemas causados pelo abuso e dependência de substâncias psicoativas no trabalho, o seguinte: ferimentos; mutilação; incapacidades temporárias ou definitivas; exposição indevida de outrem aos perigos; entre outros. O autor explica que esses problemas têm comprometido a saúde do trabalhador e levado à perdas sociais com reflexos econômicos importantes.

Desta maneira, a prevenção às drogas no mundo do trabalho, nas comunidades e na família, é uma faceta importante da responsabilidade social empresarial. Além de aumentar os custos e reduzir a produtividade dos funcionários, o consumo de substâncias psicoativas prejudica a saúde, a qualidade de vida e a segurança dos indivíduos. Sendo assim, este problema deve ser enfrentado também sob a ótica da responsabilidade social.

Segundo informe da Comissão da Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, aproximadamente 51% dos leitos em instituições psiquiátricas, e 30% em hospitais clínicos, são ocupados por internamentos em função da dependência de substâncias psicoativas, gerando um déficit de US\$ 1 (um) bilhão por mês no Brasil (MAÇANEIRO, 2002).

Dados estatísticos realizados pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas - GREA - do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, em São Paulo, adverte que, na mesma proporção que aumenta a procura por tratamento, cresce o número de desistências, que hoje chega a 70%. Tornando assim imprescindível a busca de um envolvimento da família no processo de recuperação, visto que a mesma

sofre muitas vezes de uma doença chamada de "co-dependência", isto é, os familiares adoecem junto com o dependente, num círculo vicioso que alimenta e mantém a doença. Por isso, a família deve participar da recuperação, para se tratar e também auxiliar seu familiar dependente ou usuário abusivo de drogas.

Não temos como pretensão esgotar o assunto devido a sua abrangência e complexidade. Assim sendo, para melhor entendimento das questões abordadas, este trabalho está estruturado em três capítulos que serão descritos a seguir.

O primeiro capítulo enfatiza a questão da droga, sendo que o primeiro item tratará sobre a conceitualização e as teorias. Posteriormente, serão abordadas a contextualização social e histórica do abuso de substância psicoativa; os fatores de risco; a questão da droga no ambiente familiar e a co-dependência.

No segundo capítulo, será enfatizado a Companhia Catarinense de Águas e Saneamento/Agência Regional de Florianópolis - CASAN/ARFL, no qual será abordado o contexto político, econômico e social da instituição. Este capítulo também tratará especificamente do Serviço Social nesta empresa, situando seu processo e suas atividades desenvolvidas junto aos funcionários. Logo após, será abordada a contribuição do profissional de Serviço Social na prevenção do abuso de drogas e os custos e benefícios de um programa.

No terceiro capítulo, será exposta à parte prática desta investigação, onde estaremos apresentando a pesquisa realizada. Esta inicia-se com a apresentação dos procedimentos metodológicos adotados, para, a seguir, descrevermos e interpretarmos os dados obtidos.

Finalizamos este trabalho de conclusão de curso com as considerações finais, nela pretendemos resgatar os pontos centrais deste trabalho, buscando levantar

algumas questões que devem permanecer em discussão, para, em seguida, apresentarmos algumas recomendações.

1 AS DROGAS E SEUS FATORES SOCIAIS

A luta contra a droga deve ser baseada numa concepção ideológica que respeite a VIDA sobre todas as coisas. A VIDA, assim com maiúsculas e grifada, num conceito que abranja não só os seres humanos, como também a natureza em geral, o meio ambiente e o espaço inclusive, porque não temos o direito de convertê-lo numa "lixreira atômica" e nem em um campo de batalha para a "guerra das galáxias". (KALINA et al, 1999, p. 65).

1.1 As Drogas e suas Conceituações

A definição do termo droga, de acordo com Organização Mundial de Saúde - OMS, é toda e qualquer substância que, quando introduzida no organismo, provoca alterações do comportamento ou humor.

De acordo com Squio (2003, p.22), "as drogas ou substâncias psicoativas são aquelas que modificam o estado de consciência do usuário e estão ao alcance de qualquer ser humano".

As drogas podem ser classificadas, do ponto de vista legal, como lícitas ou ilícitas. Porém, do ponto de vista da saúde, muitas substâncias legalizadas podem ser igualmente perigosas.

Frente a este fato, vale citar Longenecker (1998, p. 2-3 apud SQUIO, 2003, p. 30),

O abuso de drogas tem também uma conotação de prejuízo à sociedade, mesmo quando a legalidade não está em questão. Por exemplo, o consumo do tabaco não é ilegal, devido a um processo de aceitação descrito como domesticação. Isso quer dizer que o consumo do tabaco foi admitido como uma questão de escolha pessoal antes que suas reais conseqüências fossem inteiramente conhecidas. O seu abuso está tão amplamente disseminado a esta altura que seria muito difícil aplicar restrições legais.

De acordo com Bucher (1992), a distinção entre drogas lícitas e ilícitas é muito relativa, visto que depende totalmente do contexto cultural. Basta pensar no exemplo do álcool, declarado ilegal nos países muçulmanos onde ao contrário, o haxixe é amplamente tolerado.

Considerando a sua atuação no sistema nervoso central, as drogas podem ser classificadas, segundo os pesquisadores do Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID³, como:

- Depressores da atividade do Sistema Nervoso Central. Exemplo: álcool, sonífero ou hipnótico, ansiolíticos, opiáceos ou opióides e solventes ou inalantes;
- Estimulantes da atividade do Sistema Nervoso Central. Exemplo: anorexígenos ou anfetaminas e cocaína;
- Perturbadores da atividade do Sistema Nervoso Central. Sendo que estes podem ser de origem:
 - ◆ Vegetal. Exemplo: mescalina, THC (originada da maconha), psilocibina (originada de determinados cogumelos) e o lírio;
 - ◆ Sintética: LSD - 25, êxtase e anticolinérgicos.

De acordo com Masur (1986, p.16), "é importante lembrar que os psicotrópicos também atuam noutros sistemas do corpo que não o cérebro, como por exemplo, o coração, os intestinos, os vasos sanguíneos".

Segundo a OMS, o uso de drogas deve ser classificado em:

- Uso na vida: quando a pessoa fez uso de qualquer droga pelo menos uma vez na vida;

³ FOLHETOS INFORMATIVOS DO CEBRID, 1996. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/cebrid.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2004.

- Uso no ano: quando a pessoa utilizou droga pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam à consulta;
- Uso no mês ou recente: quando a pessoa utilizou drogas pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam à consulta;
- Uso freqüente: quando a pessoa utilizou drogas seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam à consulta.

Conforme Carlini et al. (2001), do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – CEBRID/UNIFESP, em levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas envolvendo 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, tendo como população alvo indivíduos entre 12 e 65 anos de idade, observou-se que o "uso na vida" de álcool foi de 68,7%. Já a estimativa de dependência de álcool no nosso país é de 11,2%.

A OMS recomenda, ainda, a seguinte classificação para as pessoas que utilizam substâncias psicoativas:

- Não-usuário: nunca utilizou drogas;
- Usuário leve: utilizou drogas, mas no último mês o consumo não foi diário ou semanal;
- Usuário moderado: utilizou drogas semanalmente, mas não diariamente, no último mês;
- Usuário pesado: utilizou drogas diariamente, no último mês.

Além disso, a OMS considera que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e freqüência de uso. Assim, uma pessoa somente

será considerada dependente se o seu padrão de uso resultar em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais, ao longo dos últimos doze meses:

- Forte desejo ou compulsão de conseguir drogas;
- Dificuldades em controlar o uso, seja em termos de início, término ou quantidade de consumo;
- Uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência dessa prática;
- Estado fisiológico de abstinência;
- Evidência de tolerância. Ocorre quando o indivíduo necessita de doses maiores da substância para alcançar os efeitos obtidos anteriormente com doses menores;
- Estreitamento do repertório pessoal de consumo. Ocorre quando o indivíduo passa, por exemplo, a consumir drogas em ambientes inadequados, a qualquer hora, sem nenhum motivo especial;
- Falta de interesse progressivo por outros prazeres e interesse crescente pelo uso de drogas;
- Insistência no uso da substância psicoativa, apesar das manifestações danosas comprovadamente decorrentes de seu uso;
- Evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma rápida reinstalação do padrão de consumo anterior.

No entanto, Laranjeira et al. (2002) nos alerta para o fato de que qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo. Uma vez que há pessoas que, mesmo bebendo eventualmente, são incapazes de controlar ou adequar seu modo de consumo. Isto os pode levar a ter problemas sociais (brigas, faltas no emprego, etc.),

físicos (acidentes) e psicológicos. Nesses casos, considera-se que tais indivíduos fazem um abuso da substância psicoativa.

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 - utiliza o seguinte critério para detectar o abuso (uso nocivo) de substâncias: o diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário. O fato de um padrão de uso, ou uma substância em particular, não ser aprovado por outra pessoa, pela cultura, ou por ter desencadeado resultados socialmente negativos, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de abuso. O abuso (nocivo) não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico, ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas estiverem presentes.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Norteamericana de Psiquiatria - DSM IV (1995) aborda os problemas relacionados ao uso de drogas baseando-se no modelo de doença. Classifica-os como "Transtornos Relacionados ao Álcool", subdividindo-os em dois grupos: transtornos por uso da substância (dependência e abuso) e transtornos induzidos por substância (intoxicação, abstinência e etc.).

Ainda segundo o DSM IV, há diferença entre os critérios que definem a dependência e o abuso de substância. Na dependência, há tolerância, abstinência ou um padrão compulsivo. Já no abuso, há apenas conseqüências prejudiciais do uso repetido.

Segundo Bucher (1992, p. 02),

Não se torna um dependente quem quer; o engendramento de drogadição corresponde a um processo complexo onde intervêm, além da substância, o contexto sociocultural e econômico (com suas pressões

e condicionantes múltiplos) e a personalidade do usuário (com suas motivações pessoais, conscientes e inconscientes). Somente em casos de uma confluência desfavorável destes três fatores de equação é que se chega a estados de dependência.

A autora Masur (1991), nos alerta para o fato de que há uma dificuldade em se categorizar o alcoólatra, ou seja, o alcoolismo não pode ser arbitrariamente definido como um problema específico da maioria. A situação é semelhante ao que ocorre quando se observa uma graduação de cores que varia do rosa ao vermelho. Exatamente em que ponto é que o rosa se transforma em vermelho? Distinguir entre o rosa inicial e o vermelho final não nos causa problemas. O difícil é distinguir o momento em que o rosa não é mais rosa. Este é o problema que ocorre quando pensamos se alguém bebe normalmente ou é alcoólatra. O problema reside exatamente em definir aqueles que não mostram sinais óbvios, ou seja, os que estão na interfase entre o rosa e o vermelho.

1.2 Contexto Social e Histórico do Consumo de Substâncias Psicoativas

O uso de drogas não é algo natural e tampouco nasceu de uma sociedade ou cultura específica. Ao contrário, como já visto, há indícios de consumo de drogas desde os primórdios da humanidade, ou seja, a humanidade sempre recorreu ao uso de substâncias psicoativas com as mais variadas finalidades.

Segundo Longenecker (1998, p. 5 apud WERLANG, 2001, p. 07) "o interesse dos seres humanos pelas drogas é tão antigo quanto o interesse por si mesmo, o qual existe desde que a nossa espécie surgiu pelo planeta".

As substâncias psicoativas eram utilizadas, nas sociedades antigas, principalmente por sua função alimentícia, em festividades sociais (caso do vinho, nas civilizações grega e romana), e ainda com fins terapêuticos (caso da maconha, na China, no segundo milênio a.C. e do ópio, nas sociedades orientais). Além disso, em muitas dessas sociedades, era atribuído um grande valor cultural e mitológico ao consumo e efeitos dessas substâncias no organismo (BUCHER, 1989).

Cotrim (1999) coloca-nos que o primeiro registro da produção de álcool vem a ser um papiro egípcio de 3.500 a.C.. Nele, descreve-se uma fábrica de cerveja. Porém, há evidências de que a cerveja e o vinho já eram consumidos no ano 6.500 a.C., ou até mesmo desde 9.000 a.C., segundo alguns pesquisadores.

Nessa perspectiva, Longnecker (2002) ressalta que, apesar do homem conhecer e consumir algumas substâncias há milhares de anos, o uso excessivo e inadequado teve seu início somente por volta de 1500 d.C.. Antes disso, a disponibilidade de drogas era limitada, os meios de preparos eram frágeis e os custos, altos. Historicamente, a mesma droga pode apresentar uso e padrões de consumo muito diferenciados.

Segundo Antón (2000, p.40), "o álcool aparece aos olhos dos jovens como um rito de iniciação. A primeira bebedeira ou a licença dos pais para beber são vistas como um elemento da maturidade e de independência com relação aos adultos".

Atualmente, as drogas, principalmente o álcool, desempenham um importante papel reforçador da coesão social, exemplo disso são as tradicionais festas regadas à bebida alcoólica. No entanto, é importante ressaltarmos que as drogas, como nos lembra Squio (2003), estarão sempre à mão das pessoas. Não se pode mais esconder a existência e a proliferação de seu uso. Faz-se necessário, então, um maior

conhecimento sobre o assunto para que as pessoas, de um modo geral, tenham a opção de não as aceitar, já que as drogas oferecem perigo à integridade humana.

Para se ter uma idéia da proliferação das drogas, Laranjeira et al. (2003) nos informa que o consumo de substâncias psicoativas está presente em todos os países do mundo. Mais da metade da população das Américas e da Europa já experimentou álcool alguma vez na vida e cerca de um quarto é fumante. O consumo de drogas ilícitas atinge 4,2% da população mundial. Sendo a maconha a droga ilícita mais consumida, seguida pelas anfetaminas, cocaína e opiáceos.

1.3 Fatores de Risco Associado ao Abuso de Drogas

Com pertinência a importantes fatores de riscos, a OMS considera como mais propensa ao uso, a pessoa: sem adequadas informações sobre os efeitos das drogas; com uma saúde debilitada; insatisfeita com sua qualidade de vida; com fácil acesso às drogas.

Em contrapartida, o sujeito com menor possibilidade de utilizar drogas seria aquele: bem informado; com boa saúde; com qualidade de vida satisfatória; bem integrado na família e na sociedade; com difícil acesso às drogas.

Antón (2000) explicita que os fatores relacionados à gênese do consumo de drogas pode estar relacionados aos seguintes fatores:

- Pessoais (influências individuais): aumento da influência dos colegas e amigos, indivíduos com problemas de socialização, com baixa auto-estima, ou ainda

superestimação quanto à capacidade de evitar padrões de uso de drogas abusivas e de conseqüências destrutivas;

- Ambiente imediato (micro-sociais): determinantes familiares e grupais;
- Ambientais globais: como disponibilidade e fácil acesso, publicidade das drogas legais entre outros.

O autor ainda ressalta que estes fatores podem se relacionar entre si ou ocorrer isoladamente.

Já para Marques (2004), em sua resenha do relatório sobre Neurociência e Drogas Psicotrópicas, em março de 2004, os fatores de risco ambientais são os seguintes: disponibilização de drogas; pobreza; mudanças sociais; cultura do círculo de amigos; profissão; normas e atitudes culturais e políticas sobre drogas. Já os fatores de risco individuais são: pré-disposição genética; vítima de maus tratos quando criança; transtornos da personalidade; problemas de ruptura familiar e dependência; fracos resultados escolares; exclusão social; depressão e comportamento suicida.

O autor também indica os fatores de proteção ambiental, que seriam: situação econômica; controle de situações; apoio social; integração social e acontecimentos positivos da vida. Como fatores de proteção individual, Marques (2004) aponta: capacidade de resolução de dificuldades; eficácia; percepção dos riscos; otimismo; comportamento favorecendo a saúde; capacidade de resistência à pressão social; comportamento geral saudável; cultura do círculo de amigos; profissão; normas e atitudes culturais e políticas sobre drogas.

Algumas características, decorrentes do ambiente trabalho, têm sido consideradas fatores sociais desencadeadores do abuso e dependência de substâncias psicoativas, principalmente no caso do alcoolismo. Como por exemplo: acesso fácil ao álcool;

pressão social para beber; ocupações que promovem afastamento social e sexual; falta de supervisão no trabalho; trabalhos que exigem alto ou baixo rendimento e ocupações que submetem o trabalhador a constante estresse (CAMPANA, 1987).

Drobes (2003 apud SQUIO, 2003) nos apresenta os fatores que podem levar ao consumo de álcool e tabaco:

- Psicológicos – a impulsividade, a compulsividade e a ansiedade, entre outros. Há nestes comportamentos uma base genética capaz de predispor os indivíduos ao consumo;
- Modelo familiar – repetir comportamento de familiares mais velhos (pai ou mãe, principalmente) que fumam ou bebem é uma forte tendência, independente de qualquer influência genética;
- Estados psicológicos temporários – o álcool e o tabaco são usados como uma automedicação para aliviar tensões ou regular estado de humor.

Existem também diversos fatores psicossociais, empiricamente relacionados ao uso do álcool e do tabaco, conhecidos como "estressores psicossociais". São eles: perda de emprego ou de um ente querido; suporte social precário (pouco dinheiro); dificuldades de se relacionar socialmente (timidez ou vergonha); expectativas positivas quanto aos efeitos do consumo (achar que pode lhe causar alguma coisa boa, melhorar sua imagem no grupo, ou lhe fazer bem); uso de substâncias psicoativas como "lubrificantes sociais", entre outros.

Estes fatores apresentados não determinam, isoladamente o surgimento da dependência. Eles interagem de acordo com a maneira de ser, agir e sentir de cada

pessoa, conforme a sua história do consumo de álcool e cigarro, e isto que poderá levar alguns à dependência.

Seguindo o referencial de Rehfeld (1989), há investigações que apontam para uma correlação entre o ambiente de trabalho e o consumo de álcool. Os seguintes aspectos são investigados como fatores de risco: as condições materiais, a organização e a situação social no ambiente de trabalho.

Como condições materiais, o autor entende que os trabalhos que exigem grande esforço físico, os de regime de empreitadas e ainda aqueles que apresentam dificuldades como poeira, calor e frio, envolvem circunstâncias que podem elevar o consumo de álcool.

Sobre a organização do trabalho, há estudos que revelam o aumento do consumo de álcool em trabalhos de turnos noturnos e com folgas flutuantes. Por outro lado, as pessoas conscientes de que essa forma de organização diminui sua produção, evitam o consumo de álcool. Nos países onde há uma maior concorrência profissional, a tendência é substituir o álcool por remédios.

Por último, a situação social do trabalho pode contribuir para um aumento do consumo de álcool. Principalmente quando os trabalhadores são levados a um isolamento social, em locais onde há concorrências e disputas, em casos de ausências ou reduzido reconhecimento de méritos e, também, nas perturbações interpessoais no local de trabalho. Ainda dentro da perspectiva social, coloca-se a situação de desemprego que, dependendo das dimensões envolvidas, pode ser causadora de uma elevação do consumo de álcool.

Um outro fator abordado por Rehfeldt (1989) é a relação do estresse e o consumo do álcool.

Com relação ao estresse, Rehfeldt (1989, p.12) explica que:

O álcool pode tanto assumir o papel de fuga como a defesa na superação do estresse. Conforme o grau, que o estresse representa, a reação resultante tende a traduzir-se na intensidade com que o álcool é consumido, acabando o excessivo consumo por constituir-se em novo fator estressante, tanto devido aos resultados produzidos pelo próprio produto, como pelas reações ao seu uso na forma de sanções aplicadas pela sociedade.

Vale ressaltar que, com base em dados da OMS (1985), referente a uma pesquisa direcionada aos fatores ocupacionais estressantes relacionados aos transtornos fisiológicos, psicológicos e de comportamento, entre 5% e 10% da população trabalhadora apresentam problemas graves, sendo que o nível de percentual mais elevado pertence aos grupos de maior idade.

O estudo de Roberto et al. (2002) indica que o consumo de substâncias psicoativas é maior no setor operacional onde o trabalho é mais pesado, de maior risco e com menor salário. Além disso, o autor explica que as substâncias psicoativas são consumidas como uma alternativa para os intervalos das jornadas, em função do tráfico dentro do ambiente de trabalho e também pela ausência de limites impostas pela chefia.

O uso de drogas pode ser ao mesmo tempo causa, consequência de transtorno mental, ou simplesmente acontecer na presença de outro diagnóstico psiquiátrico, sendo conhecido como comorbidade. Em geral, é difícil determinar se o problema é resultado do uso regular de drogas, é consequência de seus efeitos ou faz parte da síndrome de abstinência. Assim vários distúrbios podem ser desencadeados pelo uso de drogas: depressão, esquizofrenia, ansiedade, distúrbios bipolares, de personalidade anti-social, de pânico, fobias, psicoses, etc. No entanto isto não significa que, se a

pessoa não tivesse utilizado drogas, talvez esses distúrbios não se manifestassem. (SQUIO, 2003).

As razões que levam alguém a se tornar dependente químico ou usuário são bastante complexas e impossíveis de serem generalizadas. Isto é, cada caso é uma situação particular. Segundo Maçaneiro (2002), quanto mais os empregadores desconhecerem o problema da dependência de substâncias e enraizarem preconceitos sobre essa doença, mais esse problema ganhará espaço, fazendo com que se continue desperdiçando dinheiro, tempo e recursos humanos.

É importante destacar que a consciência dos fatores supracitados auxilia à busca por melhores condições, ou, pelo menos, leva o empregador a minimizar situações adversas no local de trabalho, possibilitando o desenvolvimento de programas específicos de prevenção.

1.4 O Abuso de Drogas na Família

Para entrar nesta discussão, faz-se necessária uma definição de família. De acordo com a Constituição Federal de 1988, família consiste na união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento. Já o termo "entidade familiar" refere-se à comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, artigo 226).

Além desta definição legal, existem outras, contudo, neste trabalho, utilizamos a definição de Mioto (1997, p.21), que anuncia família como

... um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura na qual está inserida.

Sabidamente, a questão da droga reflete-se diretamente na família, pois é nela que, a princípio, o ser humano desenvolve-se e constrói sua identidade.

O abuso e a dependência de substâncias psicoativas comprometem, segundo Soares e Menezes (2000), a relação entre o usuário e a sua família, não somente no âmbito afetivo, mas também no financeiro, pelas despesas que requeridas pelo usuário e pelo tempo gasto para assisti-lo. Os autores citam ainda, além da diminuição do tempo gasto com lazer e descanso, que contribui para o adoecimento da família, um prejuízo com relação às oportunidades de emprego.

A descoberta de um membro da família usuário de drogas gera uma crise. Além de desencadear sentimentos de angústia, desespero e impotência nos familiares, geralmente busca-se um culpado. Este sentimento de culpa procede do senso comum de que o problema com as drogas advém da "personalidade" do usuário, da influência de "más companhias" ou, muitas vezes, de desajustes familiares. O fato é que, ainda hoje, mesmo diante de tantas informações, a droga exerce um grande poder no imaginário social, sendo freqüentemente responsabilizada por desencadear atos delinqüentes e comportamentos ditos "anormais".

Correia (1996, p. 22 apud WERLANG, 2001, p. 10) afirma que "o dependente químico é todo o indivíduo que começa a usar qualquer tipo de droga numa tentativa de influenciar a mente e o corpo, alterar suas emoções e, conseqüentemente, fugir de sua realidade".

Pela falta de informação adequada e pela impossibilidade da família discernir as diversas formas de uso e as funções que a droga pode ocupar para cada indivíduo, ela acaba enquadrando-o em julgamentos estereotipados.

De acordo com Silva (2001), independente da postura da família diante de um caso de dependência, diversas são as barreiras a serem superadas. Como por exemplo: vergonha, raiva e ressentimento, irritação, desajuste financeiro, *stress*, modificação dos papéis, entre outros. Santos (1997), por sua vez, aponta que não existem culpados, já que se a família é parte do problema e, como tal, passa a ser também parte da solução.

A questão da droga é complexa e engloba diversos fatores. Não se pode negar que tensões familiares são desagradáveis e geram muitos malefícios. Entretanto, cada um, no interior da sociedade, reage de forma particular às experiências concretas do mundo. Deve-se considerar o lugar específico que cada pessoa ocupa na dinâmica familiar para, então, detectar-se as reais motivações do consumo de drogas.

Segundo Fávero (1999, p. 31 apud WERLANG, 2001, p. 11),

O problema das drogas, hoje, atinge todas as classes sociais, sem distinção de cor, sexo ou religião. A curiosidade em relação às drogas é destaque, pois o jovem desinformado acaba entrando na 'onda' de seu grupo de amigos, achando, inclusive que se não usar não será aceito pelo grupo.

A problemática das drogas está intimamente ligada ao contexto familiar. Dado que é comum perceber-se, em adolescentes usuários dos mais diferentes tipos de drogas, que suas famílias de origem são o que se chama "pré-adictivas", ou seja, são famílias em que a droga está presente, de forma clara ou disfarçada. (FREITAS, 1997).

Em alguns momentos, o consumo de drogas inicia na adolescência, juntamente com a emergência da sexualidade, o questionamento de antigas regras vigentes e a busca de padrões alternativos de levar a vida. Tudo isto reforça um sentimento de estranheza, sobretudo nos pais que revelam desconhecer os filhos.

Para Murad (1998, p.128), "o que torna os jovens confusos é verificar os pais seguirem a filosofia do 'faça o que eu digo, e não o que eu faço'". Muitos filhos se espelham na figura dos pais e procuram imitá-los, tanto nas suas qualidades quanto nas suas fraquezas.

A adolescência é um momento conturbado, difícil para os jovens e para quem os acompanha. Entretanto, o consumo de drogas não se inicia unicamente neste período, nem é um problema exclusivo desta faixa etária.

Segundo Freitas (1997, p.06):

A utilização da droga seja de que espécie for, é sempre um sintoma que denuncia um grave comprometimento com a possibilidade de se lidar com frustração. O acúmulo de frustrações, que, desde a mais tenra infância, atormentam uma pessoa, levam-na a uma total intolerância com o seu viver, com o seu dia a dia. Essa vida insuportável é aliviada através da utilização de uma droga, possivelmente como vê ou via seus pais fazerem, muitas vezes de forma socialmente bem aceita como um whisky para relaxar etc.

É importante considerar que existem várias formas de consumo de drogas. Experimentar uma droga qualquer, ou mesmo usá-la de forma eventual e recreativa, não significa dependência. O fato deve ser tratado com seriedade, mas sem alardes exagerados. Existem muitos tabus e preconceitos, em volta desta questão, que devem ser desmistificados.

De acordo com Silva et al. (1985), independente de o alcoolista estar ou não abstinente, a realização do trabalho com a família propiciará o retorno do "equilíbrio no

lar”, podendo inclusive a serenidade dos familiares levar o doente a motivar-se para o início do seu próprio tratamento.

De acordo com Figlie (2004), dentro do contexto da inclusão da família no tratamento de dependentes químicos, três modelos teóricos têm dominado a conceitualização das intervenções: o modelo da doença familiar; o sistêmico e o comportamental.

O modelo da doença familiar considera o alcoolismo, ou o uso nocivo de drogas, como uma doença que afeta não apenas o dependente, mas também a família. Esta teoria teve origem nos Alcoólicos Anônimos – AA, em meados de 1940. Recentemente, esta teoria tem focado que a doença do alcoolismo manifesta sintomas específicos nas esposas e companheiras de dependentes químicos, dando origem ao conceito de co-dependência.

O modelo sistêmico considera a família como um sistema, em que se mantém um equilíbrio dinâmico entre o uso de substância e o funcionamento familiar. Esta teoria exerceu grande influência em meados de 1970 e 1980, notadamente entre os profissionais de saúde, no tratamento da dependência química.

Já o modelo comportamental baseia-se na teoria da aprendizagem, e assume que as interações familiares podem reforçar o comportamento de consumo de drogas. O princípio é que os comportamentos são apreendidos e mantidos dentro de um esquema de reforçamento positivo e negativo nas interações familiares.

O acesso das famílias aos centros especializados e aos profissionais aptos em lidar com o uso e abuso de drogas favorece o tratamento do usuário, e também colabora na reflexão e implicação no próprio meio familiar, diluindo a sua ansiedade,

reposicionando-o frente à questão e dando suporte não só econômico, mas psicológico ao usuário.

1.5 A Co-dependência:

De acordo com Hemfelt (1996), os conselheiros do AA perceberam que o seu grupo de apoio era bem sucedido no resgate aos alcoólicos, porém, dentro do período de um ano, as famílias destes alcoólicos recuperados desmoronavam. Com isso foi observado que o alcoólico era dependente do álcool e a família era, geralmente, co-dependente do alcoolismo. E assim surgiu o termo co-dependência.

No início, pensava-se que os sintomas da co-dependência eram causados pelo estresse decorrente de viver com uma pessoa que abusava do uso de drogas. A vergonha, o medo, a dor e a raiva dos membros da família eram vistos como reações diante de uma pessoa muito doente que estava fora de controle por causa de sua dependência química. Mas quando os dependentes ficavam curados, o comportamento codependente da família continuava, às vezes até se intensificava. Os terapeutas logo perceberam que as causas ocultas desta doença poderiam muito bem ter antecedido o vício da droga. À medida que um número maior de membros da família iam fazer terapia e revelavam a história de suas famílias de origem, tornou-se claro que muitas vezes quando criança a pessoa tinha tido um educador abusivo, geralmente pai ou mãe. E depois de adulta, a criança parecia inconscientemente escolher, como cônjuge, um dependente. (MELLODY et al, 1995).

Segundo Bernardo (1998), a co-dependência é uma síndrome definível crônica que segue uma progressão previsível. O co-dependente é qualquer pessoa cuja vida ficou incontrolável, já que vive uma relação comprometida com um dependente químico. A co-dependência inicia quando uma pessoa, numa relação comprometida com um dependente, tenta controlar a bebida, o uso de drogas ou qualquer comportamento compulsivo do mesmo na esperança de ajudá-lo. Como consequência dessa busca mal sucedida de controle das atitudes do próximo, a pessoa acaba perdendo o domínio do seu próprio comportamento e da sua vida. O produto final da situação é a co-dependência.

Segundo Hemfelt (1996), alguns dos traços característicos dos co-dependentes são os seguintes:

- O co-dependente é guiado por uma ou mais compulsões;
- A auto-estima (e muitas vezes a maturidade) do co-dependente é muito baixa;
- O co-dependente tem certeza de que sua felicidade depende dos outros;
- Do mesmo modo, o co-dependente se sente desmesuradamente responsável pelos outros;
- O relacionamento do co-dependente com o cônjuge ou outra pessoa significativa é desfigurado pelo instável desequilíbrio entre dependência e independência;
- O co-dependente é um mestre da negação e da repressão;
- O co-dependente se preocupa com coisas que não pode mudar, e é bem capaz de tentar mudá-las;
- Além disso, a vida do co-dependente é pontuada de extremos;

- Para finalizar, o co-dependente está sempre procurando por alguma coisa que falta em sua vida.

A co-dependência é a doença emocional desenvolvida muitas vezes por aquelas pessoas cujas vidas se tornaram disfuncionais ou fora de controle devido à convivência com um dependente químico ativo. Seus sintomas são semelhantes ao dos dependentes químicos, como por exemplo: frustração; progressão que também os pode levar à dependência de algum tipo de substância.

O impacto que a família sofre com o uso de drogas por um de seus membros é correspondente às reações que vão ocorrendo com o sujeito que a utiliza. Este impacto segundo Figlie (2004), pode ser descrito através de quatro estágios pelos quais a família progressivamente passa:

- Na primeira etapa, é preponderante o mecanismo de negação. Ocorre tensão e desentendimento. Nesta etapa, as pessoas deixam de falar sobre o que realmente pensam e sentem.
- Em um segundo momento, a família demonstra muita preocupação com a questão de possuir um usuário de drogas em seu meio, então ela tenta controlar o uso que aquele indivíduo faz da droga, bem como as suas conseqüências físicas, emocionais, tanto no campo do trabalho, quanto no convívio social. Mentiras e cumplicidades relativas ao abuso de drogas instauram um clima de segredo familiar. A regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas não estão causando problemas à família.
- Na terceira fase, a desorganização da família é enorme. Seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores. As famílias responsabilizam-

se por atos que não cometeram, e assim o dependente químico perde a oportunidade de perceber as conseqüências do abuso de drogas. É comum ocorrer uma inversão de papéis e funções, como por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades de casa em decorrência do alcoolismo do marido, ou a filha mais velha, que passa a cuidar dos irmãos em conseqüência do uso de drogas da mãe;

- O quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, podendo surgir graves distúrbios de comportamento e de saúde em todos os membros. A situação fica insuportável, levando ao afastamento entre os membros, gerando desestruturação familiar.

Embora tais estágios definam um padrão da evolução do impacto causado pelo uso de substâncias psicoativas, não se pode afirmar que em todas as famílias o processo será o mesmo, porém, indubitavelmente, existe uma tendência dos familiares de se sentirem culpados e envergonhados por estar nesta situação.

Krupnick & Krupnick (1995, p.32), expõem que “[...] qualquer comportamento que, mesmo vindo com boas intenções, serve para proteger o dependente das conseqüências do uso de droga, contribuindo para que a doença do dependente e a situação do co-dependente piorem”.

Os familiares, com a intenção de proteger o dependente, assumem suas responsabilidades, tentam dar mais apoio, ser mais úteis, mais protetores, e, deste modo, não se dão conta que tais atitudes tornam o dependente mais irresponsável. Além disso, é alterado o relacionamento familiar e os papéis são invertidos.

Segundo Pereira et al. (1998), a experiência de co-dependência pode causar problemas de:

- Entorpecimento, ou seja, após a experiência de sentimentos desagradáveis por tanto tempo, muitos co-dependentes, anulam ou bloqueiam seus sentimentos;
- Depressão, uma vez que a tensão e a incerteza da vida acarreta sentimentos de falta de esperança e de perspectiva de ajuda. Quando o dependente recai, a família sente como se também fracassasse, e estes constantes “fracassos” podem levar à perda de auto-estima;
- Uso de drogas, os co-dependentes podem recorrer não só ao álcool, mas também à comida, ao jogo e a outros vícios, para lidar com a dor;
- Problemas de saúde, pois o *stress* da co-dependência pode levar a problemas físicos (dores de cabeça, úlcera, asma, pressão alta);
- Problemas de relacionamento, já que os co-dependentes podem não querer ou não conseguir falar a verdade, usando de desonestidade necessária nos relacionamentos íntimos.

Os autores Vespuci & Vespuci (1999), nos chamam a atenção, para os casos em que o dependente começa a reagir. Então, eis que um belo dia, começa a reunir condições de recuperação e a emergir do fundo do poço. E passa a compreender e interioriza a necessidade de se manter sóbrio. No entanto este processo é solitário, íntimo, que só ele está vivendo; os familiares não. Acostumada a sofrer a família não reage às mudanças do dependente. As diferenças de caráter, as incompatibilidades agora aparecem com maior clareza, sem névoa do álcool ou das drogas. E, dos conflitos inevitáveis entre aqueles que vislumbram o futuro sóbrio e aqueles que se prendem ao passado da dependência, muitas vezes sobrevêm a separação dos casais, a dissolução das famílias.

Segundo Oliveira (2004), no Encontro do Colégio Internacional de Neuropsicofarmacologia, foi divulgado uma pesquisa que constatou que 97% das mulheres de alcoólatras preenchem o diagnóstico de co-dependência e possuem algum distúrbio de ansiedade (síndrome do pânico, fobia social). Os estudos (feitos com 485 famílias) foram coordenados pelo psiquiatra Jorge Jaber, fundador da Associação dos Familiares dos Dependentes Químicos, em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro.

2 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

2.1 Caracterização da Instituição: CASAN/ARFL

A Companhia Catarinense de Águas e Saneamento - CASAN - foi criada pela lei Estadual n° 4547 de 31 de dezembro de 1970, e constituída em Assembléia Geral em 02 de julho de 1971, no Governo de Colombo Salles. A Companhia tem como finalidade ser o agente promotor do saneamento básico no Estado de Santa Catarina, bem como a incumbência de suceder ao DAES – Departamento Autônomo de Engenharia Sanitária, órgão estadual criado em 1962. Basicamente, as ações da CASAN dizem respeito à captação, tratamento e distribuição de água, coleta e tratamento do esgoto, com o objetivo de atender direto à população proporcionando-lhe saúde e bem-estar – o que lhe empresta caráter social, pela prestação de um serviço vital a todo ser humano.

A Empresa é regida pelo Decreto nº 718, de 25 de novembro de 1999, que regulamenta os serviços de abastecimentos de água e esgoto sanitário, no âmbito de sua jurisdição, bem como dispõe sobre as regras vigentes, que determina as relações entre a empresa e seus clientes. A empresa possui um Manual Administrativo de Recursos Humanos. Este manual que tem como objetivo levar, ao corpo gerencial e funcionários, informações claras e objetivas relativas à administração de pessoal.

A política de pessoal da CASAN é regida pela Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT - e por Acordo Coletivo de Trabalho.

Entretanto, uma empresa socialmente responsável deve ir além do simples cumprimento das leis trabalhistas, procurando alinhar os seus objetivos estratégicos ao interesse dos seus funcionários. Desta forma, faz-se necessário investir no desenvolvimento pessoal e individual dos funcionários, para que haja melhorias nas condições de trabalho, no relacionamento interno e no incentivo à participação dos funcionários nas atividades da empresa, respeitando a cultura, as crenças, a religião e os valores de cada um.

De acordo com o Instituto Ethos (2002), a questão da responsabilidade social vai além da postura legal da empresa, da prática da filantropia ou do apoio à comunidade. A responsabilidade significa também mudança de atitude, numa perspectiva de gestão empresarial com foco na qualidade das relações e na geração de valores para todos.

Neste sentido a responsabilidade, com seu público interno, possibilita a criação de um ambiente de trabalho saudável, que resulte em maior produtividade, comprometimento e motivação.

De acordo com o documento de viabilidade global da empresa, os objetivos específicos da prestação de serviços diretos aos consumidores são:

- Gerar planos adequados para o desenvolvimento físico do setor de saneamento básico, considerando a demanda de serviços, a disponibilidade de fontes de águas e outros recursos, como também os fatores sociais, econômicos e comerciais da região, visando a implantação de seus programas;
- Prestar serviços de atendimento de água e disposição final de esgotos, ao maior número de pessoas;
- Implantar uma filosofia de respeito e consideração para com seus usuários;

- Estimular o desenvolvimento de pesquisas tecnológicas na área, visando melhorias na qualidade dos serviços prestados, bem como a redução no investimento *per capita*.

Atendendo às determinações do presidente da CASAN de sintonizar as ações da Empresa à reforma administrativa do Estado, promovida pelo governador, com a criação das 29 Secretarias de Desenvolvimento Regional, tendo como proposta de organização, a Empresa passa por um processo de reformulação na sua estrutura organizacional.

Por esta razão, atualmente a CASAN está passando por um momento de Reestruturação na Diretoria de Operação (primeira diretoria a sofrer a reestruturação), tal ato tem os seguintes objetivos:

A – Incremento de produtividade

- Redução da burocracia com uso intensivo da tecnologia da informação;
- Otimização da estrutura hierárquica;
- Agilização do QTP (Quantitatividade Técnica de Pessoal);
- Avaliação de desempenho / plano de carreira;
- Delegação / cobrança de responsabilidade;
- Investimento maciço em capacitação / treinamento;
- Aumento de Receita.

B – Redução de Custos

- Supervisão sistemática da operação e comercialização;
- Redução de perdas;
- Fiscalização de contratos e obras;

- Reformulação da escala de Funções gratificadas;
- Elaboração de procedimentos para manutenção preventiva e corretiva.

A reestruturação prevê a seguinte estrutura hierárquica (Anexo A): no nível estratégico (Diretoria Executiva, Diretoria de Operação, Diretoria Regional); no nível tático (Superintendências Regionais de Negócios) e no nível operacional (Agências Regionais e as Agências).

A Superintendência Regional de Negócios, de acordo com a proposta de Reestruturação é unidade orgânica, subordinada à Diretoria de Operação a quem compete o planejamento, a coordenação e a supervisão das ações operacionais, comerciais, administrativas e financeiras da região sob sua jurisdição. Este processo se dá em conformidade com as diretrizes e estratégias emanadas da Diretoria Executiva, tendo como estrutura organizacional a Divisão Operacional (operação e manutenção; projetos e obras; controle de qualidade), a Divisão Comercial (comercialização; faturamento e arrecadação) e a Divisão Administrativa e Financeira (licitação e suprimentos; contábil e financeiro; apoio administrativo).

A Agência Regional também é unidade orgânica, que sob a coordenação da Superintendência Regional de Negócios e juntamente com os municípios concedentes, polariza as Agências a ela vinculada, executa e controla os serviços relativos ao sistema de água e esgoto sanitário, de forma a promover o bem estar da sociedade e seu desenvolvimento, tendo como estrutura organizacional as Agências e as áreas de Apoio Administrativo, comercial e Operacional. A Classificação de Agência Regional de acordo com seu porte definirá a estrutura das unidades de apoio.

São atribuições básicas das Agências Regionais:

- OPERACIONAL
 - ◆ Serviços de operação de água e esgoto;
 - ◆ Elaboração de projetos/fiscalização de obras e serviços de engenharia.
- COMERCIAL
 - ◆ Serviços de cadastro;
 - ◆ Serviços de fiscalização de serviços comerciais;
 - ◆ Serviços de atendimento ao público;
 - ◆ Serviços de faturamento;
 - ◆ Serviços de cobrança;
 - ◆ Atendimento à grande consumidor;
 - ◆ Hidrometração.
- ADMINISTRATIVO
 - ◆ Serviços de compras / licitações;
 - ◆ Financeiro;
 - ◆ Pessoal / Serviço Social;
 - ◆ Patrimônio;
 - ◆ Transporte;
 - ◆ Segurança;
 - ◆ Material (suprimentos, controle, armazenagem).

A Agência é a unidade orgânica, que executa sob supervisão da Agência Regional, todos os serviços sob sua jurisdição, tendo como estrutura organizacional áreas de Apoio Administrativo, Comercial e Operacional.

A CASAN atende quase todo o Estado de Santa Catarina. A Empresa é gerenciada por uma central, a Matriz, sendo que a esta encontram-se subordinadas três Superintendências Regionais de Negócios, distribuídas em todo o Estado. Superintendência Regional de Negócios Região Planalto/Oeste, onde estão subordinadas dezesseis Agências Regionais; Superintendência Regional de Negócios Região Norte/Vale do Itajaí, onde estão subordinadas dezesseis Agências Regionais e Superintendência Regional de Negócios Região Sul/Leste, nestas estão subordinadas quatorze Agências Regionais, sendo uma delas a Agência Regional de Florianópolis, que está localizada na Praça Pereira Oliveira, nº 52, no Centro de Florianópolis.

A CASAN/Agência Regional Florianópolis tem vinculado à sua estrutura as seguintes Agências: Costa Leste e Costa Norte. A Empresa volta-se socialmente para seus funcionários através de sua Fundação (FUCAS) e sua Associação (ASCAN). A FUCAS é composta por associados, aos quais oferece benefícios de saúde, tratamento odontológico, suporte financeiro, ginásio de esportes, um restaurante e outros. Por sua vez, a ASCAN, oferece aos associados, consórcio de bens, convênios, entre outros.

2.2 Serviço Social no Contexto Institucional

O Serviço Social na CASAN iniciou com a contratação de uma Assistente Social em 1974. Porém, este profissional permaneceu apenas dois anos na empresa.

Em 1975, foi contratado um outro profissional de Serviço Social, que iniciou seu trabalho através da observação, entrevistas com funcionários, chefias e diretores, com o objetivo de conhecer melhor a realidade da empresa.

Tendo por base o Código de Ética do Serviço Social, capítulo II, art. 7º, em relação às Instituições Empregadoras e outras, seus direitos são voltados a:

- a) dispor de condições de trabalhos condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional;
- b) ter livre acesso à população usuária;
- c) ter acesso às informações institucionais que se relacionem aos programas e políticas sociais, e sejam necessárias ao pleno exercício das atribuições profissionais;
- d) integrar comissões interdisciplinar de ética nos locais de trabalho do profissional, tanto no que se refere à avaliação da conduta profissional, como em relação às decisões quanto às políticas institucionais.

Apenas em agosto de 1991, quando implantado o Plano de Cargos e Salários na Empresa, é que a Agência Regional Florianópolis pôde contar com um Serviço Social exclusivo, pois havia na empresa duas funcionárias formadas. E através da implantação do Plano de Cargos e Salários foram promovidas para o cargo de Assistente Social. Sendo que uma delas permanece até hoje na Agência Regional Florianópolis e outra na Agência de Tubarão.

Neste momento de reestruturação, o Serviço Social da Agência Regional conta com uma Assistente Social e duas estagiárias vinculadas a Gerência da Agência Regional de Florianópolis.

O Serviço Social atende aos funcionários lotados na Agência Regional Florianópolis, bem como aos funcionários lotados em outras Agências Regionais e Agência, localizadas nos municípios da Grande Florianópolis (São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz, Angelina, Alfredo Wagner, Canelinha, São Bonifácio, São João Batista, Rancho Queimado, Antônio Carlos e Major Gercino). O Serviço Social desenvolve seu trabalho prestando atendimento aos funcionários, familiares e chefias.

Os usuários demandatários do Serviço Social são, na sua maioria, do sexo masculino. Atualmente, na Agência Regional de Florianópolis, estão lotados 378 funcionários, sendo 325 homens e 53 mulheres.

São atividades do Serviço Social na CASAN:

- Atendimento psicossocial e socioterapêutico, nas situações problematizadas relacionadas a: absenteísmo, auxílio - doença, AIDS, desequilíbrios emocionais (ansiedade, depressão, estresse e outros), dependência química, relacionamento interpessoal, reabilitação e readaptação profissional;
- Visitas hospitalares, domiciliares, aos setores de trabalho e às instituições externas em função dos atendimentos psicossociais;
- Assessoria às CIPA's (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho), nas questões psicossociais relacionadas à segurança do trabalho.
 - ◆ Acompanhamento aos funcionários acidentados e estudo das causas psicossociais dos acidentes de trabalho;
- Integração com o Serviço de Saúde no atendimento e acompanhamento das questões psicossociais relacionadas aos problemas de saúde de funcionários e familiares;
- Assessoria e consultoria às gerências das Unidades Orgânicas na gestão dos recursos humanos;
- Levantamento social, visitas domiciliares e acompanhamento, aos funcionários em auxílio-doença;
- Participação em Comissões Interprofissionais relacionadas às questões humanas e sociais no trabalho;

- Supervisão e facilitação de estágios nas áreas de Serviço Social.

Estas são as questões emergentes no cotidiano de trabalho da CASAN, mas o Serviço Social não se restringe apenas a essas atividades. Atende também a outras demandas do cotidiano dos funcionários, àquelas que exigem intervenção do profissional.

Segundo Yamamoto (1999, p. 113),

[...] um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

Um dos maiores desafios do profissional do Serviço Social é desenvolver sua capacidade de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes do cotidiano.

Para Freire (1983), o objeto do Serviço Social, nas organizações empresariais, consiste no desenvolvimento da ação social do trabalhador, nas situações relacionadas ao atendimento de suas necessidades humanas, com vista às transformações sociais. E, como objetivo, o Assistente Social deve sempre procurar interligar-se aos diversos contextos sociais, através da ação social do trabalhador como sujeito histórico.

2.3 A Contribuição do Serviço Social à Prevenção do Abuso de Drogas

A atuação do Serviço Social junto ao usuário de drogas, às vezes até antes da atuação médica, explica-se pela imensa gama de problemas variáveis do dependente. São eles: familiares, de trabalho, psicológicos, sociais, financeiros, de saúde geral, etc., que fazem parte da rotina de trabalho do profissional.

Segundo Kawall (2003, p.21),

O Serviço Social faz parte da base do processo de recuperação do dependente químico, tendo em vista que é o Assistente Social o responsável por grande parte dos trabalhos desenvolvidos com os pacientes e seus familiares, envolvendo não só no tratamento durante a internação, mas também em projetos de prevenção, recuperação e manutenção da abstinência.

Em relação ao abuso de drogas, o Serviço Social têm consolidado a sua contribuição compondo equipes multidisciplinares em serviços especializados.

A Portaria n. ° 224, de 29/01/1992, do Ministério da Saúde (ANEXO B), ao disciplinar os Serviços de Saúde Mental, onde se inclui a Dependência Química, elencou o Assistente Social entre os profissionais que devem compor uma equipe interdisciplinar, em atendimentos de nível de avaliação inicial, ambulatorial, hospital-dia e internação.

Segundo Severino (1995, p. 15 apud RAMOS, 2002, p.15), a interdisciplinaridade é o “princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão e exploração de seus limites, mas acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade”. Vasconcelos (2000, p.50) acrescenta que “a proposta de interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, está [...] reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferentes para um mesmo objeto”.

De acordo com Silva et al. (1985), existem forças propulsoras que conduzem à implantação de um programa ou, pelo menos, a um trabalho com o alcoolista. Exemplos: possibilidades de o Serviço Social manter contato direto com o funcionário alcoolista, à portas fechadas, e de trabalhar com o alcoolista que está empregado (é mais fácil trabalhar com alguém que tem direito a benefícios institucionais do que com

quem já não tem emprego); utilização da coerção construtiva (ameaça da perda do emprego, caso se recuse ao tratamento oferecido); o fato dos funcionários serem clientela fixa do Serviço Social; possibilidade de trabalhar com a família (a família tem livre acesso ao Serviço Social e este tem natural facilidade em constatá-la); possibilidade de se fazer uma intervenção com a chefia; entre outros.

Conforme Simionatto (1998, p.14), "o Assistente Social lida com demandas diversificadas que abrangem desde questões materiais ligadas à própria sobrevivência, quanto à questões ligadas a esferas dos valores e comportamentos".

O Assistente Social reproduz o interesse do capital e simultaneamente atende às demandas e necessidades dos trabalhadores, como no caso de trabalhos com dependentes químicos dentro de uma empresa. Neste caso, o Serviço Social ocupa-se com o indivíduo para que ele sinta necessidade de abandonar aquela conduta que compromete o seu desempenho. O profissional também deve aproveitar o momento para contextualizar a problemática e mostrar que o dependente, além de sua saúde, está comprometendo sua vida social e a de seus familiares.

Trata-se, obviamente, de um controle sobre a força de trabalho nos termos da lógica da produção, mas não se pode negar que, do ponto de vista deste indivíduo ou de seus dependentes, há também um ganho social efetivo.

Segundo Silva et al. (1985), existem algumas características necessárias aos profissionais que desejem trabalhar na área da dependência química, como por exemplo: estar livres de tabus e preconceitos; ter disposição para conhecer profundamente a problemática; possuir recursos e métodos de trabalho, mantendo-se permanentemente atualizado; sentir confiança, afetividade e interesse pelo cliente;

evitar assumir posições de onipotência e derrotismo; ser bom ouvinte; ter tolerância à frustração, entre outros.

De acordo com Dias (2001), o local de trabalho oferece uma oportunidade única de intervenção preventiva e assistencial ao indivíduo que sofre de abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Conforme Silva et al. (1985), ainda que existam limitações impedindo a implantação de um programa específico, restam alternativas que também são eficazes:

- Divulgar artigos sobre a doença através do jornal da empresa, folha de pagamento e publicações em que a família também tenha acesso;
- Abordar o tema nas ações de integrações e reciclagem dos empregados;
- Incluir o tema em eventos, como SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho);
- Criar grupos de apoio dentro da própria empresa;
- Encaminhar para grupos de ajuda mútua, clínicas especializadas e consultórios psiquiátricos.

Bucher (1989) ressalta que para planejar uma intervenção específica de prevenção ao uso e abuso de drogas, o profissional não pode esquecer que este fenômeno resulta de um encontro entre o sujeito (a sua personalidade, os seus valores e crenças), o produto droga (e os efeitos no organismo) e o contexto sociocultural.

Existem duas razões principais pelas quais uma empresa deve planejar e executar programas para funcionários dependentes: em primeiro lugar, a economia de manter o funcionário com capacidade produtiva; em segundo, o poder de motivar o dependente químico para o tratamento. O autor afirma que os trabalhos publicados sobre os

resultados mostram um índice de recuperação entre 50% e 70% em empresas, comparado aos cerca de 30% dos egressos em tratamento hospitalar (CAMPANA, 1987).

Além disso, Araújo (1986) defende que a identificação de quem usa de drogas no ambiente de trabalho pode conduzir a tratamentos mais efetivos. O autor também acredita que isso ocorre pelo contato prolongado que a pessoa tem com o ambiente de trabalho. Contudo, o chefe deve ser orientado por profissionais do programa de prevenção e tratamento às drogas da empresa, de maneira que ele compreenda o sentido e importância do papel que desempenhará no encaminhamento dos casos para tratamento, para assim, não gerar um clima de perseguição e favorecimento.

2.4 Custo-benefício de um Programa

É difícil avaliar e produzir dados claros para justificar o programa de dependência química nas empresas, devido aos fatores imensuráveis tais como: imagem; qualidade de vida; clima organizacional; responsabilidade social e diversos interesses que envolvem um programa de tratamento.

De acordo com Burns (2002, p. 25),

Existem fatores mensuráveis que podem ser alterados positivamente por um programa de tratamento de dependência química na empresa como: redução de absenteísmo e atrasos; melhor produtividade; menos desperdício de matéria prima; menos utilização do plano de saúde; segurança dentro e fora da empresa.

Nicastri e Ramos (2001) nos dizem que uma pesquisa nos Estados Unidos comprovou que programas efetivos de prevenção ao uso de drogas apresentam uma relação custo-benefício favorável, uma vez que, para cada dólar gasto em prevenção, economizam-se entre quatro e cinco dólares em custos com tratamento de dependências químicas.

Muitas empresas já se movimentam com a intenção de apurar a situação das drogas. Também buscam promover ações que se destinem ao diagnóstico do quadro e posterior desempenho de estratégias e políticas para solução ou diminuição do problema. As empresas têm se conscientizado, primeiramente, em relação à responsabilidade social. Contudo, não podemos deixar de lado outro fator: o que está vinculado ao conhecimento, por parte do empregador, dos problemas relacionados ao abuso de drogas. Haja vista que: o trabalhador que faz uso excessivo de drogas tem 2,2 vezes mais chances de solicitar demissão ou tempo de folga; 2,5 mais chances de ter ausência de oito dias ou mais; cinco vezes mais chances de entrar com processos trabalhistas; entre outros.

Com o abuso de drogas tanto o empregador, quanto o empregado, saem perdendo. A empresa não perde somente quantias vultuosas, mas também a qualidade de seu produto. E o empregado perde a boa relação com seu trabalho e sofre todas as conseqüências que a dependência acarreta.

Vejamos agora alguns resultados de iniciativas vitoriosas, segundo Burns (2002), a empresa Goodyear do Brasil apresenta:

- Número de dependentes tratados até setembro de 1994: 50;
- Recuperação: 90%;

- Idade média: 38 anos;
- Tempo médio na empresa: 9 anos e 7 meses;
- Nos 12 meses antes do tratamento: as faltas por motivo de doença foram de 19 dias e as sem justificativa, foram de 05 dias;
- Nos 12 meses depois do tratamento: faltas por motivo de doença foram de 3 dias e as sem justificativa, foram de 2 dias.

A Johnson & Johnson do Brasil, em uma publicação de 1995, fez uma média dos 15 anos de trabalho, usando o parâmetro da abstinência, qualidade de vida e desempenho no trabalho. Segue abaixo alguns de seus resultados:

Funcionários atendidos:

- Internação: 203;
- Tratamento Ambulatorial: 52;
- Total: 255;
- Recuperação média: 72%.

Familiares dependentes químicos:

- Internação: 125;
- Tratamento Ambulatorial: 38;
- Total: 163;
- Recuperação média: 41%.

E o Projeto de Prevenção ao Uso de Drogas no Ambiente de Trabalho e na Família (SESI), em sua avaliação externa, realizada em trinta empresas gaúchas participantes deste projeto, revela o sucesso dessa iniciativa que recentemente recebeu o certificado de qualidade ISO 9001.

Em relação à qualidade de vida dos colaboradores:

- Houve uma redução de 16% no número de fumantes;
- O uso de álcool caiu 12,5%;
- O consumo de drogas ilícitas sofreu uma queda de 53%.

A produtividade das empresas também aumentou:

- As faltas por motivo de doença ou incapacitação, que oneram as folhas de pagamento, sofreram uma redução de 10%;
- Os atrasos por parte dos colaboradores caíram 30%;
- Os acidentes de trabalho provocados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas foram reduzidos em 34%.

Vale ressaltar que estes resultados podem até ser questionados metodologicamente, mas todos eles se demonstram bem positivos, justificando os programas perante suas empresas.

Para melhor compreensão, destacamos, a seguir, os principais benefícios derivados de um ambiente de trabalho livre de drogas:

- Redução do absenteísmo, da falta de pontualidade e de licenças médicas;
- Diminuição dos problemas de disciplina e negligência no trabalho;
- Aumento da produtividade;
- Melhoria da motivação dos trabalhadores;
- Redução da vulnerabilidade da empresa aos efeitos das drogas;
- Melhoria da qualidade dos produtos e serviços e da imagem da companhia junto à comunidade.

3 CASAN/ARFL E A QUESTÃO DAS DROGAS

A questão das drogas, nos dias atuais, vem se tornando cada vez mais presente dentro das empresas. Contudo, ainda prevalece, o entendimento valorativo e moralista, atribuindo aos usuários comportamentos estereotipados.

3.1 Procedimentos Metodológicos

Conforme Minayo (1994, p.22),

Entendemos por metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria, o método é o processo de desenvolvimento das coisas.

Para a realização deste trabalho foi feita uma pesquisa que envolveu a metodologia quantitativa.

Um estudo de natureza quantitativa, segundo Richardson (1989, p.29),

Caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros.

Neste sentido, esta pesquisa visa conhecer a intervenção profissional do Serviço Social da CASAN/ARFL junto aos familiares dos funcionários com problemas relacionados ao abuso de drogas, para também propiciar às chefias da CASAN subsídios para avaliação e reflexão da problemática.

Quanto aos procedimentos técnicos, ou seja, o modo de investigação para elaboração da pesquisa, adotou-se como coleta de dados, a pesquisa documental que, segundo Gil (1995, p.57), “é a fonte de coleta de dados que está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois”.

Na primeira etapa deste trabalho, fez-se necessário um levantamento documental de todas as fichas de atendimento do Serviço Social dos funcionários que foram atendidos em consequência de problemas relacionados ao abuso de drogas. Este levantamento foi realizado tendo como base uma relação de funcionários com problemas de alcoolismo, correspondente aos anos de 1981 à 2002 (ANEXO C).

Após a análise de cada ficha, verificou-se o procedimento do Serviço Social, ou seja, quais famílias sofreram intervenção e que orientações foram fornecidas às mesmas, além de tomar-se em conta o número de funcionários que realizaram tratamento e a posição da Empresa perante a problemática.

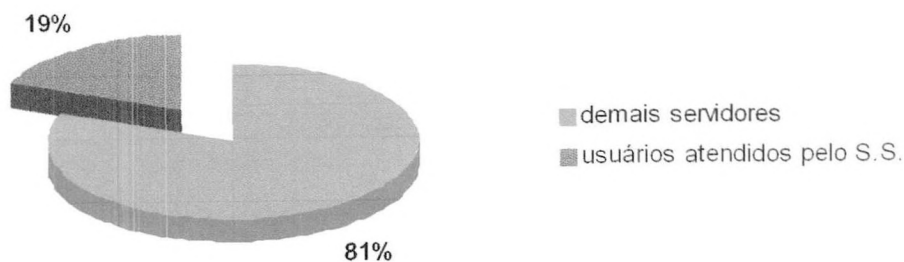
A análise dos dados coletados foi feita através de levantamento estatístico, relacionando-as com o conhecimento científico, com outras pesquisas realizadas, trazendo também as coerências e incoerências observadas.

3.2 Análise dos Dados

No presente trabalho, realizado junto aos funcionários da CASAN/ARFL, pretende-se apontar como a problemática do abuso de drogas vem sendo administrada pela Empresa.

A apresentação dos dados dar-se-á através de gráficos, para maior clareza.

Gráfico 1 - Número de funcionários com problemas relacionados ao abuso de drogas, atendidos pelo Serviço Social no contexto dos demais funcionários:



Fonte: Dados primários (2004).

Com podemos observar, 19% dos funcionários já foram atendidos pelo Serviço Social por possuírem problemas relacionados ao abuso de drogas. O dado apresentado é de suma importância para a compreensão da necessidade da intervenção do Serviço Social e para aplicação de programas preventivos ao consumo de drogas. Porém, no decorrer do estágio, podemos perceber que, embora este número seja expressivo dentro da empresa, alguns casos não chegam ao Serviço Social, dado a falta de entendimento ou desconhecimento da política da empresa por parte das chefias.

Para se ter uma noção disto, apresentaremos alguns resultados obtidos pelo SESI que referem-se à uma pesquisa, junto aos trabalhadores da Empresa CASAN, realizada no mês de dezembro de 1999 (a metodologia utilizada encontra-se em ANEXO D):

- 37,1% dos pesquisados ingeriram medicamentos psicotrópicos (para dormir, ficar acordado, emagrecer ou para nervos);

- Verificou-se que os respondentes que usam medicamentos psicotrópicos (para dormir, emagrecer, para os nervos ou ficar acordado), 60,7% também tomam bebidas alcoólicas, destes, 23,2% são fumantes e 71,4% dos fumantes também utilizam bebidas alcoólicas.
- Do total de pesquisados, 69, 5% faziam uso de bebida alcóolica naquele período (1999);
- Um significativo percentual de funcionários (22,5%) afirma beber semanalmente mais de 6 (seis) doses numa mesma ocasião e destes, 3,3% afirmam beber essa quantidade quase todos os dias.

Embora estes dados sejam de 1999, pode-se verificar que não houve grandes mudanças.

Conforme Castilho (1992, p.78 apud RODRIGUES 2000, p.73),

Compreender que as pessoas expressem seu nível de imaturidade, frente a uma situação que as deixa inseguras, confusas, ameaçadas, é uma coisa. Permitir, incentivar ou ser omissos com essa situação é outra, e revela falta de condição do gerente [...] para lidar com a referida situação. E, quanto menos se estiver atento a essas situações, tanto mais espaço dará para que o fenômeno prolifere.

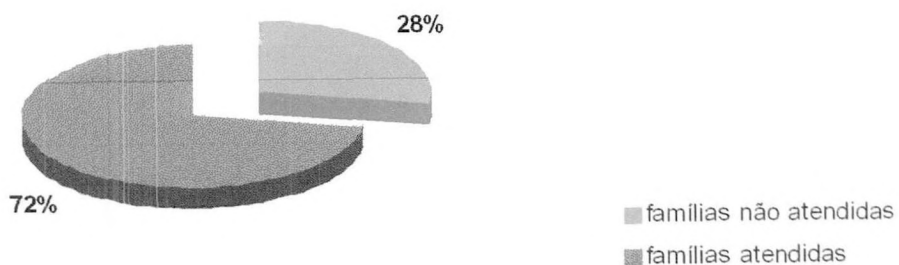
Em muitas organizações e instituições, assim como na CASAN, o gerenciamento irregular por parte das chefias, tem permitido que funcionários com desempenho funcional debilitado pelo abuso de drogas continuem trabalhando, ou possuam seus pontos abonados. Sendo que muitas chefias acreditam que desta forma estão ajudando o funcionário.

O indivíduo pode comparecer ao trabalho, mas rende menos, ou deixa os serviços para o outro, ele pode representar um perigo real para si e para outros pela maneira inadequada de lidar com máquinas; a bebida pode impedir sua promoção ou levar a um relaxamento; pode ter que ser rebaixado para função que não exija tanta habilidade, e finalmente pode

estar desempregado ou preste a perder o emprego. (GRIFFITH, 1987, p.16).

O dado apresentado poderia ser menos complexo se a norma vigente na empresa, SIAD - 025, fosse cumprida e aplicada. A "Norma SIAD - 025 - Dependência Química: álcool e outras drogas" (ANEXO E), tem por finalidade conscientizar o corpo funcional da empresa quanto à prevenção, identificação, diagnóstico e tratamento da dependência química. Como já mencionado anteriormente, por diversos fatores, a norma passa despercebida.

Gráfico 2 - Números de famílias atendidas pelo Serviço Social (atendimento este referente a funcionários que possuam problemas relacionados ao abuso de drogas):



Fonte: Dados primários (2004).

Este resultado mostra que, na maioria dos casos relacionados ao abuso de drogas, o Serviço Social realizou uma intervenção, não apenas no funcionário, mas também na esfera da família do mesmo. Porém, queremos deixar claro que o número de famílias atendidas não é maior, pelo fato de que alguns funcionários, por diversos motivos, tomam a iniciativa de parar com o abuso de substâncias.

A família recebe intervenção porque a dependência é uma doença biopsicossocial, tanto em suas causas quanto em suas conseqüências, ou seja, a dependência é uma

doença formada por componentes biológicos, psicológicos e de contexto social, que podem estar relacionados.

No ano de 2001, a Diretoria Executiva da Companhia Catarinense de Águas e Saneamento - CASAN, em parceria com o SESI e a Regional de Florianópolis, preocupada com o bem estar de seus colaboradores e familiares, e com a necessidade de contribuir para o cumprimento da responsabilidade social da empresa, resolveu instituir, na Agência Regional de Florianópolis, o Projeto de Prevenção ao Abuso de Drogas e Comportamentos Compulsivos, intitulado "RELIGUE-SE À VIDA". Porém, devido à falta de consciência o projeto foi vetado, não permitindo nem uma intervenção primária no funcionário, muito menos uma intervenção maior na família.

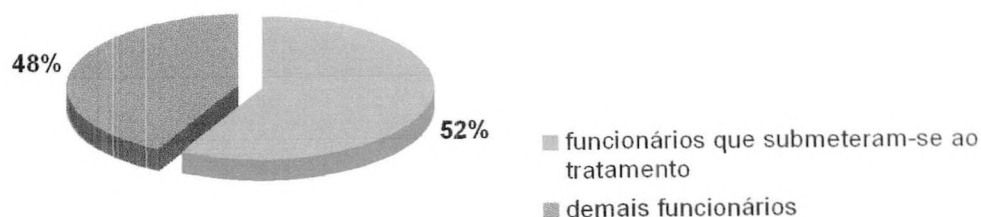
Devemos deixar claro que o Serviço Social apenas intervém quando há solicitação do chefias, funcionário, ou de seus familiares, visto que não se pode intervir na individualidade da pessoa, sem que a mesma permita. As principais orientações dadas aos familiares são: informações sobre a droga; a dependência; a norma da empresa e após isto se recomenda psicoterapia e mudança no estilo de vida, individual ou grupal, por exemplo, grupos de mútua ajuda como AL-ANON.

AL-ANON é uma associação de homens e mulheres cujas vidas foram afetadas pela maneira de beber de um familiar ou amigo, sendo este o único requisito para ser membro. Auto-suficiente, o AL-ANON se mantém através das contribuições de seus próprios membros, não aceitando doações de fora. Não é uma organização religiosa, nem de assistência social, e sim grupos de auto-ajuda, cujos membros respeitam o anonimato uns dos outros.

Nas reuniões, os membros compartilham experiência, força e esperança, a fim de solucionar os problemas que têm em comum. Através desta troca, baseada nos

princípios do programa, os membros adquirem conhecimentos sobre a doença do alcoolismo e de si mesmos, e apreendem a se desligar emocionalmente do problema.

Gráfico 3- Levantamento do número de funcionários que já realizaram tratamento de dependência química, e os demais funcionários que mesmo possuindo problemas com o abuso de drogas não realizaram nenhum tipo de tratamento:



Fonte: Dados primários (2004).

A pesquisa mostra que, dos funcionários que já foram atendidos pelo Serviço Social, em razão do abuso de drogas, 52% já se submeteram a um tratamento para dependência química, sendo que, destes, 21% já realizaram pelo menos três internações. Esses índices são bastante elevados, e acarretam prejuízos para a empresa, como: complementação do auxílio-doença; gastos com reparos de materiais; perda da qualidade dos serviços e produção reduzida, dado que, o índice de abstinência está muito além do esperado.

Os funcionários que realizam tratamento através de internação na sua maioria usaram os serviços da Clínica Belvedere. Tal escolha ocorre porque a CASAN através de sua Fundação (FUCAS) possui com a UNIMED, um convênio de saúde, para tratamento de dependência de álcool e outras drogas. Este convênio permite um período de 30 dias de internação.

A Clínica, por sua vez, realiza um trabalho junto à família. Inicialmente este trabalho se faz através de uma entrevista, chamada de "entrevista familiar", que verifica as necessidades da família. Somente após isto é que elas são encaminhadas para um grupo de família ou de terapia familiar. As atividades junto às famílias ocorrem semanalmente, sendo que, mesmo após a alta do paciente, elas ainda podem continuar participando das atividades.

O Serviço Social, em conjunto com a Psicologia, realizam as entrevistas familiares e coordenam juntos os grupos de famílias. A terapia de casal e familiar é realizado pelo profissional de Serviço Social.

Como podemos observar, a instituição utiliza uma equipe multidisciplinar, não somente para com o paciente, mas no atendimento também à família.

De acordo com a SENAD, a terapia familiar é um aspecto sumamente importante na recuperação do dependente em tratamento. Já que a família necessita discutir seus (pré) conceitos, melhorar a qualidade das relações interpessoais, e criar uma real estrutura de suporte ao paciente, que auxilie em sua reabilitação. Faz-se necessário que a família aprenda a não 'sabotar' o processo de recuperação do paciente, e mesmo sua abstinência.

As ações de atenção às famílias, realizadas pelo Serviço Social da CASAN ou da Clínica, que merecem destaque são: acolhimento, orientação e acompanhamento. São estes alguns dos pontos principais para uma intervenção com sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos nós, seres humanos, temos maior ou menor habilidade para lidar com os sentimentos e situações do cotidiano. Alguns, por diversos fatores, vivem em busca de algo mais, além da realidade. Para muitos destes, as drogas acabam exercendo esta função, ou seja, proporcionando alívio ou fuga dos momentos desagradáveis, incrementando os momentos alegres, dando a sensação de irrealidade, poder e gratificação. Porém, ocorre um efeito indesejado, muitos usuários acabam tornando-se dependentes, comprometem sua saúde e elevam seu sofrimento.

A história nos mostra que é utópico imaginar um país completamente livre de drogas. Com isto as metas de intervenção não podem se restringir apenas ao controle do consumo, mas devem visar a melhoria das condições sociais e de saúde, tanto do indivíduo, quanto daqueles que o cercam.

Em nenhuma situação o antigo provérbio 'Prevenir é melhor que remediar' se mostra mais apropriado do que na difícil área de abuso e dependência de drogas. No caso das empresas, por exemplo, uma de suas responsabilidades para com o trabalhador é proporcionar um ambiente de trabalho seguro. Contudo, com o abuso de drogas, não há apenas uma ameaça à integridade daquele que faz uso, mas também à produtividade e à segurança, tanto dos demais funcionários, quanto de seus clientes.

O Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas (1998) nos diz que a prevenção é considerada uma intervenção que visa evitar o estabelecimento de uma relação destrutiva de um indivíduo com uma droga, sempre levando em consideração o seu contexto social, econômico e cultural.

No que se refere ao campo de estágio, pode-se observar que, apesar da empresa possuir uma norma que trata sobre dependência química (álcool e outras drogas), onde seu campo de aplicação se dá em todas as Chefias e funcionários da Companhia, há dificuldade para colocá-la em prática, o que reflete principalmente o descaso dos que gerenciam a Empresa. Tal postura é oriunda principalmente da falta de informações mais amplas e reais referente à temática.

Atualmente, a CASAN está passando por um processo de reestruturação, que visa, de um modo geral, a melhoria da Empresa. No entanto, o que se observa são funcionários em estados de *stress*, depressão e acreditamos que alguns inclusive possam recorrer ao uso de drogas para aliviar a tensão gerada pela instabilidade funcional.

Neste sentido, o profissional de Serviço Social, sendo também um trabalhador inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, que vende sua força de trabalho por um salário, acaba tendo seu exercício limitado, ou seja, não consegue desenvolver um trabalho que procure respeitar os direitos dos trabalhadores.

Já no âmbito da empresa, não nos resta dúvida que o abuso de drogas vem se tornando um desafio diário. E, para que haja uma condição necessária para desfazer esta problemática, é preciso uma capacitação e um aperfeiçoamento constante dos profissionais diretamente envolvidos. Vale ressaltar, porém, que não se deve fornecer subsídios apenas para a situação curativa, mas, principalmente, no que se refere à prevenção.

Requer-se assim, do profissional de Serviço Social, bem como de outros profissionais envolvidos, uma intervenção educadora, totalmente despojada de

juízos morais que dá, ao usuário de drogas, uma conotação de falta de vontade, irresponsabilidade e falta de caráter.

Acredita-se que há necessidade de que sejam desencadeadas mudanças significativas no ambiente de trabalho, e que estas tenham como objetivo a saúde do trabalhador. Dado o fato de que o abuso de drogas não é uma questão meramente familiar ou moral, e, como tal, não deve ser tratada isoladamente.

RECOMENDAÇÕES

Tomando como base os pressupostos, segundo Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas (1998 p. 19 apud SQUIO, 2003, p. 226): “[...] a grande disponibilidade e a inevitabilidade do uso de substâncias psicoativas na sociedade requerem ações políticas integradas dos setores da saúde, educação e segurança, entre outras”.

1) Recomendamos:

- Uma política de prevenção do abuso de drogas que seja clara e de fácil entendimento, levando em conta que a política existente hoje, é de difícil compreensão, haja vista o seu descumprimento. A mesma também precisa ser colocada em prática de maneira enérgica e justa. Sem contar que a abordagem familiar deve ser considerada como parte integrante do tratamento;
- Elaborar programas para reforçar auto-estima dos funcionários, dando ênfase principalmente aos que apresentam maiores riscos de abuso de drogas;
- Compromisso com a qualidade de vida do funcionário;
- *Qualificação profissional, principalmente para as chefias;*
- Espaço de troca de experiências;

Por ser um assunto bastante complexo, esperamos que outros acadêmicos dêem prosseguimento a este trabalho. Esperamos também que esta investigação sirva como uma possibilidade de referência para outros estudiosos e/ou interessados nessa área. Assim como para consulta dos acadêmicos da UFSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-ANON. **O dilema de um casamento com um alcoólico**. São Paulo, 1981.
- ANTÓN, Diego Macia. **Drogas: conhecer e educar para prevenir**. São Paulo: Scipione, 2000.
- ARAUJO, V. A. **Compreender o alcoolismo: Teoria e prática**. São Paulo: EDICON, 1986.
- BERNARDO, Maria Heloísa. **Co-dependência: a doença da família**. Revista MIND, Centro de Tratamento Bezerra de Menezes, ano III, n. 20, nov/dez, 1998.
- BRASIL. **Relatório do I Fórum nacional antidrogas (1998)**. Brasília: SENAD, 1999.
- BUCHER, Richard. Visão histórica e antropológica das drogas. In: Bucher, R. (Org.) **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1989.
- _____. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1992.
- BURNS, John E. **Tratamento de dependência química em empresas no Brasil: a experiência de Vila Serena**. 2002. (não publicado)
- CAMPANA, A. A. M. Alcoolismo e empresas. In: Ramos, S.P. (Org.) **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- CARLINI, E. A., et al. **Levantamento domiciliar de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2001.
- CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil de 1988.
- COTRIM, Beatriz. **Mitos e verdades**. São Paulo: Ática, 1998.
- DIAS, J. C. **Programas de assistência ao empregado**. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*, 2, 2001.
- ETHOS – Instituto Ethos de Responsabilidade Social Empresarial – **Responsabilidade Social das Empresas: A contribuição das Universidades – Prêmio Etos Valor**. São Paulo: Editora Peiropolis, 2002.

FIGLIE, Neliana Buzi. **O Tratamento da Família na Dependência Química**. Disponível em: <www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em: 20 set. de 2004.

FOLHETOS INFORMATIVOS DO CEBRID, 1996. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/cebrid.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2004.

FONSECA, Alexandre G. **Tóxicos, o que são, o que causam e como evitá-los**. Aparecida-SP: Santuário, 1985.

FREIRE, Lucia. **Serviço social organizacional: teoria e prática em empresas**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1983.

FREITAS, Luiz Alberto P. **Adolescência, família e drogas**. In: Saúde, Sexo e Educação. Revista do Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação. Rio de Janeiro: IBMR, 1997.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo, Atlas, 1995.

GRIFFITH, Edwards. **O Tratamento do Alcoolismo**. São Paulo, Livraria Martins Fontes, 1987.

HEMFELT, Roberto. **O amor é uma escolha**. Ed. Rocco. 1996

IAMAMOTO, Marilda V. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília. UNB - CEAD/CFESS/ABEPSS, Módulo I, 1999.

KALINA, Eduardo. **Os efeitos das drogas no cérebro humano**. São Paulo: Bezerra, 1997.

_____, et al. **Drogadição hoje: Indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

KAWALL, Beatriz Gonçalves. **A contribuição do Assistente Social no processo de prevenção do uso, manutenção da abstinência e prevenção da recaída**. Trabalho Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis, 2003.

KRUPNICK, L. & KRUPNICK, E. **Do desespero à decisão: como ajudar um dependente químico que não quer ajuda**. São Paulo: Bezerra, 1995.

LARANJEIRA, Ronaldo, et al. **Usuário de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LAZO, D. M. **Alcoolismo: O que você precisa saber**. São Paulo: Paulinas/Reindal, 1989.

- LONGNECKER, G. L. **Drogas ações e reações**. São Paulo: Market Books, 2002.
- LUDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MAÇANEIRO, C. **Prevenção e tratamento do álcool e drogas na empresa**. Curitiba: [s.n.]. 2002.
- MARQUES, Ana Cecília P. R. Resenha do resumo do relatório da Organização Mundial de Saúde sobre Neurociência e substância de abuso: principais pontos. **Jornal brasileiro de dependências químicas**. Vol. 5. Nº 01. Julho/2004.
- MASUR, Jandira. **O que é toxicomania**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.
- _____ **O que é o alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- MELLODY, Pia, et al. **Enfrentando a Co-dependência Afetiva: o que é, como surge, como prejudica nossas vidas**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1995.
- MINAYO, M.C. (Org.) **Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso, (coord.) Projeto integrado de pesquisa. **Família das Políticas Sociais à Prática Profissional**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Serviço Social. 1997. Relatório final de pesquisa. Mimeo.
- NICASTRI, Sergio & RAMOS, Sergio de Paula. Prevenção do uso de drogas. - **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, da ABEAD, São Paulo, v. 2, suplemento 1, jun., 2001.
- OLIEVENSTEIN, Claude. **A clínica do toxicômano: a falta da falta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- OLIVEIRA, Ana Paula. **Co-dependência é um distúrbio mais freqüente do que se imagina**. Folha de São Paulo. Agosto de 2004.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS), 1985.
- PEREIRA, Leda Coelho Ribeiro, et al. **O que você precisa saber sobre co-dependência**. Serviço Social do Rio Grande do Sul - SFSI. Porto Alegre: Coleção Zeca Alerta, 1998.
- RAMOS, Carla & LETICIA, R. **Alcoolismo: o processo de ressocialização e o papel do Assistente Social**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis, 2002.

- REHFELDT, K. H. G. **Álcool e trabalho: prevenção e administração do alcoolismo a empresa.** São Paulo: EPU, 1989.
- REVISTA GALILEU. Especial. nº 3, ago/2003.
- RICHARDSON, Roberto, PERES, Jarry e SOUZA, José Augusto. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- ROBERTO, C., et al. **Drogas e trabalho: uma proposta de intervenção nas organizações.** Psicologia: ciência e profissão, 22 (1), 2002.
- RODRIGUES, Audilara Arruda. **A percepção das chefias da CASAN/RFL sobre o processo de trabalho do Serviço Social.** Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis, 2000.
- SANTOS, Jorcelino Luiz dos. **Drogas: psicologia e crime.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1997.
- SENAD. **Um guia para a família.** Brasília, Série Dialogo, 1º ed., 2002.
- SILVA, J. L. B. **Educação preventiva ao uso indevido de drogas no trabalho.** Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em engenharia de Produção. Programa de Pós – Graduação em Engenharia de Produção: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.
- SILVA, Maria de Lurdes, et al. **Alcoolismo: um problema que muitos convivem, porém poucos conhecem.** São Paulo: EDICON, 1985.
- SIMIONATTO, Ivete. **Serviço Social e processos de trabalho.** In Curso de Formação Profissional: Um projeto de atualização. Módulo I. Florianópolis: CRESS, 1998.
- SOARES, C. R. & MENEZES, P. R. **Impacto econômico em famílias de pessoas com transtornos mentais graves e com transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas.** Revista de Psiquiatria Clínica, 27 (4), 2000.
- SQUIO, Lolita Petry. **Conhecimento dos Estudantes de ensino médio do município de Seara sobre drogas.** UnC – Concórdia, SC dezembro de 2003.
- VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2000.
- VESPUCCI, Emanuel Ferraz; VESPUCCI, Ricardo. **O revólver que sempre dispara: os dependentes de drogas e os caminhos da recuperação, numa abordagem clínica.** São Paulo: Editora Casa Amarela, 1999.

WERLANG, Cristyane L. Conhecimento dos acadêmicos da primeira fase dos cursos de biologia, educação física, enfermagem, fisioterapia e psicologia existentes na Universidade do Contestado- UnC - Concórdia sobre drogas. Concórdia, SC outubro, 2001.

ANEXOS

ANEXO A

REESTRUTURAÇÃO

• Estrutura Hierárquica Proposta

FOCO E AÇÃO DAS UNIDADES DA ORGANIZAÇÃO

nível	unidade da organização	foco	ação
ESTRATÉGICO	DIRETORIA EXECUTIVA	Estratégia e políticas empresariais	Planejamento, coordenação e controle empresarial
	DIRETORIA DE OPERAÇÃO	Estratégia e políticas operacionais	Planejamento, coordenação, organização, direção e controle das atividades operacionais da empresa
	DIRETORIA REGIONAL	Relacionamento institucional na sua área de jurisdição	Representação da empresa, relacionamento com Poder Concedente e clientes (ouvidoria)
TÁTICO	SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE NEGÓCIOS	Planejamento e coordenação das atividades operacionais na sua área de jurisdição	Supervisionar, acompanhar, monitorar e dar suporte às Agências em todas as atividades operacionais, comerciais e administrativas
OPERACIONAL	AGÊNCIA REGIONAL	Execução das atividades operacionais e suporte às Agências	Execução de todas as atividades relacionadas à prestação dos serviços e suporte às atividades das agências polarizadas
	AGÊNCIA	Execução das atividades operacionais	Execução de todas as atividades relacionadas à prestação dos serviços sob supervisão da Agência Regional

ANEXO B

O secretário nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.º da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1. DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1) Unidade básica, centro de saúde e ambulatório

1.1 O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2 Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3 A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4 Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/ centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

2. Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS):

2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

2.5 Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário a realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6 Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS)

1) Hospital-dia

1.1 A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2 O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço do hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3 A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes em regime de hospital-dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4 Recursos Humanos

A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);

– profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.5 Para fins de financiamento pelo SIH-SUS:

a) Os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-1 para o máximo de 30 pacientes-dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos.

b) Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 habitantes, o credenciamento de vagas em hospital-dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

2. Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral

2.1 Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2 Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital geral e hospital especializado.

2.4 Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima; período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.5 Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares- SIH, o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.

3. Leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral

3.1 O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipes multiprofissionais.

3.2 O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas.

3.3 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

3.4 Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;

- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
 - profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.
- 3.5 Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), o procedimento 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital- Geral) será remunerado apenas nos hospitais gerais.

4. Hospital especializado em psiquiatria

4.1 Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4.2 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3 Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor, expedidas pelo Ministério da Saúde.

4.4 O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5 O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4.6 Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7 às 19 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro;

– Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:

- 1 assistente social;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;
- 1 psicólogo;

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas, como psiquiatra-assistente, desde que, além de seu horário de plantonista, cumpra 15 horas semanais em pelo menos três outros dias da semana.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

1) Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;
- os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo órgão gestor local.

2) Em relação ao atendimento em regime de internação em hospitais gerais ou especializados, que sejam referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente portaria será da competência das respectivas secretarias estaduais de saúde.

Ricardo Akef

ANEXO C

**RELAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS COM PROBLEMAS DECORRENTE DO
ALCOOLISMO**

NOME DO FUNCIONÁRIO	DATA DO 1ª ATENDIMENTO	DATA DO ÚLTIMO ATENDIMENTO	INTERNAÇÃO
A1	23/01/90	12/02/90	Não
A2	13/09/99	03/01/2000	Sim
A3	09/08/95	03/12/2002	Sim
A4	12/04/02	16/05/2002	Não
A5	15/06/90	05/09/90	Não
A6	07/08/88	16/10/90	Não
A7	11/05/99	14/05/99	Sim
A8	22/09/93	14/08/95	Sim
A9	25/09/88	21/05/2001	Sim
A10	28/11/83	19/08/91	Sim
A11	16/10/92	27/02/96	Sim
A12	21/10/86	05/02/87	Não
A13	13/01/97	21/12/2001	Não
A14	11/08/84	18/03/88	Sim
A15	01/04/88	20/08/98	Sim
A16	30/09/92	27/10/92	Não
A17	16/06/83	10/02/200	Sim
A18	26/12/90	17/09/2002	Sim
A19	26/10/87	09/04/97	Não
A20	31/10/01	23/01/2003	Sim
A21	07/05/91	25/03/99	Sim
A22	19/01/87	27/09/99	Não
A23	06/06/83	09/90	Não
A24	08/04/91	30/0399	Não
A25	13/07/82	08/0982	Sim
A26	19/08/91	19/08/91	Não

A27	07/04/88	30/09/2002	Sim
A28	23/09/97	29/09/97	Não
A29	14/02/90	19/11/92	Não
A30	17/05/84	07/08/92	Sim
A31	05/05/93	15/10/96	Sim
A32	20/11/85	21/02/95	Sim
A33	23/04/87	13/09/2000	Não
A34	29/08/91	05/08/93	Não
A35	13/08/84	14/08/87	Sim
A36	18/06/93	18/07/95	Sim
A37	18/04/94	06/11/98	Sim
A38	29/06/94	20/04/98	Sim
A39	28/01/02	30/10/2002	Não
A40	20/08/93	24/08/93	Não
A41	04/12/86	06/06/90	Não
A42	30/10/86	06/08/92	Sim
A43	03/10/86	25/07/90	Não
A45	30/06/94	09/09/95	Não
A46	09/09/02	22/01/2003	Não
A47	22/07/99	12/06/2001	Sim
A48	02/01/88	02/01/88	Não
A49	28/08/02	06/09/2002	Não
A50	29/03/99	29/03/99	Não
A51	17/08/94	23/11/95	Sim
A52	18/01/99	23/02/99	Não
A53	09/07/84	20/10/88	Sim
A54	02/08/83	20/09/83	Sim
A55	05/04/90	23/08/93	Sim
A56	25/05/92	16/05/94	Sim
A57	15/01/81	14/05/99	Não
A58	29/06/90	05/09/90	Não

A59	24/08/90	27/08/90	Não
A60	15/04/96	15/04/96	Sim
A61	12/07/84	11/07/90	Não
A62	27/06/96	04/08/97	Sim
A63	05/03/94	22/10/2002	Sim
A64	02/02/93	01/03/93	Sim
A65	13/12/92	19/04/93	Sim
A66	01/08/97	25/09/97	Sim
A67	02/01/88	02/01/88	Não
A68	16/08/96	16/06/99	Sim
A69	15/07/83	20/03/90	Sim
A70	06/04/95	12/04/95	Não
A71	01/03/84	20/08/90	Sim
A72	20/02/97	31/01/2002	Não
A73	17/08/94	17/08/94	Não

ANEXO D

2. METODOLOGIA

Os resultados apresentados neste relatório referem-se à consolidação dos dados pesquisados junto aos trabalhadores da Empresa CASAN no mês de dezembro de 1999.

Foi definida a utilização de uma amostra aleatória estratificada, com erro amostral de 3,5% e nível de confiança de 95%, utilizando-se a fórmula abaixo.

$$n = (z/ea)^2 \cdot p(1-p)$$

Onde: **n** é o tamanho da amostra, **z** corresponde ao nível de confiança, **ea** ao erro amostral e o **p** definido em 10% devido a estudos estatísticos anteriores.

Considerando o número total de empregados da empresa – 440 trabalhadores – foi realizada a correção da amostra através da equação $n_c = n/1+(n/N)$ onde o **n_c** é a amostra corrigida, **n** corresponde a amostra e **N** ao número de trabalhadores da empresa. O tamanho da amostra totalizou 171 trabalhadores.

Como indicadores para estratificação da amostra utilizou-se: sexo, idade e setor de trabalho, visando obter um número proporcional e representativo dos trabalhadores.

De acordo com o planejamento da pesquisa, o programa prevê a aplicação da mesma em 3 dias consecutivos, no horário de expediente. Justifica-se na Casan a coleta de dados ter sido realizada em 6 dias alternados devido a descentralização das unidades pesquisadas, bem como, foi respeitado o cronograma elaborado pela empresa

Foi utilizado um questionário de auto preenchimento e sem identificação pessoal para preservar o anonimato dos respondentes. Entretanto, devido a problemas inerentes ao trabalho na empresa, foram respondidos no total, apenas 151 questionários, representando 88,3% da amostra inicial.

É importante destacar que a perda amostral ocorrida elevou o erro amostral para quase 4,0%, com indicação de estar relacionado ao sexo masculino.

Em síntese, podemos concluir que os dados apresentados acima mostram a perda na amostra inicialmente planejada e pode comprometer a representatividade dos resultados finais.

Para criação do banco de dados utilizou-se o programa Sphinx Léxica, um sistema de concepção de pesquisas e de análise estatística de dados quantitativos e qualitativos.

Foram digitados 151 questionários, cada um deles com 70 campos de entrada, totalizando um banco de dados com 10.570 campos de dados.

Para garantir e agilizar a padronização dos procedimentos de planejamento, tabulação e análise, todo o trabalho foi centralizado na sede do Departamento Regional do SESI/SC em Florianópolis.

Cabe ressaltar que esta pesquisa seguiu uma proposta de investigação, utilizada pelo SESI em nível nacional, com o objetivo de identificar o comportamento do trabalhador da indústria em relação a utilização de drogas, especialmente as chamadas drogas lícitas (álcool e cigarro).

ANEXO E

7. DEPENDÊNCIA QUÍMICA: ALCOOLISMO E OUTRAS DROGAS

A - NORMA INTERNA

CÓDIGO: SIAD/025

VIGÊNCIA: DEZEMBRO/95

1. FINALIDADE

A presente Norma Interna tem por finalidade conscientizar o corpo funcional da Empresa, quanto a prevenção, identificação, diagnóstico e tratamento de dependência química: álcool e outras drogas.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todas as Chefias e Servidores da Companhia.

3. DEFINIÇÕES

3.1. “Dependência também chamada habituação ou uso compulsivo, implica numa necessidade psicológica e/ou física à droga” (MARC SCHUCKIT).

3.2. Alcoolismo é uma doença progressiva, incurável e fatal, sendo estacionária a partir do momento que não se bebe mais álcool (Bebidas Alcoólicas).

4. CARACTERÍSTICAS GERAIS

4.1. A identificação da dependência química pode se dar precocemente, observando-se a baixa no desempenho do Servidor a qual se dará principalmente mediante os principais indicadores:

a. ABSENTEÍSMO

Faltas ao trabalho, principalmente após feriados, dias de pagamento, segundas-feiras, por motivo de doença (atestados), atrasos frequentes, períodos de afastamentos.

b. ACIDENTE DE TRABALHO OU FORA DO HORÁRIO DE TRABALHO QUE IMPLIQUE EM ABSENTEÍSMO

c. QUEDA DE PRODUÇÃO E QUALIDADE DE TRABALHO:

Horas gastas para execução de uma tarefa, erros técnicos, rotatividade interna e desempenho funcional prejudicado.

d. MUDANÇA DE COMPORTAMENTO, tais como: indisciplina, relacionamento com os colegas e Chefia, irritabilidade, agressividade, insubordinações e outros.

e. PERMANENTE UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE E SOCIAL E/OU ASSISTÊNCIA SUPLETIVA

f. CONSTANTE DIFICULDADES FINANCEIRAS - Dívidas, empréstimos e outros.

g. USO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO HORÁRIO DE TRABALHO E TRABALHANDO SOB EFEITO DOS MESMOS

4.2. DA CONSCIENTIZAÇÃO QUANTO A PREVENÇÃO

A conscientização se dará mediante campanhas específicas através de FOLDERS, cartazes, cartilhas, logotipos, palestras, atendimento individualizados, vivência socioterápicas, trabalhos em grupo, treinamento, etc.

4.3. DA IDENTIFICAÇÃO

4.3.1. Pela Chefia através dos indicadores citados no item 4.1.

4.3.2. Pelo Serviço de Saúde através de exames periódicos, de queixas comumente relacionadas com o uso do álcool e outras drogas e sinais clínicos sugestivos.

4.3.3. Pelo Serviço Social através dos atendimentos individualizados e/ou trabalhos grupais.

4.3.4. Pelos Técnicos de Segurança do Trabalho através da identificação do Servidor sob o uso do álcool e outras drogas no horário de trabalho e trabalhando sob o efeito dos mesmos.

4.4. DO ENCAMINHAMENTO

Sempre que for detectado casos de alcoolismo e/ou outras drogas, a Chefia imediata do Servidor, comunicará imediatamente ao Serviço de Saúde e/ou Social da Companhia. Estes por sua vez encaminharão para:

a. Tratamento em Clínicas ou Hospitais Especializados com internação hospitalar pelo SUS e/ou UNIMED, no caso do Servidor dispor desse convênio.

b. Comunidades e/ou grupos terapêuticos.

c. AA (Alcoólicos Anônimos) ALANOM E ALATEEN respectivamente Servidor e familiares.

4.5. DO ACOMPANHAMENTO

4.5.1. O Serviço de Saúde prestará atendimento e orientação no diagnóstico de doenças orgânicas provenientes do uso de Álcool e outras drogas.

4.5.2. O Serviço Social orientará o Servidor e a família sobre perícia e os acompanhará durante o processo de recuperação.

4.5.3. A família do Servidor tem a responsabilidade da internação e acompanhamento durante o processo de recuperação. Caso o Servidor não tenha família, a responsabilidade fica com ele próprio e ou pessoa próxima de seu convívio social, com a orientação do Serviço Social.

4.5.4. Cabe à Chefia o acompanhamento no desempenho das atividades bem como a reintegração do Servidor no ambiente de trabalho, após tratamento, definindo as atividades e acompanhando o desempenho do mesmo.

4.5.5. Caso o período da licença para tratamento for superior a 30 (trinta) dias, o Servidor realizará exame médico de retorno ao trabalho, no primeiro dia útil após o término da licença conforme norma regulamentadora NR-7, portaria nº. 24 de 29/12/94.

4.5.6. Na Matriz e Regional de Florianópolis este exame será realizado pelo Serviço de Saúde. Nas demais Regionais será realizado através de convênio com a UNIMED.

5. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

5.1. O Servidor com dependência de álcool e outras drogas terá direito a internação no período de 30 dias pela UNIMED, no caso de o Servidor dispor desse convênio. Tem ainda o direito a uma nova oportunidade de tratamento com ou sem internação pelo SUS ou particular (pago com próprios recursos).

5.2. No caso de não haver mudança comportamental, o Servidor assumirá as consequências de seu desempenho funcional prejudicado, estando sujeito às penalidades descritas no PCS-PG 49, que serão aplicadas pelas CHEFIAS.